



## **Universidad Abierta Interamericana**

### **Título: “Depresión post jubilatoria”**

- ❖ **Nombres de los Tutores:** Dra. Sbatella, Teresa Viviana; Lic. Adrover, Fernando
  
- ❖ **Nombre de la Tesista:** Prats Natacha Luján (Leg. 1045)
  
- ❖ **Título a obtener con la presentación de la tesis:**  
Licenciatura en Psicología
  
- ❖ **Facultad en la que se presenta:** Facultad de Psicología y Relaciones Humanas

**Fecha:** Junio de 2011

**ÍNDICE**

	Página
Agradecimientos-----	3
<b><u>Parte I. Momento epistémico</u></b>	
1- Resumen-----	4
2- Palabras claves-----	5
<b>3- Introducción-----</b>	<b>5</b>
3.1- Planteamiento del problema-----	5
3.2- Planteamientos sobre la relevancia y justificación-----	6
3.2.1- Relevancia teórica-----	6
3.2.2- Relevancia práctica-----	7
<b>4- Objetivos-----</b>	<b>8</b>
4.1- Objetivo general-----	8
4.2- Objetivos específicos-----	8
<b>5- Hipótesis-----</b>	<b>8</b>
<b>6- Antecedentes. Estado del arte-----</b>	<b>9-14</b>
<b>7- Marco teórico-----</b>	<b>15-39</b>
7.1- Llegar a los cincuenta-----	15
7.2- El inevitable envejecimiento-----	17
7.3- La vejez: ¿una cuestión de edad?-----	19
7.4- La discriminación en la vejez-----	22
7.5- La jubilación-----	23
7.6- Diferencia de género en la vejez-----	30
7.7- Institucionalización-----	32
7.8- Depresión en la vejez-----	34
7.9- Desde una visión optimista-----	36
7.10- Reflexión-----	38

**Parte II. Momento técnico - metodológico**

1- Tipo de diseño de investigación-----	41
2- Variables -----	42
3- Universo-----	42
4- Muestra-----	42
<b>5- Instrumentos</b> -----	<b>43</b>
5. 1- Test de Pfeiffer-----	43
5. 2- Escala de Depresión Geriátrica-----	43
5. 3- Inventario de Depresión de Beck-----	45
<b>6- Resultados</b> -----	<b>48</b>
6.1- Gráfico de frecuencias-----	48
6.2- Prueba no paramétrica U de Mann Whitney -----	58
6.3- Prueba Chi cuadrado de Pearson-----	61
6.4- Cálculo de correlación entre variables. Rho de Spearman-----	65
<b>7- Conclusión / Discusión</b> -----	<b>67</b>
<b>8- Bibliografía</b> -----	<b>70</b>
Cronograma-----	74
Anexo-----	75

**Agradecimientos**

Mi especial agradecimiento a todas aquellas personas que, de una u otra manera contribuyeron al logro de la realización de mi tesina de grado. Entre los cuales se encuentran la Doctora, Teresa Sbatella y la Licenciada Luciana Becerra, quienes desde sus aportes teóricos y prácticos respectivamente, colaboraron incondicionalmente durante el proceso de construcción de la tesina. Al mismo tiempo agradezco al Licenciado Fernando Adrover, por su voluntad a la hora de brindarme ayuda.

Por otro lado, quisiera agradecer a las Instituciones en las cuales he recolectado parte de la muestra, sobre todo, por la buena predisposición de las autoridades y de los internados. También extendiendo las gracias, a los voluntarios participantes no institucionalizados, por su compromiso conmigo en todo momento.

Finalmente pero no menos importante, mi agradecimiento a mi familia por acompañarme desde el inicio al final de la carrera, incluyendo el período en el que realicé la tesina.

Natacha Lujan Prats

**TÍTULO: “DEPRESIÓN POST JUBILATORIA”****PARTE I. MOMENTO EPISTÉMICO****1- RESUMEN**

Existe en muchos casos, miedo a la vejez debido a los erróneos preconceptos existentes, en la mayoría de las personas; los cuales se asociarían con la declinación de las funciones psíquicas, el deterioro físico y la falta de autonomía, que lleva implícita la dependencia de otros.

La presente investigación, se relaciona con la posible depresión que podría ser adquirida por personas que culminaron el proceso jubilatorio, en comparación con aquellas que aún no han atravesado dicho proceso, poniendo especial énfasis en la jubilación como línea demarcatoria, entre aquellos que se considera que “producen” y aquellos que se supone que no lo hacen, correlacionando a estos últimos, con la posibilidad de que contraigan una depresión. Se tomarán como parte de la muestra a personas institucionalizadas. Es menester destacar, cómo cambia el estado de ánimo en personas que viven con sus familias, en comparación con personas que no tienen contacto con sus familiares hace años. Estar institucionalizado significa respetar normas, horarios y rutinas que no siempre son del agrado de los internados, además de la exigencia de “tener que compartir” sus vidas con personas que tal vez, no hubieran elegido para hacerlo; sumado a todo esto, la situación de estar jubilados se manifiesta de diferentes maneras en hombres y mujeres institucionalizados o no.

Se ha seleccionado como muestra a doscientas personas de ambos géneros, residentes en el sur del Conurbano Bonaerense. La mitad de la misma, se encuentra institucionalizada (viviendo en geriátricos) y el resto vive en sus hogares particulares, así mismo, la mitad se encuentra jubilada y la otra mitad, no lo está. Se utilizaron los siguientes instrumentos para la recolección de datos y posterior análisis: Test de Pfeiffer (Pfeiffer, E; 1975), Escala de Depresión Geriátrica (Brink, T. L; Yesavage, J. A; Lum, O; 1982) y el Inventario de Depresión de Beck (Beck, A. T; Steer, R. A; Brown, G. K.; 1961).

**2- PALABRAS CLAVES:** jubilación, depresión, vejez.

### **3- INTRODUCCIÓN**

#### **3.1- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:**

Decidir jubilarse no siempre resulta siendo una “buena opción”, si bien, en algunos casos, no queda otra alternativa es un tema difícil de resolver, ya sea para aquellas personas a las que les exigen jubilarse como para las que eligen hacerlo, debido a que comienzan a aparecer los planteos y las preguntas sobre las necesidades, los deseos, el factor económico y el exceso de “tiempo útil”, en la mayoría de los casos. Todo lo mencionado, sumado al cambio en el estado de ánimo, que se produce frecuentemente en las personas que tramitaron su jubilación, podría desencadenar en una depresión, ya que se trata de un momento de transición, de crisis, que genera incertidumbre, miedos y sobre todo reacomodamientos, que tienen fuerte impacto en lo anímico en la mayoría de las personas; sobre todo si viven en geriátricos, ya que se podrían considerar como personas vulnerables debido a su circunstancia.

La edad cronológica impulsa a los seres humanos, a poner fin a la mayor parte de sus vidas como personas activas y con capacidad de producción, quedando a merced, en algunos casos, de la dependencia en varios aspectos, del entorno de allegados.

Según Solís y Marín Llanes (2001), la Organización Mundial de la Salud define la vejez, como el período de la vida en que el menoscabo de las funciones mentales y físicas, se hacen cada vez más manifiestos en comparación con períodos anteriores.

Una serie de preguntas por el sentido de la vida parecen tomar un curso predominante en esta etapa. Se producen cuestionamientos acerca del “nuevo rol” que se ocupará luego de tramitada la jubilación, con las consecuentes preguntas de cómo, por qué y para qué seguir viviendo. Son habituales las reflexiones acerca del “tiempo que les queda por vivir”, en lugar de “disfrutar la vida”, tal cual, en general, lo habían previsto y planificado para una vez que estuvieran jubilados. Paradójicamente parecería que las personas jubiladas, en

especial aquellas de género masculino, lo que menos hacen es “disfrutar” y aquella planificación, termina quedando frustrada, como si una “desvinculación” repentina de la sociedad, los hubiera dejado desconcertados y abatidos.

Según Dulcey-Ruiz E. y Uribe Valdivieso, C. (2002), “la desvinculación” tendría factores fundamentales:

*El primero*, y uno de los más importantes, es la pérdida de roles al cambiar la posición del individuo en la sociedad, por ejemplo, con la jubilación.

*El segundo*, de orden más psicológico es definido por Kalish (1975), de esta manera: “Con el aumento de la conciencia de que el futuro es limitado y que la muerte no solo es inevitable sino que está cercana, el anciano quizás se centre más en sí mismo y lo que es extremadamente importante para él, dejando aparte lo que no es importante”.

*El tercero* es de orden biológico ya que asume que la pérdida de la capacidad sensorio motriz, no permitiría mantener tal nivel de actividades, produciéndose con ello una desvinculación biológica. Una de las formas más claras en las que se expresa el dolor psíquico, es la depresión.

## **3.2- PLANTEAMIENTOS SOBRE LA RELEVANCIA Y JUSTIFICACIÓN:**

### **3.2.1- RELEVANCIA TEÓRICA**

La siguiente investigación, será de utilidad para comparar los cambios en el estado de ánimo entre hombres y mujeres, que todavía no han atravesado el proceso jubilatorio, con aquellas que sí lo hicieron, poniendo el foco en la adquisición de comportamientos y pensamientos con tendencias depresivas.

Según Hotin y Carrier (1997): “Resulta importante señalar que uno de los prejuicios más habituales consiste en calificar a todo viejo de “depresivo”, probablemente, por las representaciones sociales actuales de la vejez, por las que se clasifica de depresógena la idea misma de envejecer. Es el diagnóstico más frecuente en las personas de edad y constituye un problema serio, que entraña el sufrimiento y el aislamiento social, una tasa elevada de suicidio y un aumento de la morbilidad y la mortalidad”. Esta patología está subdiagnosticada, se la trata poco, y muchas veces de maneras poco

adecuadas. Las formas atípicas, enmascaradas, caracterizadas por quejas somáticas o por su coexistencia con síndromes orgánicos, complican su diagnóstico. Incluso la depresión, puede ser tomada como una consecuencia normal del envejecimiento.

Generalmente, los síntomas depresivos en los hombres se asocian a la pérdida de roles laborales, al factor económico, al exceso de tiempo “productivo” y al deterioro físico; mientras que en las mujeres se relacionaría con la independencia de los hijos y el inminente cambio estético.

### **3.2.2- RELEVANCIA PRÁCTICA**

La finalidad de este trabajo, consiste en poder analizar, cuáles son las dificultades en el estado de ánimo, que se les presentan a los adultos mayores al momento de finalizar la actividad laboral, donde se encuentran con la necesidad de empezar a definir su proyecto de vida. Les toca “la tarea” de encontrarse a sí mismos, para poder profundizar en cuáles son sus objetivos y sus metas, analizando sus habilidades cognitivas, sus capacidades y sus preferencias; las cuales les permitirán comenzar a pensar en una organización diferente, en cuanto a los horarios y tiempos diarios, distintos a los que estaban acostumbrados; en fin, es comenzar a adaptarse a un nuevo mundo; a una realidad completamente desconocida. El pasaje de la actividad a la pasividad en algunos casos, los cambios en el humor en otros, o ambos, son inevitables pero sí modificables.

La depresión en la vejez, si no se diagnostica ni se trata, causa un sufrimiento innecesario para el anciano y su familia. Con un tratamiento adecuado, el anciano tendría una vida placentera. La persona mayor puede no querer hablar de su falta de interés en las actividades normalmente placenteras, o de su angustia después de finalizado el proceso jubilatorio; por lo tanto queda una puerta abierta para los profesionales de la salud mental, como así también para los investigadores y especialistas en dicha temática, ya que es importante el abordaje de una preparación, para poder acceder fácilmente a la sociedad luego de jubilarse, teniendo en cuenta capacidades, intereses, habilidades

cognitivas y sobre todo, lograr que aquellos que se jubilen, no se sientan desplazados del mundo que los rodea.

A menudo se conoce que la jubilación y la depresión van unidas de la mano. Es por eso que considero necesario, realizar esta investigación, para comprobar si existe dicha asociación y de esta forma sentar un precedente para posteriores investigaciones.

## **4- OBJETIVOS**

### **4.1- OBJETIVO GENERAL**

Investigar e identificar la posible depresión, que sufrirían los hombres y mujeres luego del proceso jubilatorio, en comparación con aquellas personas que aún no atravesaron dicho proceso, tomando en cuenta, el lugar de residencia; ya sea en geriátricos o en viviendas particulares.

### **4.2- OBJETIVOS ESPECÍFICOS:**

- Correlacionar la incidencia de la depresión en los adultos mayores jubilados.
- Comparar los síntomas depresivos post jubilatorios, entre personas que viven en sus hogares particulares y personas internadas en centros geriátricos.
- Comparar la depresión post jubilatoria según la diferencia de género.

## **5- HIPÓTESIS**

- “El proceso jubilatorio, se correlacionaría con depresión en los adultos mayores”.
- “Las personas jubiladas, tendrían mayor cantidad de síntomas depresivos, que las personas que todavía no iniciaron el proceso jubilatorio”.
- “Las personas de género masculino, tendrían mayor probabilidad de contraer una depresión en comparación con las de género femenino”.

- “Las personas que viven institucionalizadas en centros geriátricos, podrían sufrir mayor índice de casos de depresión, en relación a las personas que viven en sus hogares particulares”.

## **6- ANTECEDENTES. ESTADO DEL ARTE**

1. Bentosela, M; Mustaca, A. (2005). Efectos cognitivos y emocionales del envejecimiento: aportes de investigaciones básicas para las estrategias de rehabilitación. *Interdisciplinaria*. [Versión electrónica] Extraído en el mes de Agosto de 2010, vol.22, n.2 pp. 211-235. Disponible en la World Wide Web:  
<http://www.scielo.org.ar/scielo.php>

**Idea principal:** El envejecimiento normal, produce una serie de cambios que se presentan asociados a una declinación general de las funciones fisiológicas. Como consecuencia, surge un conjunto de déficit conductuales, cognitivos y emocionales. Aunque es relativamente artificial separar las funciones cognitivas de las emocionales, en esta revisión, se presentan estudios conductuales y neurofisiológicos, especialmente realizados con modelos animales, que abordan los cambios que provoca el envejecimiento en cada una de esas áreas. Los resultados muestran un deterioro de los procesos cognitivos, especialmente de la memoria y las funciones ejecutivas; una persistencia en las respuestas previamente aprendidas y una desregulación frente a situaciones de estrés. Se presenta una recopilación de investigaciones acerca de los tratamientos aplicados para mejorar la calidad de vida.

2. Bredt, S. (2008). Entre el mercado de trabajo y las pensiones de jubilación — la transición flexible ¿es un nuevo paradigma para las sociedades en proceso de envejecimiento? Compilación de los artículos AISS. *Revista Internacional de Seguridad Social*. [Versión electrónica] Extraído en el mes de Agosto de 2010, vol. 61, 4/2008. Disponible en la World Wide Web:  
<http://search.ebscohost.com/login.aspx>

**Idea principal:** El objetivo de este artículo, es demostrar que una de las vías factibles de la futura reforma podría consistir en ofrecer más opciones a los ciudadanos sobre el comienzo de su jubilación, así como en suprimir los límites a la acumulación de ingresos para la pensión, durante la vida activa.

3. Cerquera Córdoba, A. (Ene / Abr, 2008). Relación entre los procesos cognitivos y el nivel de depresión en las adultas mayores institucionalizadas en el Asilo San Antonio de Bucaramanga. *Universitas Psychological*. [Versión electrónica] Extraído en el mes de Agosto de 2010, vol. 7 1, p271-281, 11p. Disponible en la World Wide Web: [http://<search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=zbh&AN=33065046&lang=es&site=ehost-live>](http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=zbh&AN=33065046&lang=es&site=ehost-live)

**Idea principal:** El objetivo del presente artículo es identificar la relación existente entre el estado de los procesos cognitivos y el nivel de depresión de las adultas mayores del Asilo San Antonio, de la ciudad de Bucaramanga.

4. Duberstein, P. R; Lyness, J. M; Pincart, M. (Nov, 2006). *Tratamientos para las enfermedades depresivas en la vejez: comparación metaanalítica de la farmacoterapia y la psicoterapia*. American Journal of Psychiatry. vol. 9, p585-593, 9p. España: Edición Española.

**Idea principal:** Para mejorar las intervenciones terapéuticas destinadas a adultos mayores con depresión, se requieren datos sobre los efectos comparativos de la farmacoterapia frente a la psicoterapia. Dado que la mayoría de los adultos con síntomas depresivos clínicamente significativos, no padecen una depresión mayor, revisten especial interés los datos sobre los tratamientos de la depresión menor y la distimia.

5. Isarne, L; De Miguel, M; Sánchez, Reizabal, L. (2008). Factores psicológicos y salud asociados con un nuevo perfil de jubilados. *Revista de Psicología del Trabajo y de Las Organizaciones*, vol. 24, p303-324, 22p.

**Idea principal:** El objetivo principal de esta investigación, ha sido analizar el grado de interacción que pudieran tener determinadas variables sociales, psicológicas y de salud en la tipología de un posible nuevo perfil del jubilado.

6. Krzemienk, D; Monchietti, A; Urquijo, S. (2005). Afrontamiento activo y adaptación al envejecimiento en mujeres de la ciudad de Mar del Plata: una revisión de la estrategia de auto distracción. *Interdisciplinaria*. vol.22, n.2, pp. 183-210.

**Idea principal:** El presente trabajo propone, a partir de datos empíricos obtenidos en un grupo de adultas mayores, una reconceptualización de las estrategias de afrontamiento evitativas, especialmente la autodistracción, destacando su valor adaptativo frente a la crisis vital que genera el proceso de envejecimiento en las mujeres. Clínicos e investigadores sugieren que el envejecimiento, implica una crisis del desarrollo que afecta la adaptación vital.

7. Lombardo, E; Krzemien, D (May / Jun, 2008). La Psicología del curso de vida en el marco de la Psicología del Desarrollo. *Revista Argentina de Sociología*. [Versión electrónica] Extraído en el mes de Agosto de 2010, vol.6, n.10, pp. 111-120. Disponible en la World Wide Web:  
<http://www.scielo.org.ar/scielo.php>

**Idea principal:** La Psicología del curso de vida, resulta adecuada para una comprensión más holística y metateórica de la naturaleza del desarrollo humano desde la concepción hasta la muerte, cuyas premisas básicas enfatizan el interjuego dinámico entre influencias biológicas y socioculturales; los cambios del desarrollo y del envejecimiento forman un proceso continuo, no limitado a alguna edad particular; el desarrollo es multidimensional y multidireccional. Una consecuencia de la incidencia de este paradigma en la Psicología del Desarrollo, es la profundización del estudio del envejecimiento desde una perspectiva positiva.

8. Martínez-Mendoza, J. A; Martínez-Ordaz, V. A; Esquivel-Molina, C. G; Velasco-Rodríguez, V. M. (Ene / Feb, 2007). Prevalencia de depresión y

factores de riesgo en el adulto mayor hospitalizado. *Revista Médica del IMSS*. vol. 45, p21-28, 8p.

**Idea principal:** El objetivo de la investigación, es determinar la prevalencia de depresión y factores asociados en adultos mayores de 65 años hospitalizados.

9. Martínez, M. R; Morgante, M. G. y Remorini, C. (2008). *¿Por qué los viejos?: Reflexiones desde una etnografía de la vejez*. *Revista Argentina de Sociología*. vol.6, n.10, pp. 69-90.

**Idea principal:** Esta comunicación tiene por objetivo dar cuenta, desde una perspectiva etnográfica, del modo en que distintos grupos humanos o diversos sectores de una sociedad construyen diferentes imágenes, representaciones e ideas respecto de los "viejos". En particular, proponen reflexionar acerca de tres tópicos: la diversidad cultural de los conceptos de viejo y vejez; la interrelación entre la construcción simbólica de estas nociones y las particulares experiencias del envejecer, y algunas reflexiones del quehacer vinculado a una etnografía de la vejez.

1. Mitchell, A. J; Subramaniam, H. (Nov / Dic, 2005). Pronóstico de la depresión en los ancianos frente a las personas de mediana edad: revisión sistemática de los estudios comparativos. *American Journal of Psychiatry*. vol. 8, p606-619, 14p. España.

**Idea principal:** La depresión en las etapas tardías de la vida, tiene un mal pronóstico a largo plazo; se ha demostrado que esto es válido también para las personas de mediana edad. Los autores procuraron identificar todos los estudios que hubieran comparado el pronóstico de la depresión de la vejez, con la depresión de la etapa intermedia de la vida, en condiciones similares.

2. Orte Socías, C, X; March Cerdà, M. (2007). Envejecimiento, educación y calidad de vida: la construcción de una gerontología educativa. *Revista Española de Pedagogía*. [Versión electrónica] Extraído en el mes de Agosto de 2010, Issue 237, p257-274, 18p. Disponible en la World Wide Web:

<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=zbh&AN=33065046&lang=es&site=ehost-live>

**Idea principal:** El objetivo de este artículo, es poner las bases para la construcción de una gerontología educativa y, por tanto, que profundice en la especialización de las ciencias de la educación; una profundización que tiene que ver con los cambios sociales y demográficos de las sociedades más desarrolladas, con la institucionalización de la educación permanente, con el incremento de la esperanza de vida, con la existencia de las personas mayores como un grupo social importante y significativo.

3. Rodríguez Feijoo, N. (2007). Actitudes hacia la jubilación. *Interdisciplinaria*. [Versión electrónica] Extraído en el mes de Agosto de 2010, vol.24, n.1, pp. 5-42. Disponible en la World Wide Web: <http://www.scielo.org.ar/scielo.php>

**Idea principal:** Los objetivos del presente trabajo fueron: (1) Comparar las actitudes hacia la jubilación de una muestra de sujetos en las etapas pre y pos jubilatoria. (2) Analizar la influencia de ciertas variables tales como: edad, género, estado civil, nivel educacional, nivel ocupacional, grado de conformidad con el monto del haber jubilatorio, grado de satisfacción laboral, percepción de apoyo social, uso del tiempo libre, existencia o no de proyectos para el futuro, nivel de autoestima, etc., sobre las actitudes de ambos grupos hacia la jubilación. (3) Analizar la relación entre ciertas variables de personalidad y las actitudes hacia la jubilación.

4. Rodríguez Feijoo, N. (2007). *Factores que influyen sobre la calidad de vida de los ancianos que viven en geriátricos*. Psicología y Psicopedagogía. Publicación virtual de la Facultad de Psicología y Psicopedagogía de la USALNº 17. [Versión electrónica] Extraído en el mes de Agosto de 2010. Disponible en la World Wide Web: <http://www.salvador.edu.ar/>

**Idea principal:** Se realizó un estudio descriptivo para analizar la influencia de ciertas variables sobre la calidad de vida de los ancianos que viven en

geriátricos. Los resultados muestran que el nivel educacional, el uso del tiempo libre y el apoyo social percibido influyen significativamente sobre la calidad de vida del anciano institucionalizado.

5. Tamer, N. L. (2008). La perspectiva de la longevidad: un tema para repensar y actuar. *Revista Argentina de Sociología*. vol.6, n.10, pp. 91-110.

**Idea principal:** A medida que los sujetos y las poblaciones envejecen, las sociedades se ven afectadas por las características y ritmos del envejecer, ya que cada cultura, cada época, cada tiempo histórico, manifiestan sus propios patrones de envejecimiento y configuran modelos de envejecer y de vejez. Ante ello, la investigación y la práctica gerontológica, en sus múltiples dimensiones, intentan pensar y diseñar nuevas estrategias, más equitativas, solidarias y menos costosas, a las que puedan acceder un mayor número de envejecentes.

6. Yuni, J. A; Urbano, C. A (May / Jun, 2008). Envejecimiento y género: perspectivas teóricas y aproximaciones al envejecimiento femenino. *Revista Argentina de Sociología*. vol. 6 Issue 10, p151-169, 18p.

**Idea principal:** Diferentes estudios han puesto de manifiesto que los rasgos dominantes de la madurescencia son la crisis y la reelaboración de la identidad personal. El artículo describe teóricamente diferentes dimensiones psicológicas de la madurescencia femenina, desde una perspectiva socio-cultural.

## **7- MARCO TEÓRICO**

### **7.1- LLEGAR A LOS CINCUENTA**

Se podría considerar que cumplir cincuenta años no afecta a todas las personas por igual. Mientras algunas continúan sus vidas como lo venían haciendo (trabajando, ocupándose de la casa, de los hijos, concretando antiguas planificaciones, etc.), otras, en cambio, si bien siguen con la rutina del ritmo diario que la vida les ofrece, empiezan a reflexionar o en el mejor de los casos, logran “hacer un click” y darse cuenta que la rutina a la que están acostumbrados, en algún momento va a terminar y no todos se sienten felices con dicho pensamiento.

Una persona de cincuenta años, en general es una persona activa, se encuentra en buen estado físico y mental, tiene actividades laborales y sociales, tiene proyectos individuales o de familia, tiene una rutina de la cual a veces reniega y piensa: “cómo me gustaría dejar de trabajar y poder descansar o dedicarme a viajar”. Paradójicamente es un deseo a largo plazo y en la mayoría de los casos, una vez jubilados, se extraña aquello de lo que renegaron años atrás.

De algún modo a partir de los cincuenta, voluntaria o involuntariamente empieza a rondar la idea de la futura jubilación, ya sea porque algunos pares se van jubilando, o porque recuerdan el momento en que sus propios padres se jubilaron o porque empiezan a hacer cálculos en relación a la cantidad de años de aportes jubilatorios que poseen, para comprobar si llegan a los tan ansiados “treinta años de aportes necesarios” para poder jubilarse, apenas posean la edad mínima requerida para hacerlo .

A los cincuenta años, a las mujeres les faltan diez años más de vida laboral y a los hombres quince (salvo que sean docentes o tengan trabajos insalubres; en los cuales disminuye la edad mínima jubilatoria), por lo tanto, no les quita el sueño la idea de la jubilación ya que consideran que faltan bastantes años para concretarla...

Alrededor de los cincuenta años, es muy probable que se presenten crisis vitales tanto en hombres como en mujeres pero dichas crisis son atravesadas

casi naturalmente sin llegar a un estado de depresión, debido a que son crisis vitales, como por ejemplo el fallecimiento de los padres, la maduración e independencia de los hijos, o la menopausia. Estos períodos a diferencia de lo que ocurre luego de jubilarse, de alguna manera, incentivan a las personas a realizar nuevos cambios o proyectar planes con la intención de, tal vez, dejar de lado aquellos pensamientos que naturalmente los angustian. Por consiguiente, se podría decir que las personas de esta edad, siguen activas tanto física como mentalmente, tratando de generar comportamientos y pensamientos significativos, que sean saludables para sentirse vivos y sobre todo, activos, como por ejemplo, empezar una carrera, practicar deportes o comprar aquello tan deseado que venían postergando.

Según Leopoldo Salvarezza (2005), la mediana edad, es la época en que la mayoría de la gente ha encontrado un medio de subsistencia para sí y para su familia, ha finalizado la crianza de los hijos y éstos comienzan a abandonar la casa paterna. Entre los treinta y los sesenta años se distribuye aproximadamente el 80% del total de los puestos políticos, militares y empresariales. Esta época también es conocida como “la flor de la vida”, debido a que se alcanza determinado nivel de seguridad y se está en adecuadas condiciones de salud. Por otro lado, en esta etapa se constituye un “nicho ecológico”, las personas se han adaptado a un entorno limitado y su vida se ha rutinizado, lo que les otorga seguridad y una menor dependencia.

Por otro lado, es muy raro que una persona de cincuenta años, se encuentre institucionalizada viviendo en geriátricos, por lo tanto, es favorable que vivan con su familia como sostén o contención mutua. Sin embargo, muchas veces, es típico el estrés en personas de cincuenta años, ya que si bien, en general se encuentran en la etapa más productiva económicamente de sus vidas, deben, en algunos casos, ayudar simultáneamente a sus hijos y a sus padres. Dicho estrés podría considerarse como consecuencia de periodos vitales y no desencadenaría precisamente en una depresión, sino en una adaptación a las circunstancias.

Haciendo referencia al aspecto laboral, alrededor de los cincuenta años, se llega a la llamada etapa de mantenimiento (Super, 1962), en la que disminuye la tendencia a aventurarse laboralmente, prefiriéndose la seguridad que

otorgan las áreas conocidas y en las que mejor se han desempeñado. Puede ser un período de satisfacción o frustración, dependiendo de la existencia de un establecimiento afortunado o desafortunado. En ambos casos, existe un conflicto de valores entre seguir esforzándose y la opción de descansar y disfrutar de lo que se ha logrado, trabajando sólo para conservarlo. Las mujeres, por su parte, tienden a cultivar los talentos que quedaron a medio terminar; muchas de ellas se comprometen fuertemente en lo laboral, especialmente las que recién se incorporan al mundo del trabajo, otras, en cambio, prefieren dedicarse a estudiar, sobre todo si sus hijos dejaron atrás la niñez.

Dos características más se suman a las anteriores y éstas son, según Salvarezza (2005): la modificación en la percepción del tiempo y la personalización de la muerte. Aparece la conciencia de que el tiempo es finito, que se acaba justamente con la muerte. Esta cobra un significado diferente como consecuencia del fallecimiento de amigos, padres, etc. En la mediana edad, la muerte se convierte en una posibilidad real y concreta perdiendo los aspectos mágicos y lejanos que se tenían en la juventud. La toma de conciencia de la finitud del tiempo o la muerte de algún compañero de la misma edad, suele disparar las reflexiones íntimas y personales sobre la propia finitud.

A partir de los cincuenta años, muchas personas, se convierten en abuelos, lo cual les dejaría una puerta entre abierta, en la que se vislumbraría que el tiempo pasa rápido y próximamente llegaría el momento de jubilarse y tal vez, modificar sus vidas para siempre...

## **7.2- EL INEVITABLE ENVEJECIMIENTO**

Todos hemos escuchado alguna vez, frases, tales como: “los años pasan volando”, o “los años no vienen solos”; sería oportuno hacer una distinción de los “años” a los que se refieren las personas que reproducen los anteriores dichos populares.

Considero que existen cuatro tipos de edades que influyen en el envejecimiento, que no siempre se dan en forma simultánea, aunque sería lo esperable en el mejor de los casos.

La primera, sería la *edad cronológica*, es decir, la que marca el calendario desde nuestra fecha de nacimiento hasta la época actual. Contra la cual no se puede hacer nada más que adaptarse a la realidad temporal. Por otro lado, se encuentra la *edad biológica*, sería aquella que se relaciona con nuestra fisiología, con el funcionamiento de nuestros órganos vitales, con nuestra salud, en fin; con todo aquello relacionado con el cuerpo. Ante este tipo de *edad biológica*, sí podemos contribuir para llevar una vida biológica saludable. También existe una *edad social*, una edad que resultaría, desde mi parecer, de una confluencia entre las edades mencionadas anteriormente y el contacto directo con la realidad, es decir, una realidad que pondera la eterna juventud y dictamina quiénes se desempeñarían para la sociedad como personas activamente productivas. Continuando con los dichos populares... “a diferencia del vino, que se pone cada vez mejor con los años”; el envejecimiento es sinónimo del declive de la mayoría de nuestras funciones. Si bien es cierto que el envejecer es inevitable, no ocurre ni al mismo tiempo ni sobre todo, de la misma manera en todas las personas, sino que dependería de factores tales como: la educación, el estrés, la alimentación, el trabajo, las condiciones de vida y los hobbies, entre otras cosas. Finalmente, se encontraría la *edad psicológica*, la cual acapara mi mayor interés y sería aquella relacionada en forma directa con los cambios perceptivos, cognitivos y de personalidad en el transcurso del tiempo.

He aquí mi reflexión; si la mayoría de nosotros conoce lo antedicho, si la ciencia ha demostrado que existen factores preventivos de enfermedades, si nuestro sano juicio nos lleva a discernir entre lo que debemos hacer y lo que no, para sentirnos saludables tanto física como psicológicamente...¿Por qué será que muchos de nosotros “mal envejecen” o envejecen repentinamente?, ¿por qué nuestros “descuidos”, nos pueden “costar la vida”; por qué dejamos de lado el cuidado de nuestra salud; por qué nos acordamos de nuestros aportes jubilatorios cuando estamos cercanos a jubilarnos y nunca comprobamos anteriormente si nos han aportado nuestros años trabajados, a

pesar de entregarnos recibos de sueldo; en definitiva: ¿por qué lindamos menos con la salud que con la enfermedad, lo cual hace que el envejecimiento sea cada vez más inminente y avasallante?

Según Ricardo Roisinblit (2010), existen muchas teorías del envejecimiento y existen múltiples procesos biológicos involucrados, lo cual significaría que el envejecimiento es multifactorial. Las primeras teorías y las más antiguas se basaban en aspectos como el “desgaste de los tejidos”, mediante el cual el esqueleto se iría descalcificando con el paso de los años, explicando enfermedades como la osteoporosis. Posteriormente se postularon teorías más integrales, como la del “reloj biológico” de Bullough. Esta última sostiene que “podría existir un reloj cerebral que programase la vida, el crecimiento, la pubertad, la menopausia, etc., un órgano-reloj que controlase el envejecimiento de todos los otros órganos. En la actualidad se sostiene que, si se tienen en cuenta todos los factores involucrados, además del enorme avance de la medicina, los casos de longevidad mayor aumentarían y se sobrepasarían los 120 años. Los problemas económicos de los adultos mayores son una condición de envejecimiento, en casi todos los países del mundo y están ligados lamentablemente a muchas otras, como la alimentación y la salud física y mental. Son bien conocidos los trastornos psicológicos que pueden generar angustia o depresión, tan comunes en la tercera edad.

El término “envejecimiento” conduce a muchas personas a pensar en falta de energía, problemas de salud, cambios en el cuerpo, pasividad, monotonía, aburrimiento y sobre todo en la suposición de dependencia, con la consecuente “carga” para otros, en general, para los hijos. Por ello, muchos adultos se resisten al envejecimiento.

### **7.3 LA VEJEZ: ¿UNA CUESTIÓN DE EDAD?**

Si nos remitimos al diccionario tras la búsqueda de la palabra: “edad”, éste nos dirá que “edad”, es el tiempo que ha vivido una persona desde su nacimiento o, cada uno de los períodos de la vida: escolar, adulta, tierna, etc. Al leer la última definición, parecería que fuera inevitable la asociación entre vejez y ternura. ¿Continuará vigente dicha asociación? Lejos quedaron los tiempos en los que

se consideraba a los ancianos, como poseedores de plena sabiduría y experiencia, ante quienes todos recurrían en búsqueda de consejos, sugerencias y hasta ayuda para la curación de enfermedades. Era muy tierno, ver cómo las abuelas (para algunos bisabuelas), en otra época, se dedicaban al cuidado del hogar y de los hijos; cocinando sin toda la tecnología que existe en estos tiempos, que les ahorraría muchísimo tiempo; lavando en general a mano con minucioso detallismo para evitar que quedaran manchas en la ropa, al igual que en el planchado; cuidando de sus hijos y nietos con un amor y paciencia inmensurables. Como también los hombres, dedicados a trabajar, en general en un oficio, el cual les resultaba placentero no siempre por el oficio en sí, sino porque sabían que trabajando pagarían cómodamente las cuentas del hogar y en el mejor de los casos, podrían tener su casa propia y otros lujos. Si tuviéramos que imaginarnos a estas personas, cada uno sabe a quién me refiero...¡¡¡ sí que era tierno!!!

En cambio las personas que actualmente tienen la misma edad que nuestros abuelos en aquella época, distan abismalmente de ellos en todos los aspectos, y en la mayoría de los casos no resultan tiernos, sino solamente...adultos. Es decir, les quitamos la mirada tierna, casi compasiva, con el correr de los años. Hoy en día, una persona de 65 años, ya no es más ese abuelito que se queda en casa leyendo el diario, o esa abuelita a la cual le podemos dejar nuestros hijos a su cuidado todo el día con plena tranquilidad, porque en la actualidad, son personas activas en la sociedad; si bien, tal vez, no sean activas desde el punto de vista de la productividad económica; me refiero a que son activas en otros aspectos; por ejemplo, entre las mujeres, la que no tiene que juntarse con las amigas, tiene que ir a la peluquería, o ir al gimnasio, o trabajar un par de horitas en el consultorio de la hija de una amiga o prefieren dormir la siesta, dedicarse a arreglar la casa o tal vez viajar...en fin...a veces cuentan con menos tiempo que nosotros, a pesar de no tener hijos de los que ocuparse a diario, pero no todo es color de rosa...

Si bien la vejez, no sería nada más que el estadio final de nuestro ciclo vital, no tiene la misma connotación si nos situáramos desde diferentes perspectivas, por ejemplo: desde la biología, el empleo, la familia, etc. De aquí que surja la ambigüedad del término en la actualidad.

Como ocurre con todas las otras etapas de la vida, no hay una edad exacta para indicar cuándo termina la adultez media y comienza la vejez, pues la diversidad de personas y su estado de salud dificulta esta división; sin embargo se ha elegido arbitrariamente los 65 años como la edad en que comienza la adultez tardía, porque en general, es la edad en que las mujeres y los hombres están aptos para jubilarse.

Según Papalia (1998), la vejez, es un período en el que se debería gozar de los logros personales y contemplarse los frutos del trabajo individual, útiles para las generaciones venideras, ya que constituye la aceptación del ciclo vital, único y exclusivo de uno mismo y de todas aquellas personas que han llegado a este proceso.

En muchos casos, la vejez se considera como un período de deterioro cognitivo, considerando a los ancianos incapaces de aprender nuevas habilidades.

Según Gaminde (1999), existe un problema en la definición en el estudio del cambio cognitivo en la vejez, el cual es confundido por investigadores y teóricos que proponen definiciones, que reflejan sus puntos de vista paradigmáticos y del mundo. Por ejemplo, un estructuralista ve el cambio cognitivo como unidireccional, mientras que, un psicólogo del ciclo vital del desarrollo ve el cambio cognitivo como multidireccional. De acuerdo con este punto de vista, el cambio cognitivo en la vejez es multidireccional y multidimensional, con sujeción a las grandes diferencias individuales, y la plasticidad. Las capacidades cognitivas están ligadas a estilos de vida, salud, economía, etc. Esta posición teórica propone que sólo a través del estudio del microambiente del individuo, se puede alcanzar una comprensión de las diferencias individuales en el cambio cognitivo.

Iacob y Acrich (2007), afirman que el deterioro cognitivo, muchas veces queda mal subsumido al terreno de las demencias. La preocupación en describir y diferenciar cada una de estas problemáticas, reside en el hecho de que un diagnóstico apresurado y mal hecho puede producir un efecto iatrogénico en el paciente.

Afortunadamente, se podría considerar que la disminución cognitiva “propia de la vejez”, forma parte más bien de un mito que de una realidad, ya que la mayoría de las personas mayores, no experimentarían deterioro cognitivo significativo, como así tampoco, disminución en la capacidad intelectual; sino que, por el contrario, por lo general, se mantienen estables cronológica e intelectualmente, e incluso se hace notable que se encuentran hasta más informados que las personas mucho más jóvenes.

#### **7.4 LA DISCRIMINACIÓN EN LA VEJEZ**

La discriminación por edad, se podría definir como el prejuicio que se produce en función de la edad. Aunque puede ser utilizado contra las personas de todas las edades, se produce frecuentemente en las personas mayores a la hora de buscar empleo, en los últimos años de vida socialmente aceptados como laborales.

Como dice Leopoldo Salvarezza (2005), hay una mirada social que determina cuál es el rol del viejo, y esa mirada hoy es prejuiciosa. Este conjunto de prejuicios se llama viejismo. El término viejismo, puede entenderse como “conjunto de prejuicios, estereotipos y discriminaciones que se aplican a los ancianos simplemente en función de su edad”.

Frecuentemente nos encontramos ante prejuicios, ideas erróneas acerca del envejecer, que una vez incorporados en la mentalidad colectiva, funcionan determinando actitudes negativas frente a los adultos mayores. Los estereotipos negativos más comunes sobre la vejez, según Ricardo Roisinblit (2010), son:

- Que la vejez es una enfermedad.
- Que los viejos se vuelven niños.
- Que los viejos no son adultos, es decir, no productores.
- Que la vejez significa pérdida.
- Que de la vejez no se sale. Es crónica.
- Que los viejos se llevan mal con los jóvenes.
- Que ser viejo es ser dependiente.
- Que los viejos no poseen saberes útiles.
- Que los viejos son una carga y son molestos.

- Que el viejo es feo, es decir, su cuerpo y su rostro no son bellos.
- Que los viejos son avaros.
- Que los viejos son gruñones y malos.
- Que los viejos son degenerados sexuales.
- Que los viejos no deben sufrir ni enterarse de cosas negativas. Se los tiene al margen de la realidad, se les miente, se les ocultan informaciones.
- Que los viejos no pueden decidir por sí mismos. No saben ni siquiera administrar sus bienes...entonces se los administran otros.
- Que son proclives a tener determinados accidentes, entonces les prohíben hacer determinadas actividades.
- Que no tienen intereses ni preocupaciones.
- Que les gusta estar solos.
- Que no tienen necesidades personales, entonces se arreglan con pocas cosas.
- Que no tienen vida sexual, ni sexualidad.
- Que no se enamoran. Está mal visto que se casen o que formen una nueva pareja.

Estos estereotipos refuerzan la imagen negativa que se tiene de la vejez y colaboran para que los adultos mayores sean marginados y construyan un sentimiento de ausencia de poder, con la consecuente disminución de su autoestima.

Considerando lo anterior, sería razonable entender por qué se producen ciertos comportamientos en las personas adultas mayores, tales como: el aislamiento social, la recurrencia a pensamientos del pasado, el aferramiento a sus bienes y las resistencias a los cambios; para así, de esta forma, comprender que se sienten “seguros”, dentro de su inseguridad.

## **7.5 LA JUBILACIÓN**

¡Llegó el momento!...luego de tantos años de trabajar a diario, de cumplir un rol activo y productivo económicamente para la sociedad y sobre todo para sí mismo, después de seguir una rutina laboral que indefectiblemente condiciona horarios hasta para realizar las comidas diarias, en definitiva...se hace real y

concreto el “tan ansiado” momento de jubilarse...pero... ¿Qué sucede después de la jubilación?

Como lo vengo adelantando, la jubilación, tiene diferentes efectos, dependiendo de cada persona. Está claro que se trata de un proceso de transición, el cual será permanente...y devendrá en diferentes consecuencias.

La jubilación implica desde ya, una disminución en el ingreso económico, que de no estar “preparados”, podría generar cierto estrés, malestar y en el peor de los casos, depresión. Sumado a esto, la persona que se jubila, podría sentir la pérdida de poder, de status social y/o de identidad profesional, lo que aumentaría el riesgo de contraer dicha depresión. Si bien es cierto que en la actualidad, muchas personas preferirían tener una vejez activa, también desearían liberarse del trabajo diario y de las exigencias que éste conlleva. Como lo vengo señalando, es contradictorio el deseo previo de jubilarse, con la realidad de afrontamiento ante la concretada jubilación, ya que sería inevitable el sentimiento de angustia que se genera, sobre todo en personas que han tenido un alto nivel ocupacional. En general, se produce una crisis asociada a la jubilación que comenzaría dos años antes de iniciar la jubilación y continuaría dos años después del cese laboral.

La jubilación puede definirse de muchas maneras y en lo que todas coinciden, es que implica un cambio significativo en la vida de aquel que se jubila. La jubilación presenta diversas formas en cada persona y en cada situación, y esto genera actitudes cambiantes.

Existen varios motivos para que una persona se jubile, ya que no en todos los casos deciden jubilarse voluntariamente, por el solo hecho de tener los treinta años de aportes y la edad mínima para hacerlo (sesenta años las mujeres y sesenta y cinco los hombres). Muchas personas se han retirado laboralmente con la jubilación anticipada, la cual no sigue en vigencia pero ha sido aprovechada por varios trabajadores. Se trataba de otorgar la jubilación a aquellos que cumplían con los treinta años de aportes pero no con la edad mínima para jubilarse. Por otro lado se encuentran los docentes y las personas que poseían trabajos del tipo insalubres, como por ejemplo: choferes, policías, mineros, etc. Quienes también se han podido jubilar, con menor cantidad de

años de aportes, sin tener las mujeres y los hombres, sesenta y sesenta y cinco años, respectivamente. Los tipos de jubilaciones recién mencionados, se podrían considerar una de las formas más saludables o con menores consecuencias psicológicas luego del retiro laboral. Pero existen personas que no han tenido dicha posibilidad y se han encontrado con la jubilación frente a frente, a merced de no deseársela. Muchos son aquellos que hubieran querido seguir trabajando y los empleadores, les han sugerido o casi obligado a concretar la jubilación, otros son los que se han jubilado por invalidez, es decir, personas en actividad con alguna incapacidad mayor al 66% requerido por la Junta Médica de la Administradora Nacional de Seguridad Social (ANSeS), la cual, les impedía seguir trabajando, y finalmente se encuentran aquellos, que suponían que la jubilación, aunque añorada, se trataría de "algo diferente". En estos tres últimos casos, estaríamos ante un problema, ya que en ninguno de los tres, se trataría de una jubilación deseada, placentera, y saludable. Sin olvidarnos de sumar a aquellas personas que si bien tienen los treinta años de aportes, no se podrían jubilar porque han trabajado "en negro", lo que significa, que para el Estado "nunca han trabajado".

De acuerdo con Vega y Bueno (2000: 325-326), la jubilación es un proceso continuo, que pasa por una serie de etapas:

1. *La pre jubilación*, que se caracteriza porque la persona se orienta hacia la idea de jubilarse. Dado que la jubilación aún no acontece, se hacen elucubraciones sobre cómo podrá ser.
2. *La jubilación*, que presenta tres tipos de vivencias alternativas: a) la vivencia de una situación de "euforia", en la que la jubilación se presenta como una oportunidad de hacer todo lo que se deseó y no se pudo hacer en los años de trabajo; b) la fase durante la cual la persona entra en la rutina de la jubilación, que se caracteriza porque se tienen actividades y grupos estables; c) la fase de "descanso" a partir del momento de la jubilación, en la cual entran algunas personas. Esta fase se caracteriza por una reducción temporal de la actividad, de forma opuesta al incremento que se produce en la fase de "euforia".

3. Después de la fase de jubilación, algunas personas pasan por una tercera etapa de "*desencanto*" y *depresión*. Esta fase se produce cuando la persona percibe que sus expectativas sobre la jubilación no se cumplen.

4. Como consecuencia del desencanto o de las vivencias de la fase anterior, algunas personas pueden pasar por un proceso de *reorientación*, en el cual se reevalúan las expectativas sobre la jubilación y se sitúan en términos más realistas.

En definitiva, la jubilación, significa un salto hacia una nueva etapa en la vida de quienes la concretan y lamentablemente está correlacionada con una inevitable pérdida de rol en la sociedad, ya que el ámbito laboral y la ancianidad, son considerados muchas veces incompatibles o contradictorios. A pesar de que profesionales o trabajadores por cuenta propia, demuestren que se puede trabajar hasta el final de la vida, la ancianidad se asocia con la idea de ausencia de trabajo. Esta puede ser una de las razones por las que gran parte de la población considera a los ancianos como un grupo de referencia negativo. De hecho, es muy común que los mismos empleadores, sean los que logren inducir la decisión de jubilarse a los trabajadores que consideran "grandes" o "viejos" para continuar en sus puestos laborales, evitando de esta forma, pagarles la indemnización correspondiente, en el caso de despedirlos.

Existen diferentes tácticas o estrategias, tal vez bien conocidas por muchos de nosotros, entre las que se encontrarían: disminuirles o, en otro caso, no aumentarles el salario, trasladarlos a sucursales lejanas a sus zonas de residencia, aumentarles el trabajo manteniéndoles el mismo sueldo, "descenderlos de puestos", o distribuyendo sus funciones entre otros empleados...y así podría continuar...

Lo que quiero destacar es que las mencionadas "estrategias" de los empleadores, en la mayoría de los casos, dan resultado y de esta forma, se produce una especie de "discriminación por edad", sin contemplar que aquellos a los que incitan a jubilarse, tal vez puedan seguir desempeñando el rol que venían teniendo, aún mejor que una persona de menor edad y los adultos mayores, terminan optando por la jubilación en pos de conservar su honor y dignidad, lo cual es entendible pero lamentable. Sin embargo, como la edad

mínima jubilatoria está impuesta por el Estado, serían los mismos empleadores quienes apelarían a este recurso, para estimular a sus trabajadores para que se retiren, por supuesto, sin tener en cuenta las aptitudes personales y laborales; centrándose exclusivamente en “la edad” del trabajador, sin darles la mera posibilidad de que sean ellos los que decidan y elijan jubilarse en forma totalmente voluntaria.

La jubilación obligatoria basada en la edad, deteriora la salud de muchas personas a quienes el trabajo les otorgaba una posición social, satisfacción económica, relaciones sociales y una elevada autoestima. Se considera al rol del jubilado como un “rol sin rol”, el cual implica interrumpir el ritmo al que estuvo acostumbrado durante muchos años para terminar siendo una persona discriminada por la inactividad que prefiere el aislamiento antes que la vida social de la que considera que ya no forma parte.

Según Rodríguez Feijóo (2007) se puede definir la *actitud hacia la jubilación*, como una organización aprendida y duradera de creencias y cogniciones, dotada de una carga afectiva a favor o en contra de la jubilación y que predispone a una acción coherente con dichas cogniciones y afectos. Esta predisposición a responder frente a la situación de jubilación en interacción con otras variables disposicionales y situacionales, guía y dirige el comportamiento. La actitud hacia la jubilación depende, entre otras variables, de factores personales y económicos. Una persona que sea optimista ante la vida y tenga una buena situación económica, podrá afrontar su retiro laboral con un mayor éxito de adaptación a su nueva situación sociofamiliar; por el contrario, una persona centrada en el trabajo, con escasas relaciones sociales fuera de aquel y con dificultades económicas, afrontará la jubilación como un castigo difícil de superar.

En cambio, según Ricardo Roisinblit, (2010), para la mayoría de las personas, la jubilación es un hecho esperable y se la experimenta con relativa ecuanimidad. Dicho autor, aclara que es necesario advertir sobre el mito de la etapa postjubilatoria. Según indican algunos especialistas, es muy rara la visita al consultorio médico o psicológico a causa de la jubilación, ya que la mayoría de las personas que se jubilan, realizan las mismas cosas que antes de la jubilación: comen, duermen, hacen el amor, charlan con amigos. La nueva

estructura temporal les permite realizar actividades que no les era posible debido al trabajo. Esencialmente son las mismas personas ya que no se cambia de un día para el otro.

La jubilación implica una desvinculación progresiva y una sustitución de unas actividades por otras. Existen algunas teorías que explican la relación entre la adaptación y el ajuste personal a situaciones propias de la vejez. Vega y Bueno (2000), las explican de forma breve:

**La teoría de la desvinculación.** Según esta teoría, el envejecimiento satisfactorio, se caracteriza por el progresivo alejamiento de la persona de todo lo que suponga actividad y participación social. La desvinculación supone una adaptación normal a la nueva situación personal y social en que se encuentran las personas mayores. Cuando el anciano se siente protegido y con sus necesidades cubiertas, la respuesta más natural sería la desvinculación progresiva. No así cuando el anciano se encuentra en una situación económica precaria y tiene que buscarse el sustento diario, hasta que sus fuerzas se lo permiten o hasta el último día de su vida. De acuerdo con la teoría de la desvinculación, el deseo de los ancianos de ser útiles a esta edad, solo se relaciona con la necesidad de sentirse seguros y con el temor de verse rechazados, indefensos y desamparados. Los resultados de las investigaciones, no han apoyado la idea de que una menor actividad sea deseada, en general, por las personas mayores, ni que favorezca una mejor adaptación al medio. Se ha encontrado que la desvinculación solo tiene lugar bajo determinadas circunstancias:

1. Esta teoría puede ser favorecida por una sociedad que no considera relevante la atención a los ancianos y encuentra en ella su justificación.
2. La desvinculación parece estar asociada con los acontecimientos que le toca vivir a la persona, y está influida por el ambiente económico y social.
3. La desvinculación puede ser más común cuando las personas sienten que la muerte está cerca.

**La teoría de la actividad.** Según esta teoría, cuanto más activas se mantengan las personas mayores, más satisfactoriamente envejecerán y

aceptarán mejor su condición de ancianos. Las personas que envejecen así, mantienen los niveles de actividad de la edad adulta durante más tiempo y sustituyen las actividades perdidas por otras nuevas. Mantienen sus lazos y roles sociales, ya que éstos son la principal fuente de satisfacción personal. Cuantos más contactos sociales pierdan, como consecuencia de los acontecimientos vitales, y no se sustituyan por otros, más baja será la satisfacción personal. De acuerdo con esta teoría, es importante que la persona se mantenga activa, aunque más importante parece ser el tipo de actividad que realicen. Actualmente se considera que es más saludable mantenerse activo y sustituir unas actividades por otras, que desvincularse progresivamente. No todas las actividades producen la misma satisfacción:

1. Las actividades que más satisfacción producen son las de naturaleza informal, que son llevadas a cabo con los familiares y amigos.
2. Las actividades que se realizan en solitario no tienen ningún efecto.
3. Las actividades formales y excesivamente estructuradas pueden tener efectos negativos.

**La teoría de la continuidad.** Esta puede ser una posición más equilibrada, pues sostiene que la continuidad es una estrategia adaptativa, promovida tanto por la persona como por la aprobación social. Esto es, al efectuar nuevas elecciones, las personas mayores tienden a mantener sus estructuras internas y externas y consideran sus experiencias pasadas.

Mas allá de la opinión de varios autores, habría que destacar que aquello que aparece antes, durante y después del proceso jubilatorio, es temor, y el principal, es conciente y es aquel relacionado con lo económico, luego se especularía con la pérdida de valoración familiar y de los contactos sociales informales del ámbito laboral y la desaparición del prestigio social. En efecto, las cargas subjetivas y objetivas que la jubilación conlleva, son muy a menudo divergentes, si se consideran los múltiples factores que intervienen, como los valores y el contexto social de la familia.

## **7.6 DIFERENCIA DE GÉNERO EN LA VEJEZ**

A pesar de que todos vivamos en la misma sociedad, existen diferencias de género llamativamente interesantes luego del proceso jubilatorio.

Se consideraría a los hombres con mayor probabilidad que las mujeres para padecer una depresión, ya que se vincula con la disminución del ingreso monetario y con la moral, sin olvidar la pérdida de los roles laborales, la capacidad física y todo aquello que vengo mencionando anteriormente.

Parecería ser, que fuera la mujer, la que “soporte más” el hecho de estar jubilada, ya que ha construido redes sociales que la mantienen “en contacto” con el exterior, ya sea con personas del barrio, a la hora de hacer las compras y todo aquello que se relacione con la vida doméstica. De esta manera, muchas veces, es el hombre el que se va incorporando al mundo de las tareas de la casa, incluyendo el cuidar de sus nietos o ir a buscarlos al colegio. Pero no todo es perfecto, porque cuando el hombre se jubila, necesita un tiempo (tal vez demasiado) de adaptación. Debe adaptarse al ritmo familiar de la vida cotidiana, mientras él se encontraba ausente...trabajando. De pasar diez o doce horas fuera del hogar, se encuentra ahora, todo el tiempo en casa tratando de “ocupar el tiempo” que mayormente... lo aburre. Mira TV, escucha la radio, corta el pasto de su jardín, intentando combatir el tedio o de encontrarle algún sentido a esta nueva forma de vida.

Lamentablemente, las relaciones familiares suelen sufrir algún desajuste como consecuencia de esta nueva realidad para la que no estaban preparados.

Las mujeres parecen vivir la permanencia del esposo también como una carga no pensada y deben hacer esfuerzos para mantener la armonía en el hogar.

Según Ricardo Roisinblit (2010), para aquellos hombres y mujeres que ocuparon una posición de prestigio y poder, la jubilación puede significar pérdida y su autoestima puede disminuir. Para los que han sido socializados en una ética del trabajo, una sensación de inutilidad social puede llegar a aparecer.

En definitiva, en la comparación según el género, se observaría que las mujeres, tienen actitudes más favorables que los hombres. Una posible explicación de esta diferencia podría ser que a pesar de la incorporación de la

mujer al mercado laboral, la mayoría de los hombres, continúan sintiendo que deben ser ellos los proveedores más importantes del sustento del hogar.

Si bien existe una cantidad considerable de mujeres que se hallan profundamente vinculadas con su trabajo, ya sea por necesidad económica o por vocación, en general, el hombre sufre con la jubilación la pérdida de un rol fundamental, mientras que la mujer mantiene el rol de cuidado y atención del hogar.

Para Ricardo Roisinblit (2010), una característica muy importante de la cultura de la ancianidad, es el liderazgo de la mujer en el hogar. Debido a la división sexual del trabajo, la mujer continúa realizando las tareas de la casa, reproduciendo la domesticidad casi como si fuera joven. La mujer envejecida no se queda sin rol. De esta manera no se rompe la relación mujer-hogar tan importante para la personalidad femenina, mientras que al hombre le cuesta más encontrar su nuevo rol en la casa. Es frecuente que la mujer continúe con las tareas de limpieza, cocina, planchado de la ropa, como siempre, reservando para el hombre tareas menores como hacer los mandados, sacar la basura y pagar las cuentas. Por otra parte, la desaparición del cónyuge masculino, puede operar como una especie de liberación y es frecuente que viudas realicen actividades que hacía mucho tiempo habían olvidado. La subordinación de la mujer es ahora reemplazada por una especie de libertad que es aprovechada. Para la teoría de la desvinculación, la supervivencia femenina se debe a que el período de envejecimiento socialmente definido para las mujeres es más largo que para los varones. Para aquellas, comenzaría con el inicio de la menopausia/climaterio, en tanto que para los hombres, es la jubilación lo que los define socialmente como viejos.

Cronológicamente la mujer se jubila antes que el hombre lo que aparece como una contradicción demográfica ya que su esperanza de vida resulta mayor que la del varón. Por otra parte quiero mencionar que, familiarmente, del trabajo doméstico, la mujer nunca se jubila, es decir; que si bien el trabajo de ama de casa es una categoría previsional más, la mujer no se jubila de la casa.

## **7.7 INSTITUCIONALIZACION**

Las principales causas para institucionalizar a los ancianos, ya sea en establecimientos públicos o privados, serían: la imposibilidad de que continúen viviendo solos; debido incapacidades físicas o enfermedades mentales, la imposibilidad por parte de la familia para cuidarlos y en el peor de los casos, el maltrato familiar o la ausencia de familia.

Sin embargo, en uno de los Hogares en que tomé parte de la muestra, los requisitos de ingreso son los siguientes:

- Ser mayor de 65 años.
- Ser auto válido.
- No tener patologías infecto contagiosas.
- No poseer patologías previas crónicas.
- Residir en el Distrito de Florencio Varela.

Al hacer mención de los requerimientos del hogar para la admisión de los ancianos, quiero destacar que no siempre son condiciones necesarias el deterioro físico o mental para que una persona viva en un geriátrico.

El hogar al que me refiero es un hogar Municipal, Hogar de Ancianos Salvador Sallarés, y durante la recolección de datos, no encontré a ninguna persona con deterioro cognitivo. Sería prudente desmitificar que en las Instituciones de ancianos, “no son buenas las condiciones de vida de los viejos”, podría asegurar con mis propios ojos, que ocurre todo lo contrario a lo que se piensa.

Si bien la mayoría no ingresó por su propia voluntad, están muy conformes con la Institución en todos los aspectos: atención, cuidado, recreación, alimentación, comunicación, etc.

El Hogar tiene los siguientes objetivos:

- Superación del aislamiento y la pasividad.
- Potenciación del nivel de independencia personal.
- Aumento de la autoestima.
- Promoción de la comunicación, las relaciones interpersonales y la participación.
- Fomento de la creatividad y la gratificación.
- Intercambio con la comunidad.

- Realizar actividades recreativas.
- Ofrecer un lugar de residencia confortable y adecuada para contener a los adultos mayores.

Al ser un Hogar Municipal, se encuentran institucionalizadas muchas personas que se encontraban viviendo en la calle y las cuales se han recuperado con el tiempo, gracias a la colaboración de los profesionales del Hogar, con quienes tienen una excelente relación y esto hace de la convivencia, un ambiente lo más agradable posible.

Actualmente lo que se observa en el nivel socioeconómico medio, es que los últimos años de las personas mayores, viudas o solteras, que viven en su propio hogar, transcurren con la compañía de una empleada doméstica a tiempo completo, cuidando del anciano, acompañándolo a los consultorios médicos, a realizar las compras, a pasear, etc. De todos modos, está muy lejos de ser una situación ideal para el anciano, dado que a veces resulta muy difícil que se establezcan una buena comunicación entre ellos, lo cual se debe entre otras cosas, a que no comparten las mismas necesidades e intereses y por lo general, existe entre ellos una gran diferencia en cuanto al nivel educacional. Finalmente en muchos casos, acceden al pedido familiar de internarse en un geriátrico y deberán, como todos los que viven allí, adecuarse a las normas, horarios, autoridades y compartir los momentos para comer, dormir y recrearse con las mismas personas todos los días.

En un número creciente de casos los ancianos son internados en instituciones geriátricas, debido a los cambios en la organización familiar, en particular en el rol de la mujer como generadora económica, ya que, a pesar de salir a trabajar, debe “hacerse cargo” de la casa, de los hijos y de los padres o suegros; situación que genera la suficiente tensión como para decidir internar a los mayores.

En mi caso, he tenido contacto con dos Instituciones maravillosas en todo sentido, en especial en el cuidado de las personas mayores desde todas las perspectivas posibles. Entiendo que la calidad de muchas Instituciones, varía sensiblemente según el costo de las mismas y la responsabilidad profesional de quienes las dirigen.

## **7.8 DEPRESIÓN EN LA VEJEZ**

Según el Dr. Luis Carlos Arranz Santamaría (2000), Médico Especialista en Geriátría, la depresión, es un trastorno de primer orden en cuanto a frecuencia y trascendencia, dentro de las enfermedades que aquejan preferentemente a los ancianos.

Uno de los prejuicios más frecuentes ante las personas mayores, es considerarlos como depresivos. A pesar de ello el envejecimiento no es sinónimo de depresión. No se deben confundir el envejecimiento normal, con la presencia de una enfermedad, por más que en ocasiones estén presentes en algunos ancianos, una mayor introversión, aislamiento o recurrencia del pasado. Es decir, ni todos los ancianos están deprimidos ni los síntomas de una depresión cuando aparecen en un anciano, son "normales" para su edad.

Otros autores como Iacub y Acrich (2007), sostienen que la depresión, es el diagnóstico más frecuente en las personas de edad y constituye un problema serio que entraña el sufrimiento, el aislamiento social, una tasa elevada de suicidio y un aumento de la morbilidad y la mortalidad. Esta patología está subdiagnosticada, se la trata poco, y muchas veces de maneras poco adecuadas. Las formas atípicas, enmascaradas, caracterizadas por quejas somáticas o por su coexistencia con síndromes orgánicos complican su diagnóstico.

Si bien, la depresión en los ancianos, no se relaciona en forma directa como consecuencia "normal" de la edad, es cierto que algunas personas mayores padezcan de depresión debido a la existencia de varios factores que podrían favorecer la aparición de este trastorno, tales como:

- La jubilación, que condiciona un cambio brusco en la actividad y en las relaciones sociales.
- El deterioro físico, propio del envejecimiento.
- Aparición de enfermedades crónicas.
- La pérdida de la autonomía o dependencia.
- Duelos.

- Problemas monetarios: disminución del ingreso o pérdidas económicas.
- Pérdida de roles en la sociedad, etc.

Por lo tanto, sería lógico pensar que la existencia de uno de los factores mencionados, o la confluencia de varios de éstos, desencadenen una depresión en los ancianos, la cual, por lo general se manifestaría con alguno/s de los siguientes síntomas, (a modo general; sin caer en el detalle minucioso y exhaustivo que propone el DSM IV, para los trastornos del estado de ánimo o afectivos), como por ejemplo: irritabilidad, falta de interés en actividades usuales, tristeza, apatía, pérdida del apetito, desgano, aislamiento social, pesimismo, pasividad, menor rendimiento cognitivo, las alteraciones del sueño con insomnio, cansancio o falta de energía y en el peor de los casos; suicidio. También pueden existir muchas quejas somáticas: gastrointestinales, vértigo, dolor, cefalea, etc. que son predominantes en la depresión del anciano.

Los ancianos con mucha frecuencia, padecen enfermedades en las que la depresión puede ser un síntoma más de dicha enfermedad. En este caso la depresión en sí, no es la enfermedad principal, sino un síntoma acompañante.

Leopoldo Salvarezza (2005), afirma que en gerontología, el reconocimiento de una depresión, se hace más difícil que en edades más tempranas, porque una mirada viejista, puede intentar atribuir incorrectamente los síntomas depresivos al proceso de envejecimiento en sí mismo, confundiendo normalidad con patología. Sumado a esto, existen distintos criterios para clasificar las depresiones, lo cual hace que sea difícil establecer los índices de prevalencia de las mismas entre los viejos. Dichos índices se duplican entre los que viven internados. Siempre ha sido complicado encarar su clasificación y las que han sido propuestas, nunca han logrado satisfacer a todos los profesionales. La dificultad, reside en la diversidad de acepciones de la palabra depresión, la cual puede ser considerada, según los casos, como un síntoma, un síndrome o una enfermedad de distintos grados abarcativos. Asimismo, el curso y la duración de las depresiones, es variable y estaría sujeta tanto a las características de personalidad de cada sujeto, como del contexto sociocultural donde se desarrolle.

Según Iacub y Acrich (2007), el tratamiento de la depresión implica el apoyo en tres grandes ejes: la psicoterapia, las redes de apoyo social y el farmacológico. Cada uno de estos debe ser evaluado a la hora de pensar su terapéutica, tomando en cuenta la prevención, el tratamiento y la rehabilitación. Cada paciente implica una suma de circunstancias que se deberán atender y donde la edad va a ser uno de los datos implicados pero no el único.

**Las opciones psicoterapéuticas** disponibles en la actualidad son múltiples. Desde las psicoanalíticas hasta las de orden cognitivo-conductual, aún ofreciendo lecturas diferentes acerca de la cura, permiten la elaboración y superación de la problemática.

Los enfoques individuales o grupales son importantes de determinar en relación a una serie de factores tales como la mayor gravedad, donde los primeros pueden ser más útiles y aplicables, así como las demandas específicas y conocimientos sobre el tema de la persona atendida.

**Las redes de apoyo social** se miden con un mapeo general, interiorizándose en las relaciones vinculares del anciano, con la finalidad de conocer en qué situación se encuentra socialmente, brindando el apoyo necesario en cada caso.

**A nivel farmacológico** resulta necesario tener en cuenta las seis reglas de la farmacocinética que regulan la elección de un antidepresivo. En el cuerpo humano los cambios estructurales y funcionales que acompañan al envejecimiento tienen por consecuencia modificar la farmacocinética de los psicotrópicos, de los que aparecen los antidepresivos.

## **7.9 DESDE UNA VISION OPTIMISTA**

La vejez, no tendría por qué ser una crisis que perdure en el tiempo, ni siquiera que perdure poco tiempo, sino que, debería ser una etapa más de la vida, que si bien se relaciona indefectiblemente con el envejecimiento, se podría considerar a éste como positivo, dependiendo el lugar desde donde nos situemos. Con esto quiero decir que la principal tarea de las personas mayores sería la de comprender y aceptar los cambios personales, con la ventaja de que cuentan con toda una vida de experiencia como para afrontar dichos cambios, desde un punto de vista optimista.

Que la persona aprenda una nueva relación entre ella misma y la sociedad, al llegar a la vejez, es “tarea educativa”, por parte del entorno de allegados y sobre todo desde sí mismos. Está claro que no resulta tan fácil “desde lejos”, pretender que una persona reorganice su vida con tanta ligereza, después de haber vivido tantos años abocado a una rutina laboral que marcó hábitos y costumbres, de todos modos, considero que se podría hacer de la jubilación, una situación placentera para quien la concretó y también para sus allegados.

Sería maravilloso que en todas las Empresas, existieran y pusieran en práctica programas pre jubilatorios, los cuales sirvieran de apoyo psicológico y práctico para que los futuros jubilados puedan seguir manteniendo el nivel y la calidad de vida. La ANSeS cuenta con un programa de preparación de retiro laboral, que tiene como objetivo desarrollar estrategias de intervención y planificación de proyectos, que permitan ejecutar acciones para abordar la problemática que se le presenta al adulto mayor al momento del despegue laboral, organizando distintas actividades, tendientes a acompañar a las personas próximas a jubilarse, a reflexionar y pensar con anticipación un proyecto de vida más pleno en lo personal y en relación con el entorno social. Para ello, ANSES invita a los adultos mayores próximos a jubilarse, a inscribirse para participar de los talleres de intercambio, información y reflexión que se llevan a cabo en la sede de la ANSES, Av. Córdoba 720 2º piso Salón Pochat.

Las temáticas que se abordan en dichos talleres son:

- Significado del trabajo a través de la historia.
- Ser y sentirse jubilado.
- El proceso del envejecimiento.
- Mitos y prejuicios hacia la vejez.
- Derechos del adulto mayor.
- Utilización del tiempo libre en el adulto mayor.
- Nociones de la Seguridad Social.
- Requerimientos previsionales para la Jubilación.

Sería favorable considerar a la jubilación como una posibilidad de crecimiento, desterrando el prejuicio, de que a partir de cierta edad, es tarde para aprender...

### **7.10 REFLEXION**

Afortunadamente si bien vivimos en una sociedad materialista en la cual se privilegia la productividad económica, cada vez se hace más notorio que los que ya “no siguen produciendo”, no son considerados como una carga para sus familias ya que se invierten los roles y ahora les tocaría a los hijos “producir”, como lo hicieron sus padres en otra época. Cada uno debería vivir la etapa que le corresponde y no pretender que una persona de setenta años siga trabajando porque “no llega a fin de mes”.

Considero, que es satisfactorio, ayudar a aquellos que nos ayudaron a nosotros cuando éramos niños. De todos modos, habría que desterrar la idea de que indefectiblemente los hijos deben ayudar económicamente a los padres, ya que en muchos casos, los padres no necesitan que los ayuden económicamente una vez jubilados y en otros casos, somos los hijos, que si bien quisiéramos, no podemos ayudar con dinero a nuestros padres, aunque los podemos acompañar en otros aspectos, sin duda, más importantes que el dinero: en el afecto y la atención; sin dejar de vislumbrar, nuestro propio proceso de envejecimiento...

Si bien es cierto que la mediana edad (alrededor de los cincuenta años), es una etapa de gran seguridad, proporcionada por: el ingreso económico, la jerarquía laboral obtenida, la sensación de poder, la culminación de la crianza de los hijos (en el sentido que dejan de ser totalmente dependientes de los padres) y la sensación de bienestar psicofísico, entre otros motivos; sería al mismo tiempo, una etapa de reflexión acerca de la “no tan lejana vejez”.

Si tuviéramos la posibilidad de ir planificando nuestra vejez, para algunos mediata y para otros, un tanto alejada, tal vez, podríamos empezar a desmitificar los prejuicios que existen en el imaginario colectivo de nuestra sociedad, en relación a la ancianidad.

Por un lado, la disminución cognitiva “propia de la vejez”, forma parte más bien de un mito que de una realidad, ya que no se trataría de una cuestión de edad, sino de mantenerse en actividad, poseer voluntad, buena predisposición, conservar las relaciones sociales, estar informados y tener una mirada positiva ante la vida. De esta manera, evitaríamos lo que Leopoldo Salvarezza (2005), llama “viejismo”, es decir, la mirada social que determina cuál es el rol del viejo, y la cual hoy, es prejuiciosa.

De todos modos, siguiendo el hilo conductor de mi investigación, e intentando ser optimista, la más importante de las reflexiones, debería estar orientada hacia el proceso pos jubilatorio, para evitar el padecimiento de síntomas depresivos. Propongo que tomemos plena conciencia para nosotros en el futuro, o para ayudar a nuestros allegados próximos a jubilarse, que es muy común que luego de culminada la jubilación, algunas personas sufran una etapa de "desencanto" y depresión al percibir que no se cumplen las expectativas que poseían a priori del retiro laboral.

La jubilación, significa un salto hacia una nueva etapa en la vida y lamentablemente está correlacionada con una inevitable pérdida de rol en la sociedad, ya que el ámbito laboral y la vejez, son considerados muchas veces incompatibles entre sí, especialmente, si el retiro laboral no fue elegido voluntariamente por el trabajador. Considerándose al rol del jubilado como un “rol sin rol”, que desencadena en una desvinculación progresiva de todo aquello que lo hacía sentir seguro: de la sensación de poder, del bienestar económico, de una rutina activa, de la conservación de la autoestima...en definitiva... de todo aquello que lo hacía sentir feliz.

La intención, por lo tanto, sería evitar la desvinculación de la propia felicidad...tomando una actitud positiva ante la jubilación, planificando actividades para luego de jubilarse, reservando dinero para el momento en que disminuya el ingreso o llevando a cabo tareas redituables y placenteras posteriores al retiro laboral. Especialmente los hombres, en quienes se observa que una vez retirados del trabajo, no saben cómo “emplear” su tiempo, lo cual conlleva un inevitable cambio en el estado de ánimo que termina repercutiendo en el entorno familiar.

En síntesis, cuánto más activas se mantengan las personas, más satisfactoriamente envejecerán, logrando una excelente calidad de vida para sí mismos y su entorno de allegados.

## **Parte II. Momento técnico - metodológico**

### **1- TIPO DE DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN**

- **Según la Finalidad:** Básica, ya que brinda información para investigaciones futuras con la finalidad de incorporar conocimiento nuevo y pretende conocer, explicar y comprender fenómenos.
- **Tipo de estudio según la variable tiempo:** Transversal. Los diseños transversales, realizan observaciones en un momento único en el tiempo.
- **Según el momento de construcción del dato:** Prospectivo, dado que el objeto de estudio es constituido a medida que avanza la investigación.
- **Según la Fuente de datos:** Primaria. Consiste en la recolección de datos directamente de los sujetos investigados, o de la realidad donde ocurren los hechos (datos primarios), sin manipular o controlar variable alguna.
- **Según la naturaleza de los objetivos en cuanto al nivel de conocimiento que se desea alcanzar:** Exploratorio, ya que es considerada como el primer acercamiento científico a un problema. Se utiliza cuando éste aún no ha sido abordado o no ha sido suficientemente estudiado y las condiciones existentes no son aún determinantes; Comparativo ya que se compararan variables tales como: género, proceso jubilatorio concretado y condición de residencia (hospitalizados o no) y Correlacional, ya que mide dos o más variables, estableciendo su grado de correlación, pero sin pretender dar una explicación completa (de causa y efecto) al fenómeno investigado.
- **Orientación técnica metodológica:** Cuantitativa. Se utilizará para el procesamiento de los datos recolectados el programa SPSS.
- **Según el Control de variables:** No experimental. La investigación no experimental es aquella que se realiza sin manipular deliberadamente variables.
- **Tipo de muestreo:** No probabilístico, ya que no todas las personas de sesenta años en adelante, pasaron por un proceso jubilatorio.

## **2- VARIABLES**

- **Variable independiente (causa o antecedente):** proceso jubilatorio.
- **Variable dependiente (efecto o consecuente):** depresión.
- **Variables intervinientes:** edad, género y lugar de residencia (institucionalizado o no).

## **3- UNIVERSO**

Adultos de ambos géneros, de cincuenta años o más, residentes en la zona sur del Conurbano Bonaerense.

## **4- MUESTRA**

La muestra está formada por un total de 200 (doscientas) personas, dividiendo la misma según género; 100 (cien) hombres y 100 (cien mujeres), residentes en el sur del Conurbano Bonaerense.

La muestra anteriormente mencionada se distribuye de la siguiente manera:

25 mujeres y 25 hombres a partir de cincuenta años (inclusive), no jubilados y no institucionalizados.

25 mujeres y 25 hombres a partir de 50 años (inclusive), no jubilados e institucionalizados.

25 mujeres y 25 hombres a partir de 50 años (inclusive), jubilados y no institucionalizados.

25 mujeres y 25 hombres a partir de 50 años (inclusive), jubilados e institucionalizados.

Dicho de otra forma, la muestra consta de 200 (doscientos) sujetos de cincuenta años de edad en adelante, dividiendo la muestra por género. A su vez, el 50% de la muestra culminó el proceso jubilatorio, mientras que el resto, aún no lo ha hecho y finalmente se dividió la muestra total, también en dos partes, dependiendo el lugar de residencia, es decir, según vivan en geriátricos o en sus hogares particulares.

## **5- INSTRUMENTOS**

Se administrará el test de Pfeiffer previamente al resto de los instrumentos, para descartar la existencia de deterioro cognitivo en los participantes de la investigación.

### **5.1 TEST DE PFEIFFER**

(VER PROTOCOLO EN EL ANEXO)

**Autor: Pfeiffer E. (1975).**

El **Test de Pfeiffer** se utiliza para detectar la posible existencia de deterioro cognitivo. Es el más utilizado por su brevedad y facilidad de manejo, tiene una gran fiabilidad y está menos influido que otros tests, por el nivel educativo y la Nacionalidad.

#### **INTERPRETACION DE RESULTADOS:**

0-2 errores: Funcionamiento intelectual normal.

3-7 errores: Funcionamiento intelectual deficitario. Sospecha de deterioro.

8-10 errores: Déficit intelectual severo.

### **5.2- ESCALA DE DEPRESIÓN GERIÁTRICA (EDG)**

(VER PROTOCOLO EN EL ANEXO)

**Autores: Yesavage, J. A; Brink, T. L; Rose, T. L; Lum, O; Huang, V; Adey, M. B & Leirer, V. O. (1983).**

#### **DESCRIPCIÓN**

- La Escala de Depresión Geriátrica (EDG), es la única escala de depresión específicamente construida para ancianos.
- Esta Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage, es específica para aplicar con la población anciana. En presencia de deterioro cognitivo, no sería aplicable.
- Es de administración autoaplicada.

- Es una escala de cribado, es decir, de detección de la posible presencia de depresión.
- Consta de 30 ítems, formulados como preguntas y con respuesta dicotómica sí/no.
- Existen versiones abreviadas de 15 ítems (Sheikh y Yesavage, 1986) y de 5 ítems (Hoyl y cols., 1999).
- Es una escala auto aplicada.
- Las 3 versiones están disponibles en español.

### **CONSIGNA**

Decir al sujeto: “Leeré una serie de preguntas, a las cuales deberá responderme por si o por no, según describan mejor, cómo se ha sentido en la última semana”.

### **CORRECCIÓN E INTERPRETACIÓN**

- Proporciona una única puntuación que se obtiene sumando la puntuación en cada uno de los ítems.
- Cada ítem puntúa 1 o 0, por lo que la puntuación total en la edg, oscila entre 0 y 30, 0 y 15 o 0 y 5.

#### **En la versión de 30 ítems:**

- Una respuesta afirmativa en los ítems N.º: 2-4, 6, 8, 10-14, 16-18, 20, 22-26 y 28 vale 1 punto.
- Una respuesta negativa en el resto de los ítems N.º: 1, 5, 7, 9, 15, 19, 21, 27, 29 y 30) también vale 1 punto.

#### **Los puntos de corte recomendados son los siguientes:**

- 0-10 puntos: normal; sin depresión.
- 11-30 puntos: posible depresión.

### **5.3- INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK (IDB)**

(VER PROTOCOLO EN EL ANEXO)

**Autores: Beck, A. T; Ward, C. H; Mendelson, M; Mock, J; Erbaugh, J. (1996).**

#### **DESCRIPCIÓN**

- El Inventario de Depresión de Beck (IDB), consta de 21 ítems que evalúan fundamentalmente, los síntomas clínicos de melancolía y los pensamientos intrusivos presentes en la depresión.
- Es, dentro de las escalas de depresión, la que mayor porcentaje de ítems cognitivos presenta, lo que está en consonancia con la teoría cognitiva de la depresión de Beck.
- Otro elemento distintivo en cuanto a síntomas, es la ausencia de síntomas motores y de ansiedad.
- Evalúa la gravedad del cuadro depresivo.
- Consta de un total de 21 ítems, (existiendo una versión abreviada de 13 ítems).
- Es de administración autoaplicada.
- Existen varias versiones de diferente extensión.

#### **CONSIGNA**

Decir al sujeto: “Esto es un cuestionario; en él hay grupos de afirmaciones; leeré uno de estos grupos. Después quiero que elija la afirmación en ese grupo que describa mejor como se ha sentido en la ULTIMA SEMANA, INCLUYENDO HOY”.

#### **CORRECCIÓN E INTERPRETACIÓN**

En la versión de 21 ítems, el valor de cada uno de las respuestas a cada uno de los ítems es distinto y se refiere a continuación (el valor de cada una de las opciones de respuesta sigue el orden en que aparecen en el cuestionario).

- Ítem 1: 2 (esta tristeza me produce...); 0 (no me encuentro triste); 1 (me siento algo triste y deprimido); 3 (ya no puedo soportar esta pena); 2 (tengo siempre como una pena encima...).
- Ítem 2: 1-2-0-2-3.
- Ítem 3: 3-1-2-0-2.
- Ítem 4: 2-1-1-0-3.
- Ítem 5: 1-2-2-3-0.
- Ítem 6: 1-3-0-2-3.
- Ítem 7: 1-1-2-2-0.
- Ítem 8: 0-2-3-2-1.
- Ítem 9: 1-2-2-3-2-0.
- Ítem 10: 0-3-2-1.
- Ítem 11: 0-1-2-3.
- Ítem 12: 3-1-0-2.
- Ítem 13: 1-0-3-2.
- Ítem 14: 1-3-0-2.
- Ítem 15: 0-1-3-2-1
- Ítem 16: 0-1-2-2-2-3-3-3.
- Ítem 17: 1-2-0-3.
- Ítem 18: 3-1-2-0.
- Ítem 19: 0-1-2-3.
- Ítem 20: 2-1-0-3.
- Ítem 21: 1-3-2-0.

El puntaje de depresión obtenido debe asentarse en la hoja de registro. Simplemente corresponde a la suma de las mayores cargas de respuestas seleccionadas en cada grupo de afirmaciones del al 21. La carga es el valor numérico que figura al lado de cada afirmación.

La versión de 21 ítems no tiene puntos de corte establecidos. Las puntuaciones medias correspondientes a las distintas gravedades de la depresión son:

- **Depresión ausente o mínima:** puntuación media en el idb, de 10,9 puntos.
- **Depresión leve:** puntuación media de 18,7.
- **Depresión moderada:** puntuación media de 25,4.

- **Depresión grave:** puntuación media de 30 puntos.

**NOTA:** Se considerarán en la presente investigación, los siguientes puntos de corte:

- **Sin depresión:** suma total de ítems entre 0 y 10 puntos.
- **Depresión:** suma total de ítems de 11 o más puntos.

### **INSTRUCCIONES ADICIONALES**

A. Verificar que cada elección sea efectivamente la elección del paciente y no palabras que el administrador le haya repetido. Hacer que el paciente exprese, por su cuenta, cual afirmación ha elegido.

B. Si el paciente indica que hay dos o más afirmaciones que se ajustan a la forma en que se siente, entonces anotar el mayor de los valores.

C. Si el paciente indica que la forma en que se siente está entre 2 y 3, siendo más que 2, pero no justamente 3, entonces anotar el valor al cual se acerque más, ó 2.

D. Generalmente el entrevistador debe leer en voz alta las afirmaciones que se encuentran en cada categoría. Ser diplomático y tener tacto para alentar al paciente para que reflexione suficientemente antes de elegir.

E. El grupo 19 (pérdida de peso) fue concebido para explorar un síntoma anoréxico. Si el paciente responde afirmativamente a la siguiente pregunta: “¿Está tratando de perder peso comiendo menos?” el puntaje de este grupo no debe agregarse al puntaje total

## **6- RESULTADOS E INTERPRETACIÓN**

### **6.1- GRÁFICOS DE FRECUENCIAS**

#### **Gráficos de frecuencias obtenidas en la Escala de Depresión Geriátrica (EDG), tomando la variable: “nivel de depresión en EDG”**

*Gráfico 1. Comparación de frecuencia (media), sobre el nivel de depresión EDG en mujeres.*

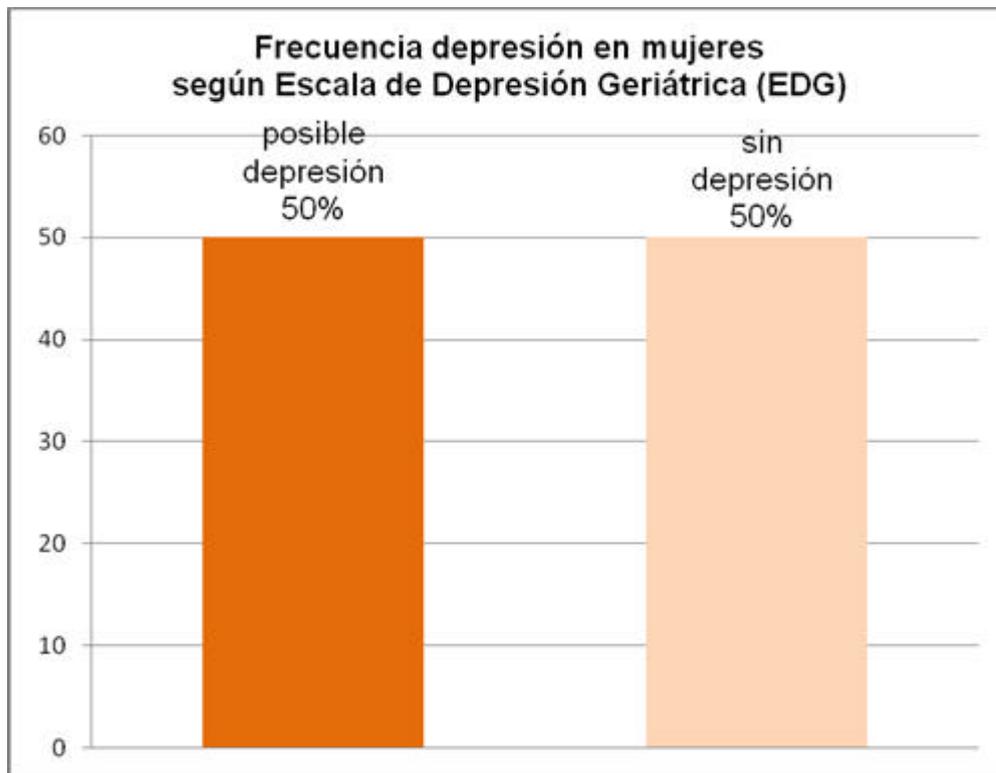
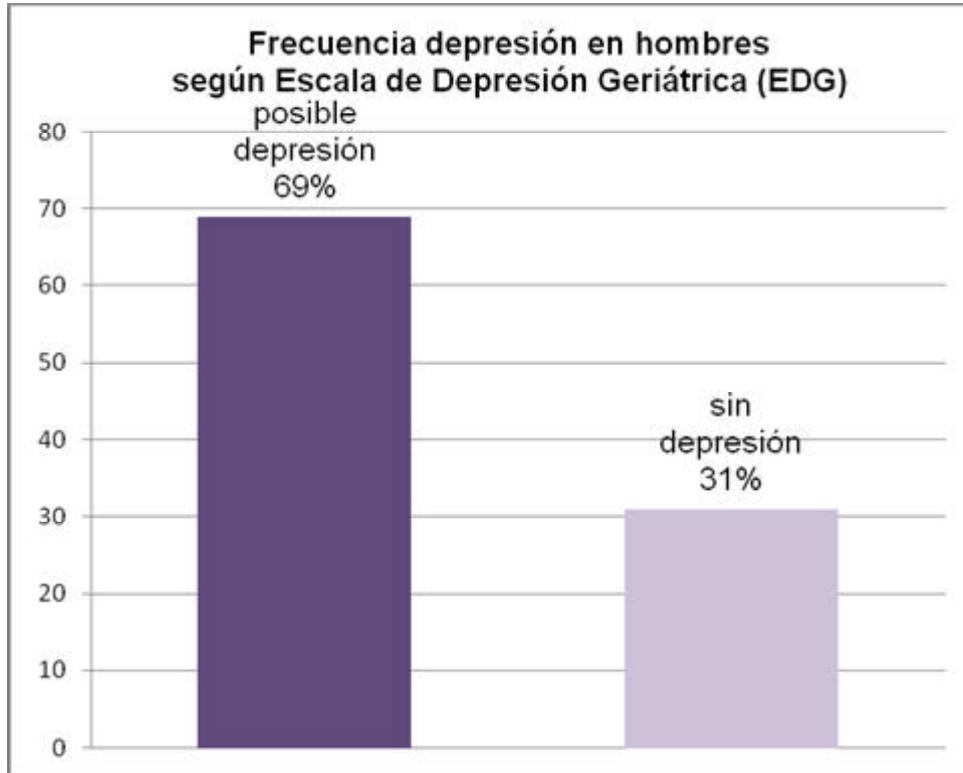


Gráfico 2. Comparación de frecuencia (media), sobre el nivel de depresión EDG en hombres.



**Interpretación N° 1:** Los hombres poseerían mayor frecuencia de depresión que las mujeres, según la variable “nivel de depresión en EDG”.

Gráfico 3. Comparación de frecuencia (media), sobre el nivel de depresión EDG en mujeres institucionalizadas y jubiladas.

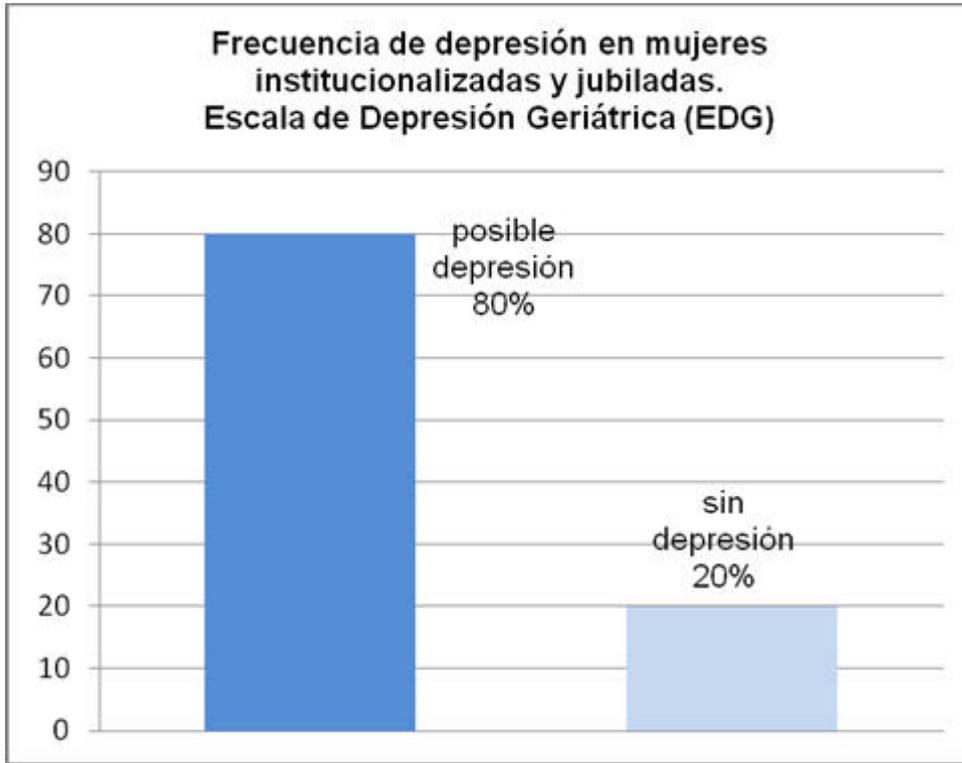


Gráfico 4. Comparación de frecuencia (media), sobre el nivel de depresión EDG en mujeres no institucionalizadas y jubiladas.

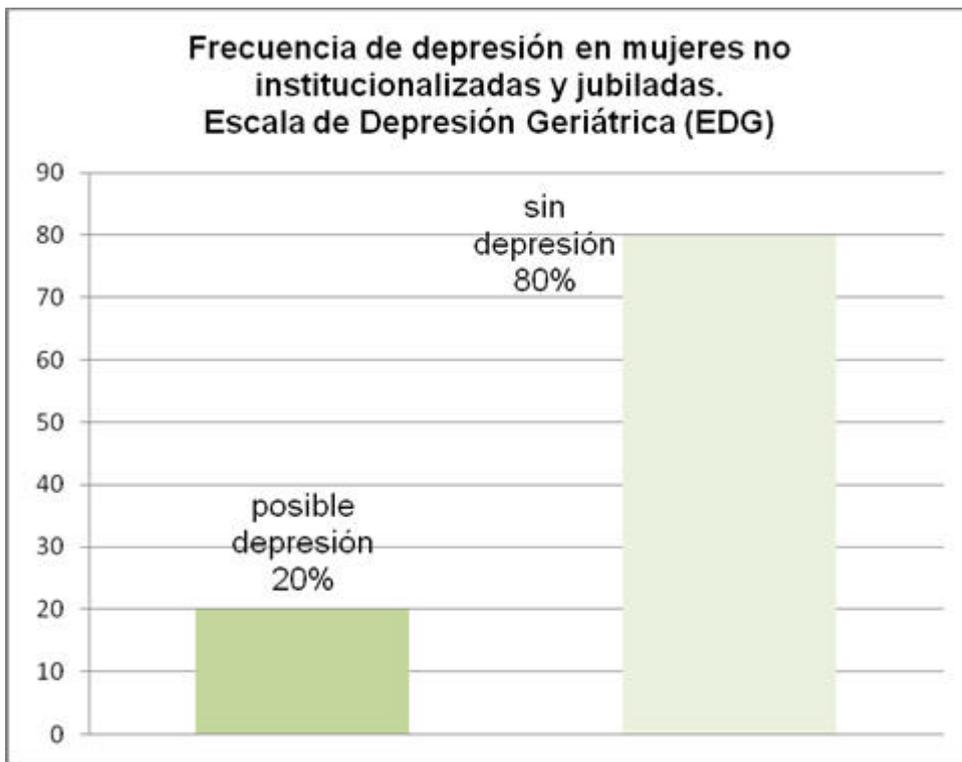
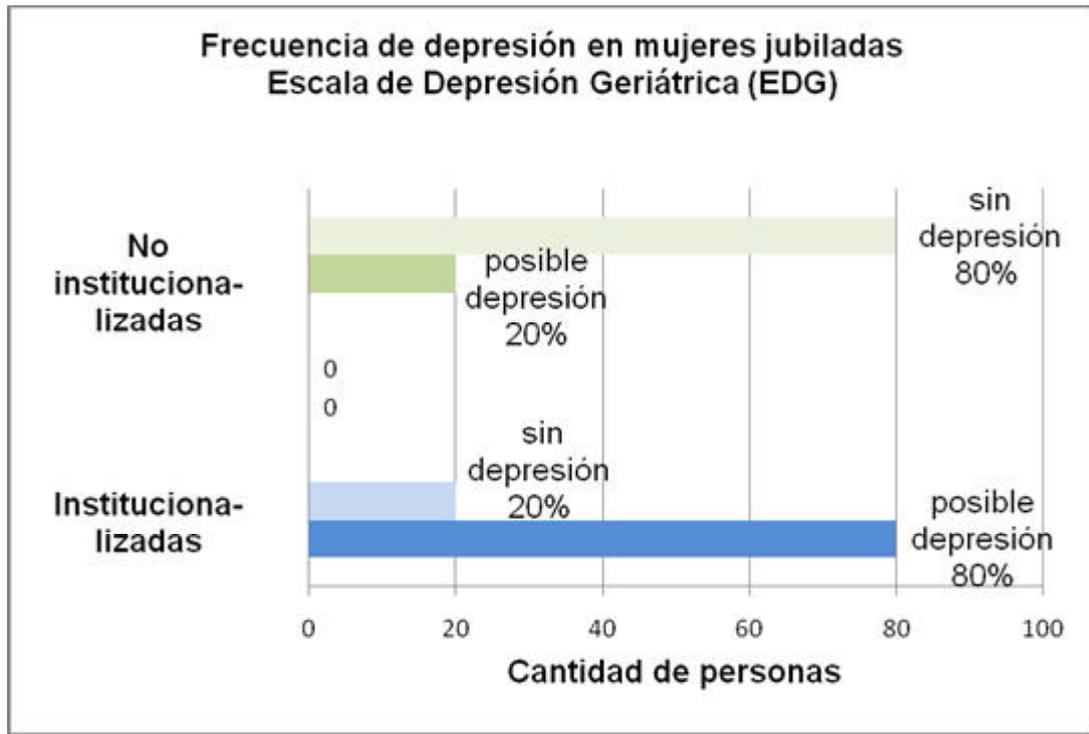
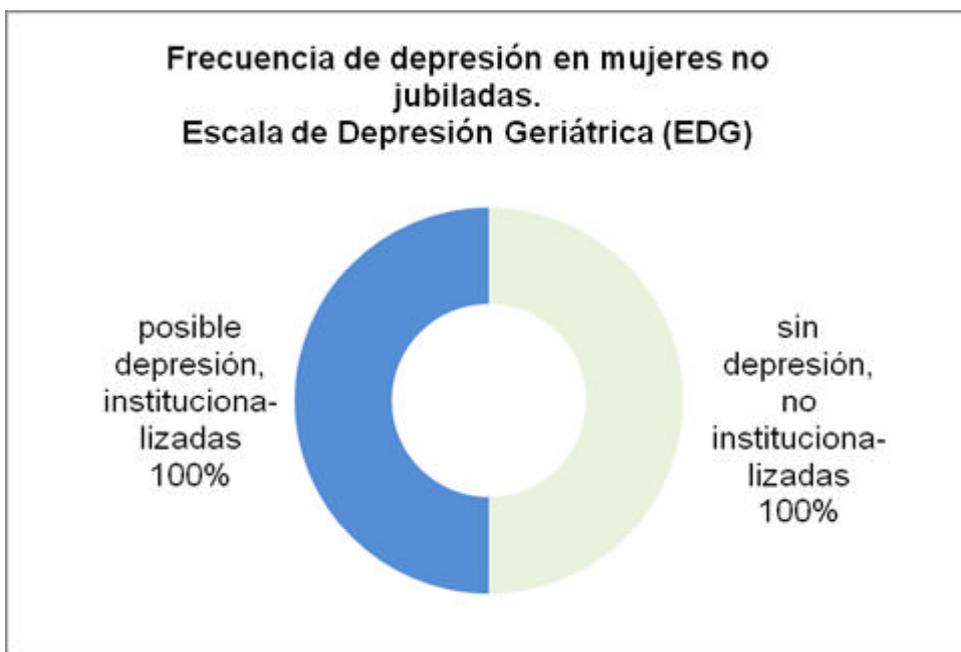


Gráfico 5. Comparación de frecuencia (media), sobre el nivel de depresión EDG. Conjunción de los gráficos 3 y 4.



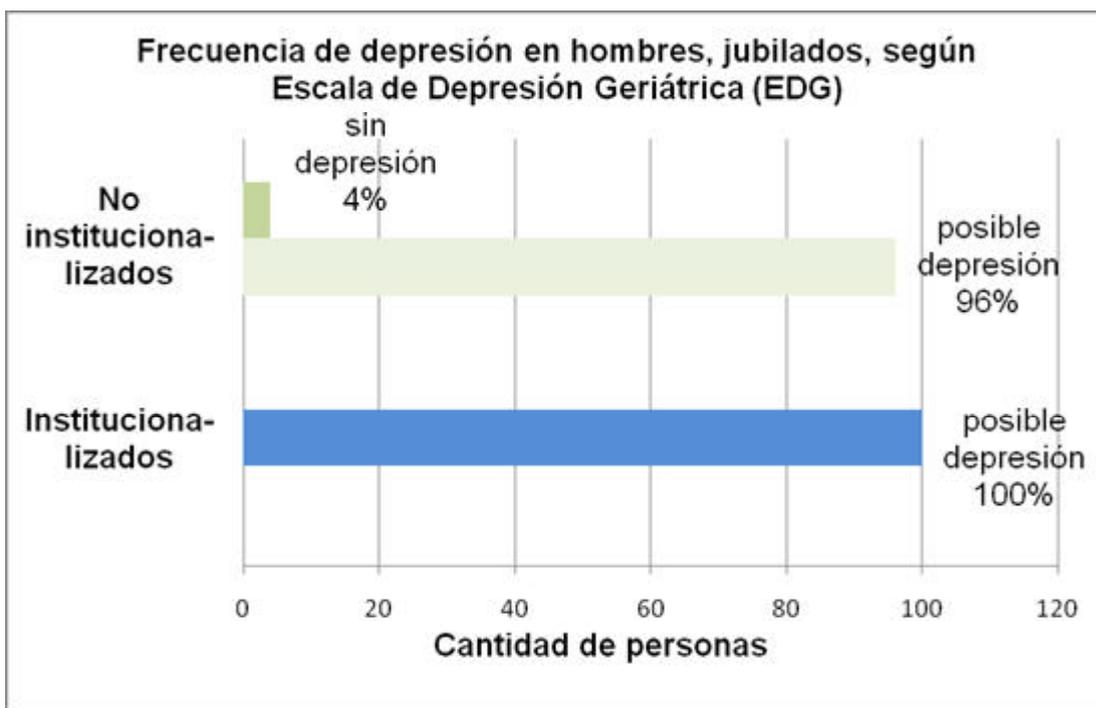
**Interpretación Nº 2:** Como se observa en los Gráficos 3, 4 y 5, dentro del grupo de las mujeres jubiladas, las que poseen mayor frecuencia de depresión, según la variable "nivel de depresión en EDG", son aquellas que se encuentran institucionalizadas.

Gráfico 6. Comparación de frecuencia (media), sobre el nivel de depresión EDG en mujeres no jubiladas.



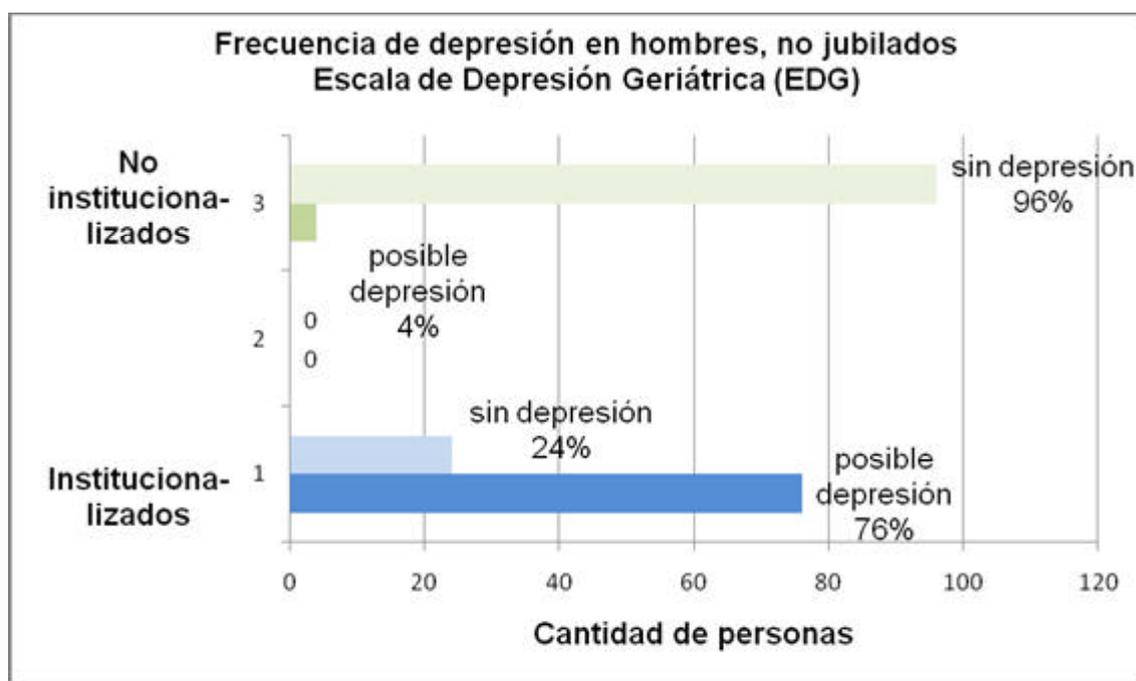
**Interpretación Nº 3:** Continuando con las mujeres y con el nivel de depresión en EDG, entre las mujeres no jubiladas, el total de la muestra institucionalizada, poseería depresión; mientras que el total de la muestra no institucionalizada, no poseería depresión en absoluto.

Gráfico 7. Comparación de frecuencia (media), sobre el nivel de depresión EDG en hombres jubilados.



**Interpretación Nº 4:** Dentro del grupo de los hombres jubilados, tanto los institucionalizados como los que viven en sus viviendas particulares, ambos padecerían de depresión, teniendo un porcentaje mayor en la frecuencia, aquellos que se encuentran institucionalizados.

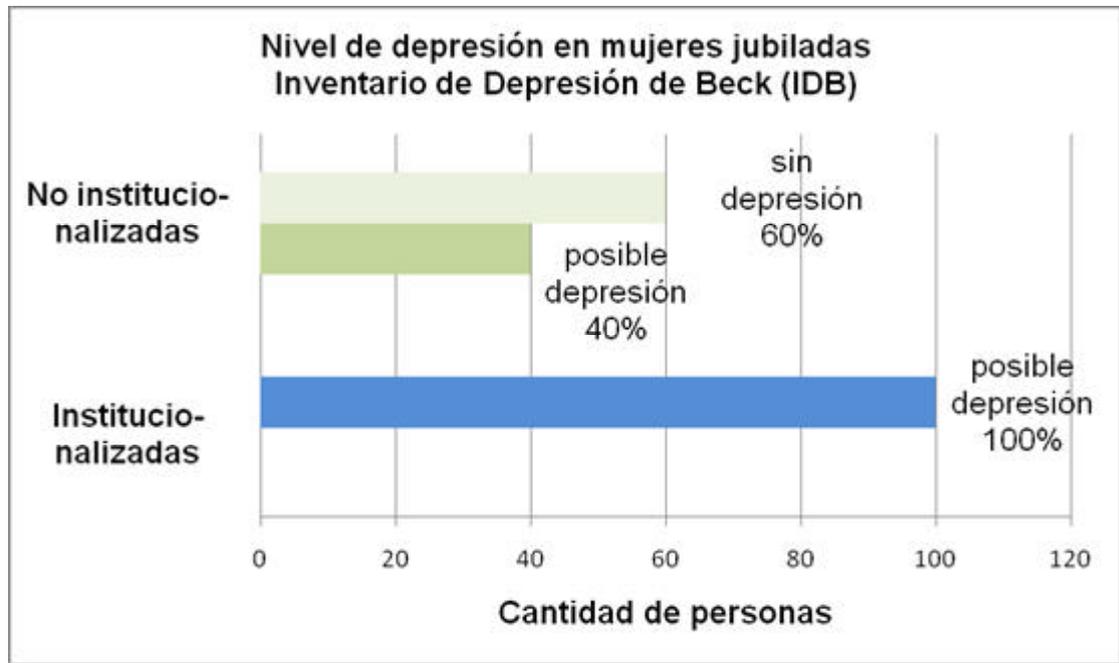
*Gráfico 8. Comparación de frecuencia (media), sobre el nivel de depresión EDG en hombres no jubilados.*



**Interpretación Nº 5:** Continuando con el grupo de los hombres pero esta vez, seleccionando a los que no se encuentran jubilados, se observa en el Gráfico 8, que sólo habrían contraído depresión, aquellos que se encuentran institucionalizados.

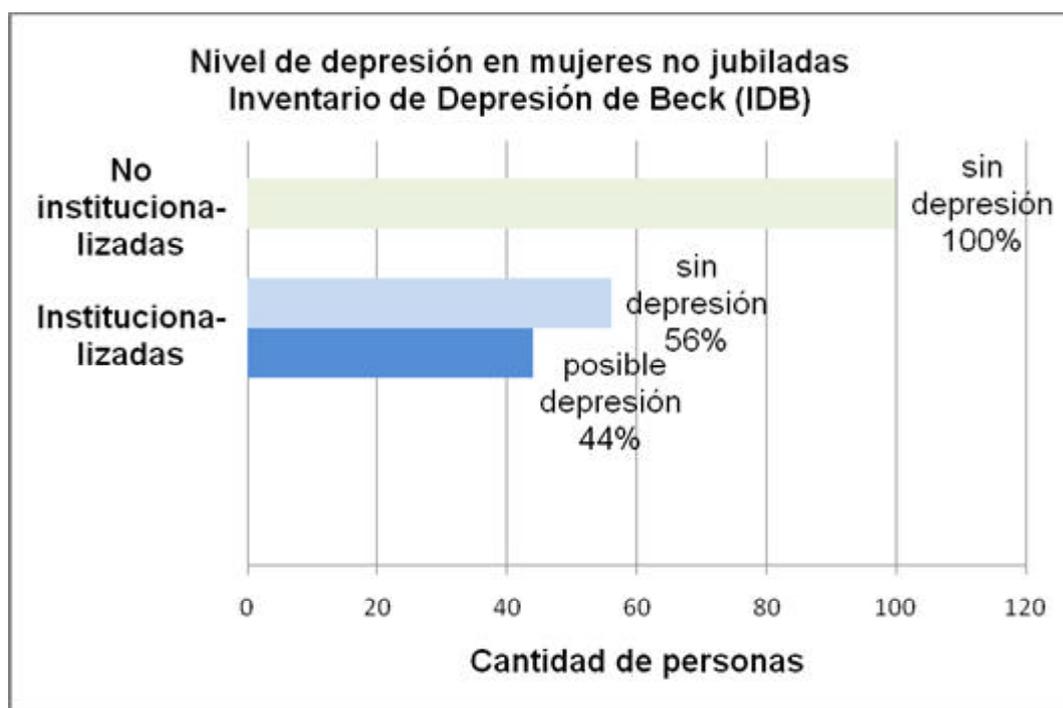
**Gráficos de frecuencias obtenidas en el Inventario de Depresión de Beck (IDB), tomando la variable: “nivel de depresión en IDB”**

*Gráfico 9. Comparación de frecuencia (media), sobre el nivel de depresión IDB en mujeres jubiladas.*



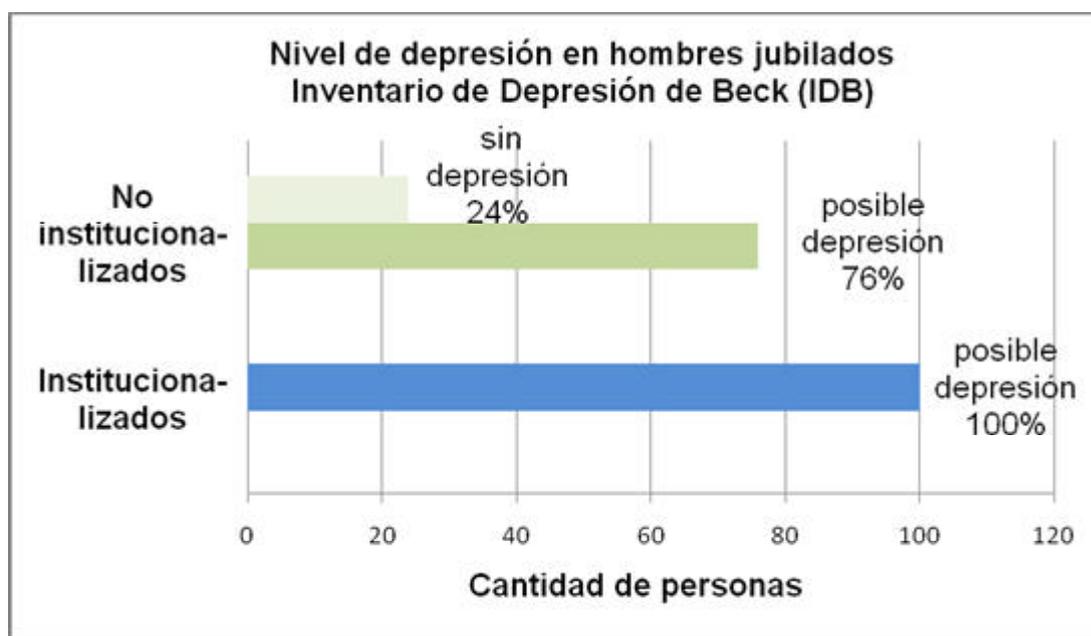
**Interpretación Nº 6:** Entre las mujeres jubiladas, al igual que en la Escala de Depresión Geriátrica, solo padecerían de depresión, aquellas que se encuentran institucionalizadas.

Gráfico 10. Comparación de frecuencia (media), sobre el nivel de depresión IDB en mujeres no jubiladas.



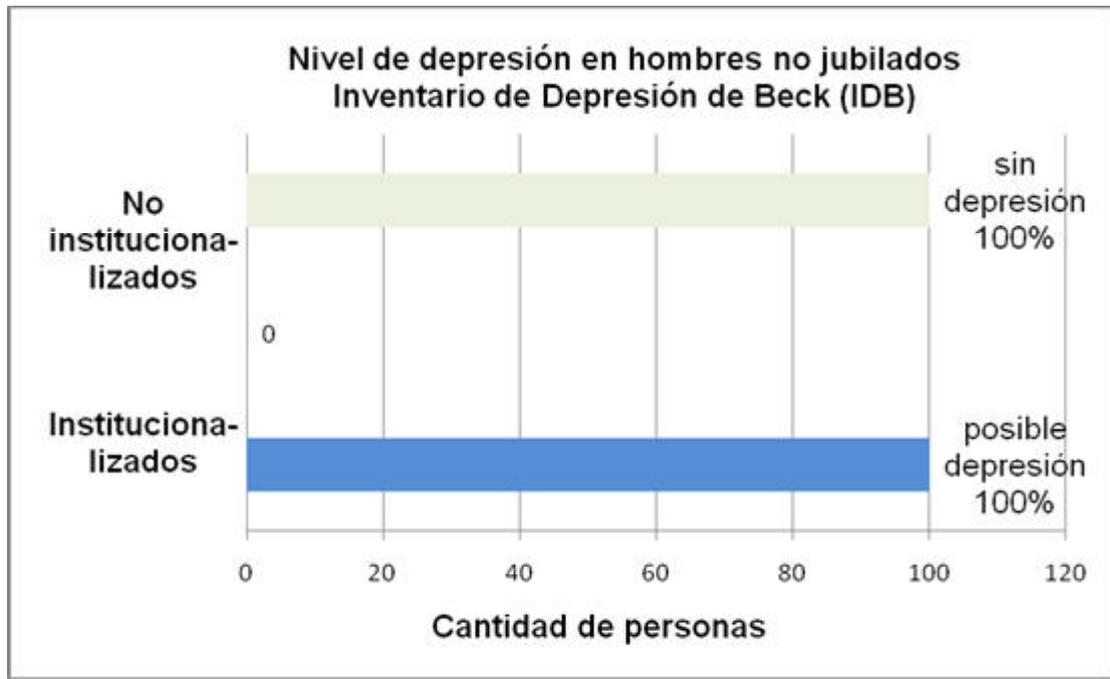
**Interpretación N° 7:** En el grupo de las mujeres no jubiladas, a diferencia con el resultado obtenido en el nivel de depresión en la EDG, se observa en el Gráfico 10, que la mayor frecuencia de mujeres institucionalizadas, no presentan depresión. Coincidiendo con la EDG, en que las mujeres no institucionalizadas, no presentan ningún signo de depresión.

Gráfico 11. Comparación de frecuencia (media), sobre el nivel de depresión IDB en hombres jubilados.



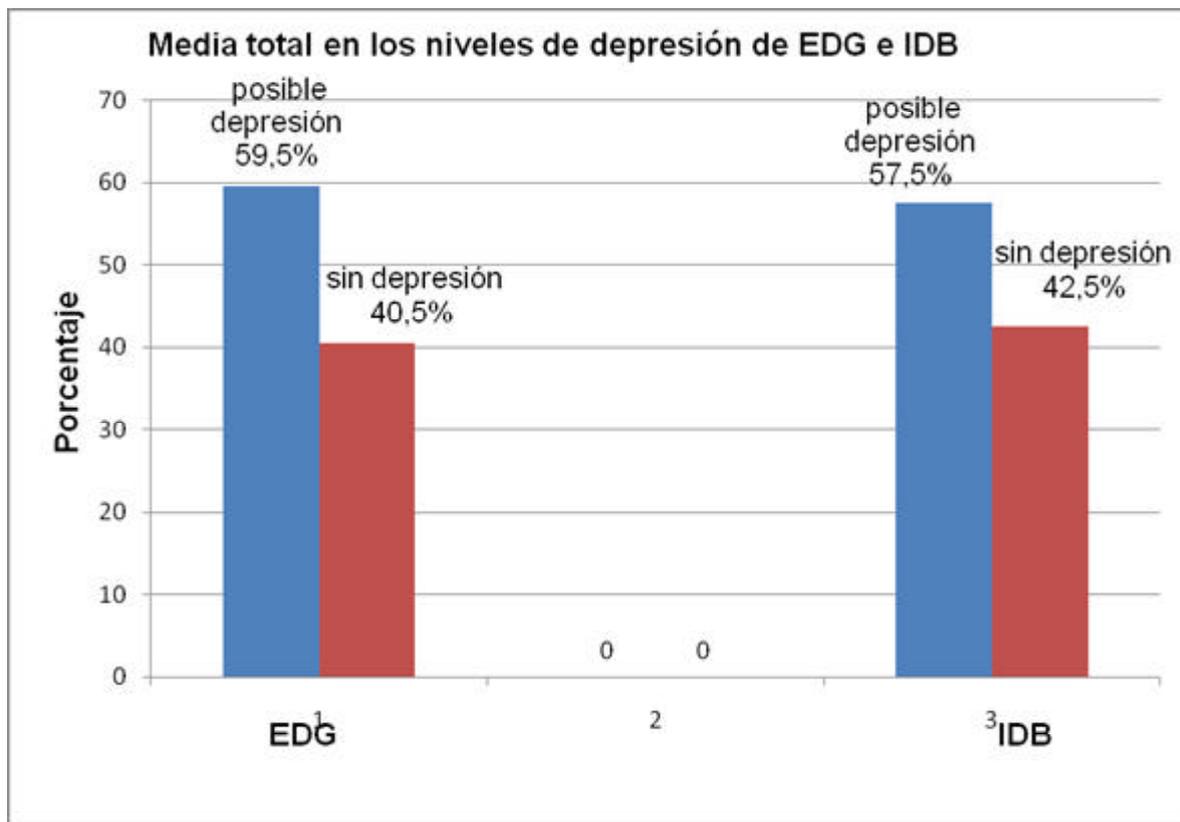
**Interpretación Nº 8:** En los hombres jubilados, tanto los institucionalizados como los no institucionalizados presentarían depresión, teniendo mayor frecuencia, los primeros.

*Gráfico 12. Comparación de frecuencia (media), sobre el nivel de depresión IDB en hombres no jubilados.*



**Interpretación Nº 9:** Siguiendo con el grupo de los hombres; dentro de aquellos que no se encuentran jubilados; los únicos que padecerían depresión, serían los institucionalizados en comparación con los que viven en sus viviendas particulares.

Gráfico 13. Frecuencia de la Media total, en los niveles de depresión de EDG e IDB.



**Interpretación N° 10:** Como se puede observar en el Gráfico 13, existe un nivel de posible depresión, en la totalidad de la muestra.

**Breve descripción de los resultados obtenidos:** Se observan diferencias en las frecuencias de los niveles de depresión en EDG e IDB; entre todos los grupos comparados (género, proceso jubilatorio y lugar de residencia), tomando la media como parámetro de comparación.

**6.2- PRUEBA NO PARAMÉTRICA U DE MANN WHITNEY****RESULTADO DE LA COMPARACIÓN INTER GRUPOS, SEGÚN LA PRUEBA NO PARAMÉTRICA U DE MANN WHITNEY**

Se utilizó la prueba no paramétrica U de Mann Whitney, para efectuar la diferencia entre grupos; luego de realizada la prueba de normalidad (Shapiro-Wilk), habiendo resultado ésta, negativa; es decir, que las variables analizadas a continuación, no se distribuyen en forma normal.

Se comparan a continuación, diferentes variables en estudio, con los dos instrumentos utilizados: Escala de Depresión Geriátrica (EDG) y el Inventario de Depresión de Beck (IDB); utilizando la variable “nivel de depresión” en cada instrumento.

**Referencias:**

- Niv. de signif.= nivel de significación

*Tabla 1. Comparación entre grupos sobre nivel de depresión EDG. Nivel de significación U de Mann Whitney*

	Género	Institucionalización	Jubilación
Niv. de signif. U de Mann Whitney	0,006	0,000	0,000

*Tabla 2. Comparación entre grupos sobre nivel de depresión IDB. Nivel de significación U de Mann Whitney*

	Género	Institucionalización	Jubilación
Niv. de signif. U de Mann Whitney	0,001	0,000	0,000

**Interpretación Nº 11:** Según la prueba U de Mann Whitney, resulta muy significativa estadísticamente, la diferencia en el nivel de depresión entre: los hombres y mujeres; entre los institucionalizados y no institucionalizados y entre las personas jubiladas y no jubiladas, a través de los dos instrumentos utilizados (EDG e IDB).

*Tabla 3. Comparación entre grupos sobre nivel de depresión EDG, en mujeres. Nivel de significación U de Mann Whitney*

	Jubilación	Institucionalización
Niv. de signif. U de Mann Whitney	0,000	1,000

*Tabla 4. Comparación entre grupos sobre nivel de depresión EDG, en hombres. Nivel de significación U de Mann Whitney*

	Jubilación	Institucionalización
Niv. de signif. U de Mann Whitney	0,000	1,000

*Tabla 5. Comparación entre grupos sobre nivel de depresión IDB, en mujeres. Nivel de significación U de Mann Whitney*

	Jubilación	Institucionalización
Niv. de signif. U de Mann Whitney	0,000	0,000

*Tabla 6. Comparación entre grupos sobre nivel de depresión IDB, en hombres. Nivel de significación U de Mann Whitney*

	Jubilación	Institucionalización
Niv. de signif. U de Mann Whitney	0,000	0,000

**Interpretación Nº 12:** Según la prueba U de Mann Whitney, seleccionando la muestra según género, se encontraron diferencias muy significativas estadísticamente, entre los hombres; aquellos jubilados con los no jubilados y aquellos institucionalizados, con los no institucionalizados. En el caso de las mujeres, solo se encontraron diferencias estadísticas muy significativas entre las institucionalizadas y las no institucionalizadas, a través de ambos

instrumentos utilizados; resultando una diferencia estadísticamente significativa entre mujeres jubiladas y no jubiladas, sólo con el instrumento: Inventario de Depresión de Beck.

### **Prueba U de Mann Whitney en PERSONAS JUBILADAS**

*Tabla 7. Comparación entre grupos sobre nivel de depresión EDG, en personas jubiladas. Nivel de significación U de Mann Whitney*

	Género	Institucionalización
Niv. de signif. U de Mann Whitney	0,000	0,000

*Tabla 8. Comparación entre grupos sobre nivel de depresión IDB, en personas jubiladas. Nivel de significación U de Mann Whitney*

	Género	Institucionalización
Niv. de signif. U de Mann Whitney	0,028	0,000

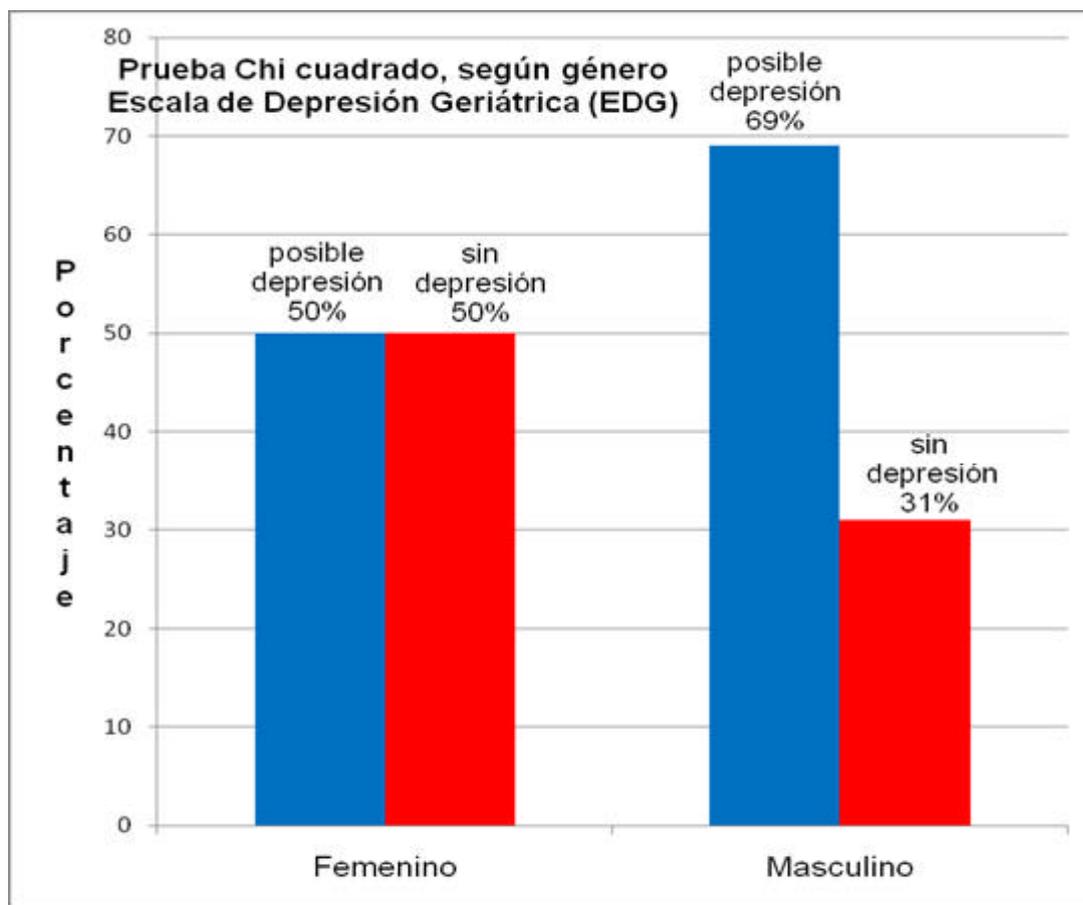
**Interpretación Nº 13:** Tal como se refleja en las Tablas 7 y 8, es estadísticamente significativa, la diferencia en el nivel de depresión, entre las mujeres y los hombres jubilados y entre ambos institucionalizados y no institucionalizados.

**Breve descripción de los resultados obtenidos:** los niveles de significación obtenidos señalan diferencias en los niveles de depresión en todas las comparaciones realizadas; es decir que existen diferencias estadísticamente significativas, evaluadas con el estadístico paramétrico U de Mann Whitney, entre las variables: nivel de depresión en EDG y nivel de depresión en IDB; ambas comparadas en los siguientes grupos: género, proceso jubilatorio y lugar de residencia.

**6.3- PRUEBA CHI CUADRADO DE PEARSON***Tabla 9. Correlación entre grupos sobre nivel de depresión en EDG. Nivel de significación Chi Cuadrado de Pearson.*

	Género
Niv. de signif. Chi Cuadrado de Pearson	0,006

Sexo	Posible depresión	Sin depresión	Total
Femenino	50	50	100
Masculino	69	31	100
Total	119	81	200

*Gráfico14. Correlación del nivel de depresión en EDG según género. Chi Cuadrado de Pearson.*

Proporción de posible depresión en la EDG, según género (Tabla 9):

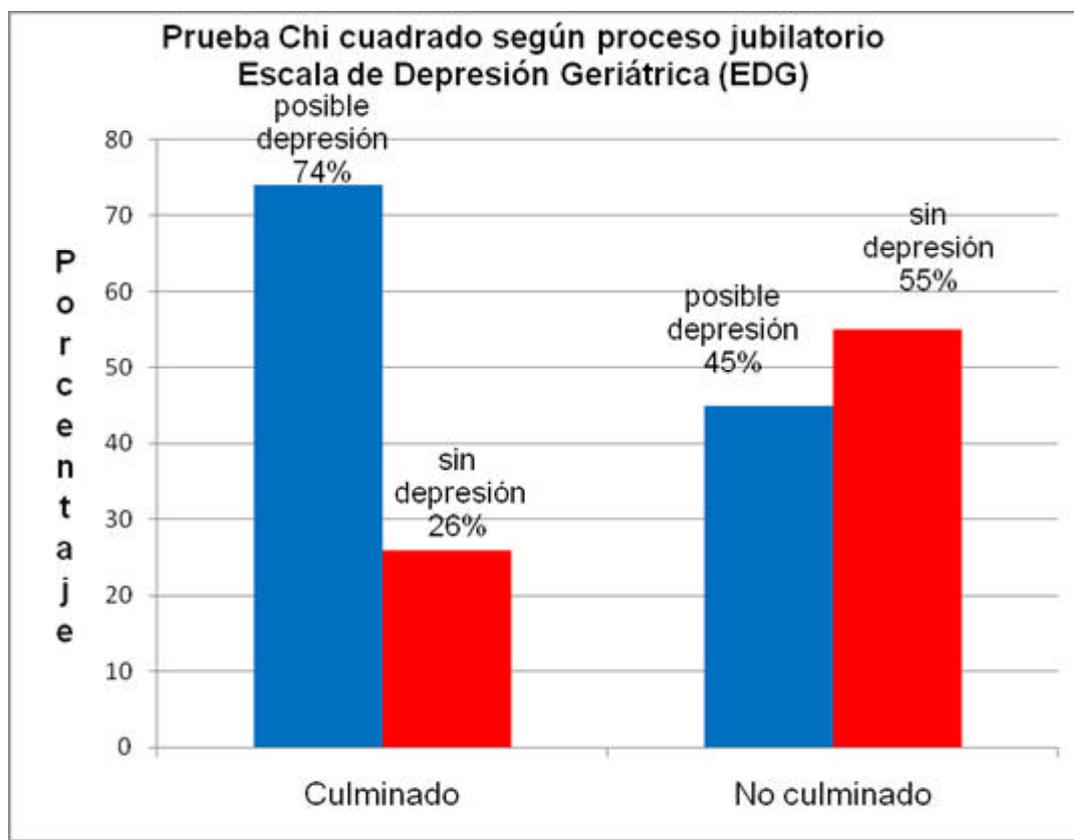
- Mujeres: 50/100= 0,5
- Hombres: 69/100= 0,69

*Tabla 10. Correlación entre grupos sobre nivel de depresión en EDG. Nivel de significación Chi Cuadrado de Pearson.*

	Proceso jubilatorio
Niv. de signif. Chi Cuadrado de Pearson	0,000

Proceso jubilatorio	Posible depresión	Sin depresión	Total
Culminado	74	26	100
No culminado	45	55	100
Total	119	81	200

*Gráfico15. Correlación del nivel de depresión en EDG según proceso jubilatorio. Chi Cuadrado de Pearson.*



Proporción de posible depresión en la EDG, según proceso jubilatorio (Tabla 10):

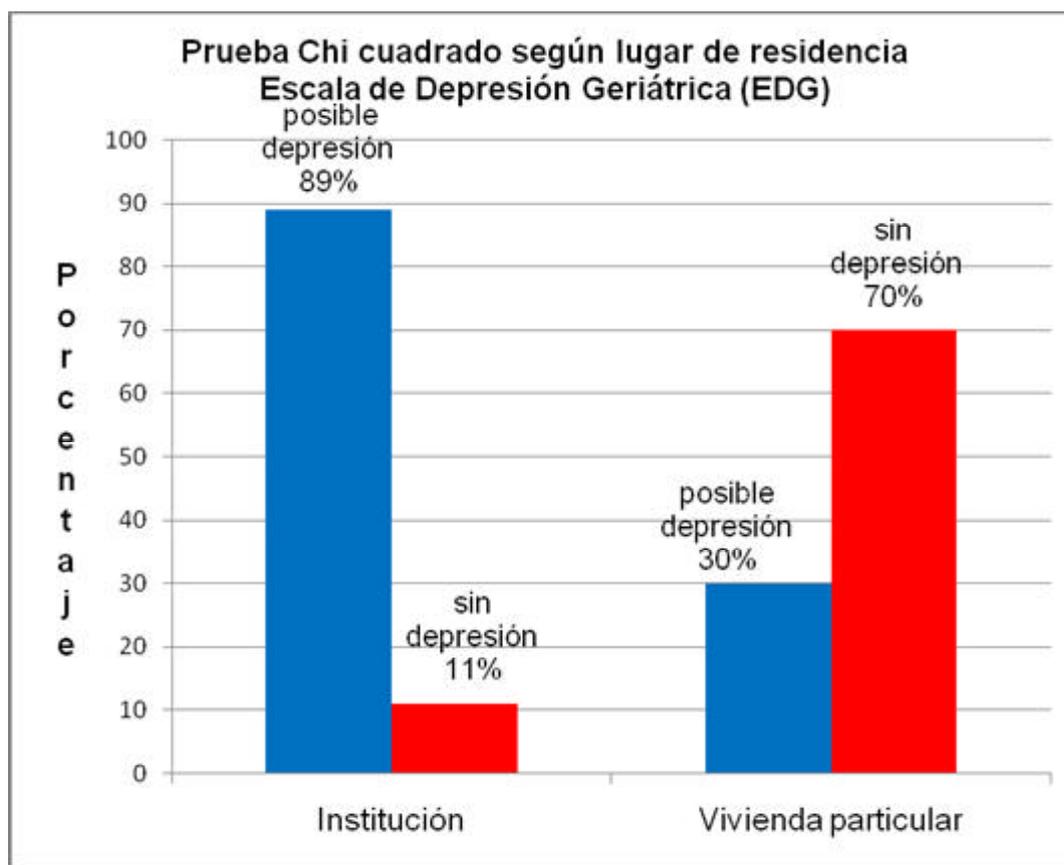
- Culminado:  $74/100= 0,74$
- No culminado:  $45/100= 0,45$

*Tabla 11. Correlación entre grupos sobre nivel de depresión en EDG. Nivel de significación Chi Cuadrado de Pearson.*

	Lugar de residencia
Niv. de signif. Chi Cuadrado de Pearson	0,000

Lugar de residencia	Posible depresión	Sin depresión	Total
Institución	89	11	100
Vivienda particular	30	70	100
Total	119	81	200
<b>Niv. de signif. Chi-Cuadrado de Pearson</b>	<b>0,000</b>		

Gráfico16. Correlación del nivel de depresión en EDG según lugar de residencia. Chi Cuadrado de Pearson.



Proporción de posible depresión en la EDG, según lugar de residencia (Tabla 11):

- Institucionalizados:  $89/100= 0,89$
- Vivienda particular:  $30/100= 0,30$

**Breve descripción de los resultados obtenidos:** Según la correlación obtenida entre grupos, mediante la prueba Chi Cuadrado de Pearson; los hombres, tendrían mayor probabilidad de contraer una depresión que las mujeres, siendo estadísticamente significativa la diferencia entre ambos. Las personas que viven institucionalizadas, tendrían mayor probabilidad de contraer una depresión, que las que viven en sus hogares particulares, finalmente; aquellas personas que hubieran culminado el proceso jubilatorio, tendrían mayor probabilidad de contraer una depresión, que las que aún no lo culminaron.

#### **6.4- CÁLCULO DE CORRELACIÓN ENTRE VARIABLES. RHO DE SPEARMAN**

Tabla 12. Correlación entre el proceso jubilatorio el nivel de depresión en EDG. Nivel de significación Rho de Spearman.

Proceso jubilatorio / Nivel de depresión en EDG	
Niv. de signif. Rho de Spearman	0,000
Coeficiente de correlación	<b>0,295</b>

Rho de Spearman		Proceso jubilatorio	Nivel de depresión en EDG
Proceso jubilatorio	Coeficiente de correlación	1,000	<b>0,295</b>
	Sig. (bilateral)		0,000
	N	200	200
Nivel de depresión en EDG	Coeficiente de correlación	<b>0,295</b>	1,000
	Sig. (bilateral)	0,000	
	N	200	200

Tabla 13. Correlación entre el proceso jubilatorio el nivel de depresión en IDB. Nivel de significación Rho de Spearman.

Proceso jubilatorio / Nivel de depresión en IDB	
Niv. de signif. Rho de Spearman	0,000
Coeficiente de correlación	<b>0,435</b>

Rho de Spearman		Proceso jubilatorio	Nivel de depresión en IDB
Proceso jubilatorio	Coeficiente de correlación	1,000	<b>0,435</b>
	Sig. (bilateral)		0,000
	N	200	200
Nivel de depresión en IDB	Coeficiente de correlación	<b>0,435</b>	1,000
	Sig. (bilateral)	0,000	
	N	200	200

**Breve descripción de los resultados obtenidos: Existe correlación entre las variables: proceso jubilatorio y nivel de depresión, con los dos instrumentos utilizados, (Escala de Depresión Geriátrica e Inventario de Depresión de Beck); siendo la relación entre ambas variables, directa y débil, según el Coeficiente de correlación Rho de Spearman.**

## **7- CONCLUSIÓN / DISCUSIÓN**

En vista de lo investigado, interpretado y analizado, se cumplirían las hipótesis por mí propuestas al comienzo del escrito. Encontrándose una correlación directa, entre el proceso jubilatorio y la depresión; existiendo diferencias estadísticamente significativas en las frecuencias de los grupos comparados, según las variables involucradas en cada caso: nivel de depresión en EDG y nivel de depresión en IDB, según: género, proceso jubilatorio y lugar de residencia; tomando la media como parámetro de comparación.

En relación al **género** de la muestra total, los hombres poseerían mayor frecuencia (media) de depresión que las mujeres, según las variables: “nivel de depresión en EDG” y “nivel de depresión en IDB”. Se comprobó también, que aumenta dicha posibilidad, entre los hombres que culminaron el proceso jubilatorio. Evidentemente no sería placentero el pasaje de la actividad laboral al retiro jubilatorio, luego de haber vivido tantos años con un ritmo y nivel de vida, que muchas veces da un giro inesperado para la persona, luego de la jubilación.

Con respecto al **proceso jubilatorio culminado**, también se han encontrado diferencias estadísticamente significativas, según las variables “nivel de depresión en EDG y nivel de depresión en IDB”, entre las personas jubiladas y aquellas que aún no atravesaron dicho proceso; principalmente entre el grupo de las mujeres, observándose síntomas depresivos sólo en las mujeres jubiladas. En el grupo de las mujeres no jubiladas, según la variable “nivel de depresión en IDB”, a diferencia con el resultado obtenido en el “nivel de depresión en EDG”, se observa, que la mayor frecuencia de mujeres institucionalizadas, no presentan depresión. Coincidiendo con la EDG, en que las mujeres no institucionalizadas, no presentan ningún signo de depresión.

Dentro del grupo de los hombres jubilados, tanto los institucionalizados como los que viven en sus viviendas particulares, padecerían de depresión, teniendo una mayor frecuencia, aquellos que se encuentran institucionalizados. Dentro del grupo de los hombres no jubilados, se observa, que sólo habrían contraído depresión, aquellos que se encuentran institucionalizados.

Según el **lugar de residencia**, se comprobó que entre las mujeres jubiladas, las que poseen mayor frecuencia de depresión, según las variable “nivel de depresión en EDG y en IDB”, son aquellas que se encuentran institucionalizadas; mientras que entre las mujeres no jubiladas, el total de la muestra institucionalizada, poseería depresión; mientras que el total de la muestra no institucionalizada, no poseería depresión en absoluto.

Haciendo la comparación entre género, serían los hombres institucionalizados y jubilados los que tendrían mayor prevalencia de síntomas depresivos.

Se observa que en general, las personas institucionalizadas, tanto hombres como mujeres, tendrían amplias posibilidades de contraer una depresión; a través de lo cual, se vislumbraría, que sería interesante continuar investigando, los motivos que llevan a las personas que no viven en sus hogares, a tener el mayor índice de padecer síntomas depresivos, en comparación con las personas que viven en sus viviendas particulares, especialmente luego de atravesar el proceso jubilatorio. Si bien existen múltiples investigaciones que se refieren a la institucionalización y/o a la depresión pos jubilatoria, las mismas se han realizado hace más de cinco años de la fecha actual, lo que nos indicaría que dichas investigaciones, no se encontrarían actualizadas en su totalidad; he aquí mi sugerencia para continuar investigando acerca de la presente temática abordada.

Según la **prueba U de Mann Whitney**, resulta estadísticamente muy significativa, la diferencia en el nivel de depresión entre: los hombres y mujeres; entre los institucionalizados y no institucionalizados y entre las personas jubiladas y no jubiladas, a través de los dos instrumentos utilizados (EDG e IDB).

En el caso de las mujeres, solo se encontraron diferencias estadísticas muy significativas entre aquellas institucionalizadas y aquellas no institucionalizadas, a través de ambos instrumentos utilizados (EDG e IDB); resultando una diferencia estadísticamente significativa, entre mujeres jubiladas y no jubiladas, sólo con el instrumento: Inventario de Depresión de Beck, según la variable “nivel de depresión en IDB”.

Según la correlación obtenida entre grupos, mediante la prueba **Chi Cuadrado de Pearson**; los hombres, tendrían mayor probabilidad de contraer una depresión que las mujeres, siendo estadísticamente significativa la diferencia entre ambos.

Las personas que viven institucionalizadas, tendrían mayor probabilidad de contraer una depresión, que las que viven en sus hogares particulares, finalmente; aquellas personas que hubieran culminado el proceso jubilatorio, tendrían mayor probabilidad de contraer una depresión, que las que aún no lo culminaron.

Según el **Coefficiente de correlación Rho de Spearman**, existe correlación entre las variables: proceso jubilatorio y nivel de depresión, con los dos instrumentos utilizados, (Escala de Depresión Geriátrica e Inventario de Depresión de Beck).

Evidentemente los hombres, a diferencia de las mujeres “padecerían” la jubilación en lugar de disfrutarla, con la consecuente disminución de la calidad de vida, tanto psíquica como físicamente, debido al malestar que provocaría en ellos el retiro laboral. Es notable la conciencia que poseerían acerca de la pérdida del rol que tuvieron la mayor parte de sus vidas: un rol activo y generador de dinero, lo cual podría desencadenar en una inminente depresión, al sentirse inseguros y desvalidos.

Afortunadamente, si bien las mujeres no están exentas de contraer síntomas depresivos luego de jubilarse, los mismos, se verían atenuados o disminuidos gracias al rol que aún seguirán ocupando: el rol de ama de casa.

**8- BIBLIOGRAFÍA**

- ✓ Beck, A.T; Steer, R.A; Brown, G. K. (1996). *BDI-II. Beck Depression Inventory*. Second Edition. Manual. San Antonio: The Psychological Corporation.
- ✓ Beck, A; Rush, J; Shaw, B; Emery, G. (2005). *Terapia cognitiva de la depresión*. 16<sup>o</sup> Ed. Buenos Aires: Editorial Paidós.
- ✓ Bobes, J; Portilla, M. P. G; Bascarán, M. T; Sáiz, P. A; Bousoño, M. (2004). *Banco de instrumentos básicos para la práctica de la psiquiatría clínica*. 3<sup>o</sup> Ed. Buenos Aires: Editorial Ars Médica.
- ✓ Dulcey-Ruiz E; Uribe Valdivieso, C. (2002). Psicología del Ciclo Vital: Hacia una Visión Comprehensiva de la Vida Humana. *Revista Latinoamericana de Psicología*. Vol. 34 nº 1-2 pp. 17-27.
- ✓ Fernández Ballesteros, R y otros (1999). *¿Qué es la psicología de la vejez?*, Biblioteca Nueva Madrid.
- ✓ Fernández Ballesteros, R. (1998). *Vejez con éxito o vejez para todos: un reto para todos*, en Ponencias de las IV Jornadas de la AMG: *Envejecimiento y prevención*. AMG, Barcelona. [Versión electrónica] Extraído en el mes de Agosto de 2010. Disponible en la World Wide Web:  
<http://www.redadultosmayores.com.ar/buscador/files/SALUD029.pdf>
- Gaminde Inda, I. (1999). *Gerontología Social*. Anales. Sis San Navarra. [Versión electrónica] Extraído en el mes de Agosto de 2010 22, (Supl. 1): 11-17. Disponible en la World Wide Web:  
<http://www.cfnavarra.es/salud/anales/textos/vol22/suple1/suple2.html>
- ✓ Gran diccionario Salvat. (1992). Barcelona, España: Editorial Salvat.

- ✓ Hottin, P; Carrier, L. (1997). *Depresión*. Cáp.14 en Arcand y Hébert, Précis Pratique de Gériatrie Deuxième. Canadá: Edición Edisem Maloine.
- ✓ Hunt, M; McKenna, S. P. (1992). *The QLDS: A scale for the measurement of quality of life in depression*. Health Policy 22: 307-319.
- ✓ Iacub, R; Acrich, L. (2007). *Especialización en Gerontología Comunitaria e Institucional. Psicología de la Mediana Edad y Vejez*. Buenos Aires: Editorial Suárez.
- ✓ Kalish, R. (1991). *La vejez. Perspectivas sobre el desarrollo humano*. p230. Madrid: Editorial Pirámide.
- ✓ Martínez de la Iglesia, J; Onís Vilches, M. C; Dueñas Herrero, R; Albert Colomer, C; Aguado Taberné, C; Luque Luque, R. (2002). Versión española del cuestionario de Yesavage abreviado (GDS) para el despistaje de depresión en mayores de 65 años: adaptación y validación. *Medifam*. [Versión electrónica] Extraído en el mes de Agosto de 2010, vol.12, n.10, pp. 26-40. Disponible en la World Wide Web: <[http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1131-57682002001000003&lng=es&nrm=iso](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1131-57682002001000003&lng=es&nrm=iso)>.
- ✓ Meza-Mejía, M; Villajobos-Torres, E. M. (2008). La crisis de la jubilación como una oportunidad educativa. *Educación y Educadores*. [Versión electrónica] Extraído en el mes de Agosto de 2010, vol. 11 Issue 2, p179-190, 12p, 1. Disponible en la World Wide Web: <http://educacionyeducadores.unisabana.edu.co/index.php/eye/article/view/Article/738/1716>
- ✓ Ortiz de la Huerta, D. (Agosto, 2009). *Grupo de investigación "Envejecimiento y Vejez"*, Facultad de Medicina U.D.C.A / Fundación

Santa Sofía para la Atención del Anciano. [Versión electrónica] Extraído en el mes de Agosto de 2010. Disponible en la World Wide Web: [http://gerontologiaaldia.blogspot.com/2009/08/perspectiva-sociologica-teoria-de-la\\_31.html](http://gerontologiaaldia.blogspot.com/2009/08/perspectiva-sociologica-teoria-de-la_31.html)

- ✓ Papalia, Diane; Wendkos, Sally. (1998). *Desarrollo Humano*. México: Editorial Mc Graw Hill.
- ✓ Pfeiffer E. (Oct, 1975). *A short portable mental status questionnaire for the assessment of organic brain deficit in elderly patients*. J Am Geriatric Soc (10):433-41.
- ✓ Ramírez Arrieta, H. (2008). *El comportamiento en la vejez*. [Versión electrónica] Extraído en el mes de Agosto de 2010. Disponible en la World Wide Web: <http://heylinyviejitos.blogspot.com/2008/12/algunas-manifestaciones-negativas.html>
- ✓ Rodríguez Feijóo, Nélica. (2007). Actitudes hacia la jubilación. *Interdisciplinaria*. [Versión electrónica] Extraído en el mes de Abril de 2011, Vol.24, n.1, pp. 5-42. Disponible en la World Wide Web: <http://www.scielo.org.ar/scielo.php>
- ✓ Roisinblit, R. (2010); *Odontología para las personas mayores*. Buenos Aires: Editorial E-Book.
- ✓ Salvarezza, Leopoldo (1998). *La vejez, una mirada gerontológica actual*. Buenos Aires: Editorial Paidós.
- ✓ Salvarezza, L. (2005). *Psicogeriatría. Teoría y clínica. 2º Ed.* Buenos Aires: Editorial Paidós.

- ✓ Santamaría, L. C. A. (Octubre, 2000). *Salud del anciano, Enfermedades frecuentes, Depresión en el anciano*. Saludalia Interactiva. Madrid. [Versión electrónica] Extraído en el mes de Agosto de 2010. Disponible en la World Wide Web:  
[http://www.saludalia.com/Saludalia/servlets/contenido/jsp/parser.jsp?nombre=doc\\_depresion\\_anciano](http://www.saludalia.com/Saludalia/servlets/contenido/jsp/parser.jsp?nombre=doc_depresion_anciano)
- ✓ Solís, Y; Marín Llanes, R. (2001). *La tercera edad*. Interpsiquis.
- ✓ Super, D. (1962). *Psicología de la vida laboral*. Madrid: Editorial Rialp.
- ✓ Vega, J. L. y Bueno, B. (2000). *Desarrollo adulto y envejecimiento*. Madrid. Síntesis, 365 p.
- ✓ Yesavage J. A. (1988). *Geriatric Depression scales*. *Psychopharmacol. Bull*; 24: 709.
- ✓ Yesavage, J. A; Brink, T. L; Rose, T. L; Lum, O; Huang, V; Adey, M. B. & Leirer, V.O. (1988). Development and validation of a geriatric depression screening scale: A preliminary report. *Journal of Psychiatric Research*.

**CRONOGRAMA**

	J u n	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic	E n e	Feb	Mar	Abr	May
	2 0 1 0							2 0 1 1				
Determinación del problema de investigación	<u>X</u>											
Recorte del objeto de estudio		<u>X</u>										
Elaboración del Planteo del problema		<u>X</u>										
Búsqueda bibliográfica			<u>X</u>									
Formulación de Objetivos			<u>X</u>									
Formulación de hipótesis			<u>X</u>									
Elaboración del marco teórico				<u>X</u>	<u>X</u>							
Definición operacional de las variables				<u>X</u>								
Búsqueda bibliográfica						<u>X</u>						
Elaboración del estado del arte							<u>X</u>	<u>X</u>				
Recolección de datos									<u>X</u>	<u>X</u>	<u>X</u>	
Ampliación del marco teórico											<u>X</u>	<u>X</u>
Interpretación y análisis de datos											<u>X</u>	<u>X</u>
Elaboración de conclusión												<u>X</u>

**ANEXO**

**5.1- TEST DE PFEIFFER**

1-¿Qué día es hoy? -día, mes, año-

2-¿Qué día de la semana es hoy?

3-¿Dónde estamos ahora?

4-¿Cuál es su nº de teléfono?

5-¿Cuál es su dirección? –preguntar sólo si el paciente no tiene teléfono-

6-¿Cuántos años tiene?

7-¿Cuál es su fecha de nacimiento? -día, mes, año-

8-¿Quién es ahora el presidente del gobierno?

9-¿Quién fue el anterior presidente del gobierno?

10-Vaya restando de 3 en 3 al número 20 hasta llegar al 0.

**PUNTUACIÓN TOTAL:**

**5.2- ESCALA DE DEPRESIÓN GERIÁTRICA (edg)**

1. ¿Está usted satisfecho con su vida? SÍ -NO
2. ¿Ha abandonado muchos de sus intereses y actividades? SÍ -NO
3. ¿Siente que su vida está vacía? SÍ -NO
4. ¿Se siente usted frecuentemente aburrido? SÍ -NO
5. ¿Tiene usted mucha fe en el futuro? SÍ -NO
6. ¿Tiene pensamientos que le molestan? SÍ - NO
7. ¿La mayoría del tiempo está de buen humor? SÍ - NO
8. ¿Tiene miedo que algo malo le vaya a pasar? SÍ - NO
9. ¿Se siente usted feliz la mayor parte del tiempo? SÍ - NO
10. ¿Se siente usted a menudo impotente, desamparado, desvalido? SÍ - NO
11. ¿Se siente a menudo intranquilo? SÍ - NO
12. ¿Prefiere quedarse en su hogar en vez de salir? SÍ - NO
13. ¿Se preocupa usted a menudo sobre el futuro? SÍ - NO
14. ¿Cree que tiene más problemas con su memoria que los demás? SÍ - NO
15. ¿Cree que es maravilloso estar viviendo? SÍ - NO
16. ¿Se siente usted a menudo triste? SÍ - NO
17. ¿Se siente usted inútil? SÍ - NO
18. ¿Se preocupa mucho sobre el pasado? SÍ - NO
19. ¿Cree que la vida es muy interesante? SÍ - NO
20. ¿Es difícil para usted empezar proyectos nuevos? SÍ - NO
21. ¿Se siente lleno de energía? SÍ - NO
22. ¿Se siente usted sin esperanza? SÍ - NO
23. ¿Cree que los demás tienen más suerte que usted? SÍ - NO
24. ¿Se preocupa por cosas sin importancia? SÍ - NO
25. ¿Siente a menudo ganas de llorar? SÍ - NO

26. ¿Es difícil para usted concentrarse? SÍ - NO
27. ¿Disfruta al levantarse por las mañanas? SÍ - NO
28. ¿Prefiere evitar las reuniones sociales? SÍ - NO
29. ¿Es fácil para usted tomar decisiones? SÍ - NO
30. ¿Está su mente tan clara como antes? SÍ - NO

**5.3- INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK (idb)**

**Instrucciones:** A continuación se expresan varias respuestas posibles a cada uno de los 21 apartados. Delante de cada frase marque con una cruz el círculo que mejor refleje su situación actual.

**1. Estado de ánimo**

- Esta tristeza me produce verdaderos sufrimientos
- No me encuentro triste
- Me siento algo triste y deprimido
- Ya no puedo soportar esta pena
- Tengo siempre como una pena encima que no me la puedo quitar

**2. Pesimismo**

- Me siento desanimado cuando pienso en el futuro
- Creo que nunca me recuperaré de mis penas
- No soy especialmente pesimista, ni creo que las cosas me vayan a ir mal
- No espero nada bueno de la vida
- No espero nada. Esto no tiene remedio

**3. Sentimientos de fracaso**

- He fracasado totalmente como persona (padre, madre, marido, hijo, profesional, etc.)
- He tenido más fracasos que la mayoría de la gente
- Siento que he hecho pocas cosas que valgan la pena
- No me considero fracasado
- Veo mi vida llena de fracasos

**4. Insatisfacción**

- Ya nada me llena
- Me encuentro insatisfecho conmigo mismo
- Ya no me divierte lo que antes me divertía
- No estoy especialmente insatisfecho
- Estoy harto de todo

**5. Sentimientos de culpa**

- A veces me siento despreciable y mala persona
- Me siento bastante culpable
- Me siento prácticamente todo el tiempo mala persona y despreciable

- Me siento muy infame (perverso, canalla) y despreciable
- No me siento culpable

### **6. Sentimientos de castigo**

- Presiento que algo malo me puede suceder
- Siento que merezco ser castigado
- No pienso que esté siendo castigado
- Siento que me están castigando o me castigarán
- Quiero que me castiguen

### **7. Odio a sí mismo**

- Estoy descontento conmigo mismo
- No me aprecio
- Me odio (me desprecio)
- Estoy asqueado de mí
- Estoy satisfecho de mí mismo

### **8. Autoacusación**

- No creo ser peor que otros
- Me acuso a mí mismo de todo lo que va mal
- Me siento culpable de todo lo malo que ocurre
- Siento que tengo muchos y muy graves defectos
- Me critico mucho a causa de mis debilidades y errores

### **9. Impulsos suicidas**

- Tengo pensamientos de hacerme daño, pero no llegaría a hacerlo
- Siento que estaría mejor muerto
- Siento que mi familia estaría mejor si yo muriera
- Tengo planes decididos de suicidarme
- Me mataría si pudiera
- No tengo pensamientos de hacerme daño

### **10. Períodos de llanto**

- No lloro más de lo habitual
- Antes podía llorar, ahora no lloro ni aun queriéndolo
- Ahora lloro continuamente. No puedo evitarlo
- Ahora lloro más de lo normal

### **11. Irritabilidad**

- No estoy más irritable que normalmente
- Me irrito con más facilidad que antes

- Me siento irritado todo el tiempo
- Ya no me irrita ni lo que antes me irritaba

### **12. Aislamiento social**

- He perdido todo mi interés por los demás y no me importan en absoluto
- Me intereso por la gente menos que antes
- No he perdido mi interés por los demás
- He perdido casi todo mi interés por los demás y apenas tengo sentimientos hacia ellos

### **13. Indecisión**

- Ahora estoy inseguro de mí mismo y procuro evitar tomar decisiones
- Tomo mis decisiones como siempre
- Ya no puedo tomar decisiones en absoluto
- Ya no puedo tomar decisiones sin ayuda

### **14. Imagen corporal**

- Estoy preocupado porque me veo más viejo y desmejorado
- Me siento feo y repulsivo
- No me siento con peor aspecto que antes
- Siento que hay cambios en mi aspecto físico que me hacen parecer desagradable (o menos atractivo)

### **15. Capacidad laboral**

- Puedo trabajar tan bien como antes
- Tengo que esforzarme mucho para hacer cualquier cosa
- No puedo trabajar en nada
- Necesito un esfuerzo extra para empezar a hacer algo
- No trabajo tan bien como lo hacía antes

### **16. Trastornos del sueño**

- Duermo tan bien como antes
- Me despierto más cansado por la mañana
- Me despierto unas 2 horas antes de lo normal y me resulta difícil volver a dormir
- Tardo 1 o 2 horas en dormirme por la noche
- Me despierto sin motivo en mitad de la noche y tardo en volver a dormirme
- Me despierto temprano todos los días y no duermo más de 5 horas
- Tardo más de 2 horas en dormirme y no duermo más de 5 horas
- No logro dormir más de 3 o 4 horas seguidas

**17. Cansancio**

- Me canso más fácilmente que antes
- Cualquier cosa que hago me fatiga
- No me canso más de lo normal
- Me canso tanto que no puedo hacer nada

**18. Pérdida de apetito**

- He perdido totalmente el apetito
- Mi apetito no es tan bueno como antes
- Mi apetito es ahora mucho menor
- Tengo el mismo apetito de siempre

**19. Pérdida de peso**

- No he perdido peso últimamente
- He perdido más de 2,5 kg
- He perdido más de 5 kg
- He perdido más de 7,5 kg

**20. Hipocondría**

- Estoy tan preocupado por mi salud que me es difícil pensar en otras cosas
- Estoy preocupado por dolores y trastornos
- No me preocupa mi salud más de lo normal
- Estoy constantemente pendiente de lo que me sucede y de cómo me encuentro

**21. Libido**

- Estoy menos interesado por el sexo que antes
- He perdido todo mi interés por el sexo
- Apenas me siento atraído sexualmente
- No he notado ningún cambio en mi atracción por el sexo