

302925

11  
2ejr

UNIVERSIDAD FEMENINA DE MÉXICO, S.C.

---

---

ESCUELA DE PSICOLOGÍA  
CON ESTUDIOS INCORPORADOS A LA  
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

“DEPRESIÓN EN JUBILADOS Y LA  
PSICOSOMATIZACION COMO POSIBLE  
CONSECUENCIA”

# T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE

LICENCIADA EN PSICOLOGIA

P R E S E N T A

CLAUDIA GABRIELA RODRÍGUEZ LOPEZ

Director de Tesis

Mtra. En psicología MA. DE LOURDES GARCIA CASTRO

MÉXICO, D.F. 1998

TESIS CON  
ALLA DE ORIGEN

275980



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

A mis maestros y amigos.

A mis padres por haberme enseñado el camino del estudio.

consejos.

Especialmente y como símbolo de mi amor, a Rafael por sus horas de

ayudaron a la realización del presente trabajo.

Quiero agradecer el apoyo brindado a todas las personas quienes me

302925

11

2ej.

<<Enríquécete durante la juventud; pon freno a los daños propios de la vejez y, si consideras que la sabiduría es el alimento de ésta, procura, mientras que seas joven, que a tu vejez no le falte este ingrediente>>.

LEONARDO DA VINCI

# ÍNDICE

	<b>PAGINA</b>
<b>INTRODUCCIÓN</b>	1.
<b>CAPÍTULO I. TERCERA EDAD</b>	5.
1.1 ANTECEDENTES	
A. Vejez o ancianidad	6.
B. Concepto de Ancianidad	8.
1. Vejez Cronológica	8.
2. Vejez Funcional	9.
3. Vejez etapa vital	10.
1.2 CARACTERÍSTICAS DE LA ANCIANIDAD	11.
A. Envejecimiento normal	13.
a) Reducción de ritmos no es enfermedad	14.
b) Envejecimiento Saludable	15.
c) Normalidad	15.
B. Envejecimiento patológico	16.
a) Tiempo y enfermedad	17.
b) Prevención	20.
1.3 LA PSICOLOGÍA DE LA PERSONA MAYOR	21.
El egotismo	22.
La testarudez	22.
Los estados pasionales	23.
La vida interior	23.
El narcisismo	23.
La sexualidad	24.
1.4 APTITUDES PSÍQUICAS	24.
a) Inteligencia	26.
b) Memoria	27.
c) Capacidad de Aprendizaje	29.
d) Razonamiento	30.

	<b>CAPÍTULO II.</b>	31
	<b>JUBILACIÓN</b>	
2.1	<b>ANTECEDENTES</b>	31.
	A. Variedades	33.
	a) Por la libertad del Sujeto	33.
	Jubilación voluntaria	33.
	Jubilación forzosa	34.
	b) Por el tiempo	34.
	Jubilación normal	34.
	Jubilación anticipada	35.
	Jubilación retrasada	35.
2.2	<b>ALTERNATIVAS DE LA JUBILACIÓN</b>	35.
	A. Efectos	37.
	a) Económicos	37.
	b) Físicos	37.
	c) Psíquicos	37.
	d) Sociales	37.
	e) Familiares	38.
	f) Proceso	40.
	Antes de la Jubilación	40.
2.3	<b>FACTORES CONDICIONANTES DE LA DECISIÓN DE LA JUBILACIÓN.</b>	40.
	<b>INSTITUCIONALES</b>	40.
	Ciclo económico	40.
	<b>PERSONALES</b>	41.
2.3.1	Prejubilación	41.
2.3.2	Preparación para la jubilación	42.
2.3.3	Después de la jubilación	44.
	a) Luna de miel	44.
	b) Estabilización	45.
	c) Dependencia	46.
2.4	<b>TRABAJO</b>	46.
2.4.1	Estructura	46.
	A. Trabajo moderado	46.
	B. Trabajo y personas de edad	47.
2.4.2	Aptitud: mitos y hechos según Ricardo Moragas	49.
	C. Edad cronológica	51.

	<b>CAPÍTULO III. DEPRESIÓN</b>	53.
3.1	ANTECEDENTES	53.
3.2	DEFINICIÓN DE DEPRESIÓN	56.
3.3	CARACTERÍSTICAS DE LA DEPRESIÓN	58.
3.3.1	Trastornos somáticos	61.
3.4	CLASIFICACIÓN	63.
3.5	TIPOS	64.
3.6	DIFERENCIA ENTRE DUELO Y DEPRESIÓN	64.
3.7	DEPRESIÓN EN LA EDAD SENIL	66.
3.8	DIAGNÓSTICO	69.
3.9	TRATAMIENTO	70.
	<b>CAPÍTULO IV. METODOLOGÍA</b>	73.
4.1	PROBLEMA	73.
4.2	HIPÓTESIS Hipótesis Estadística	74.
4.3	VARIABLES Variable Dependiente Variable Independiente	75.
4.4	DEFINICIÓN CONCEPTUAL DE VARIABLES Depresión Psicosomatización	75.
4.5	DEFINICIÓN OPERACIONAL Tabla 1 Tabla 2 Tabla 3	76. 76. 77. 77.

4.6	SUJETOS	78.
4.7	MUESTREO	78.
4.8	TIPO DE ESTUDIO	78.
4.9	DISEÑO	79.
4.10	INSTRUMENTO	80.
4.11	PROCEDIMIENTO	81.
	<b>CAPÍTULO V. RESULTADOS</b>	<b>83.</b>
	Cuadro 1. Depresión	84.
	Cuadro 2. Psicopatizaciones	85.
	Gráfica 1. Jubilados con Depresión	86.
	Gráfica 2. Jubilados que presentan Psicopatizaciones	87.
5.1	INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS	88.
	<b>CONCLUSIONES</b>	<b>90.</b>
	<b>SUGERENCIAS Y LIMITACIONES</b>	<b>95</b>
	<b>NOTAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	<b>98.</b>
	<b>GLOSARIO</b>	<b>102.</b>
	<b>BIBLIOGRAFÍA</b>	<b>107.</b>



## INTRODUCCIÓN

El presente trabajo está dirigido al personal jubilado que lejos de disfrutar de esa nueva etapa en la que podría llevar a cabo actividades de su entero gusto e interés distintas a las de su trabajo, se siente desubicado y en algunos casos atraviesa por crisis emocionales que, en consecuencia, se manifiestan en el deterioro de su salud física.

Son muy diversos los cambios que sobrevienen al momento del retiro, no sólo los inherentes a la rutina diaria, sino además, se adicionan aquéllos relativos a los aspectos fisiológicos y psicológicos.

Alrededor de los 60 años, incluso un poco antes, algunas personas empiezan a declinar debido a que comienzan a manifestarse cambios físicos, por ejemplo, la estructura se reduce a causa del estrechamiento de los discos intervertebrales, caída y transformación del cabello, acortamiento del cuello, disminución del tamaño del tórax, reducción de la anchura de los hombros, pérdida gradual del vello axilar y púbico, remarcación más profunda de las líneas faciales de expresión, disminución de la percepción a través de los sentidos (oído, gusto, tacto, olfato y vista), pérdida de la fuerza motora, la elasticidad de la piel ya no es la misma y la disminución en el funcionamiento de algunos órganos. Estos problemas se van dando gradualmente, de manera que en muchos casos, una persona en activo difícilmente les dará la importancia debida.

Por otra parte, en el momento en que la persona se retira de su actividad laboral, su rutina de vida se altera por completo, ya que se percata de que cada miembro de su familia tiene bien establecidas sus actividades diarias en las que no está considerada sino hasta cierto horario; por lo que al no tener actividades que satisfagan algún interés en particular en las que pueda manifestar cierta habilidad o aptitud, su atención se desvía hacia cuestionamientos como: ¿qué hago ahora con mi tiempo? ¿en dónde voy a estar tantas horas? ¿qué está pasando con mi cuerpo? ¿qué pasa en mi familia, no están contentos de que esté aquí?, etc.

El empleo del tiempo es ahora responsabilidad de la persona, quien debe actuar con una discrecionalidad a la que no está acostumbrada. Todo esto plantea una problemática muy real, sobre la que se debe estar muy atento para enfrentarla a través de distintas alternativas que ofrezcan a la persona la posibilidad de superar la transición proveniente de tantos cambios, y que le permitan autorrealizarse de manera diferente a las que estaba acostumbrada.

Generalmente, y no sólo en la etapa laboral, los individuos tienden a dedicar más tiempo a la atención de ciertas actividades o personas; por ejemplo, en muchos casos se dejan absorber en gran medida por el trabajo y dejan de lado a la familia, las amistades y las diversiones. Al finalizar la jornada, llegan a casa sumamente agotados, preocupados por algunos problemas de la oficina, en ocasiones disgustados porque las cosas no salieron como esperaban y no se

encuentran de humor para convivir con su familia, cuyos miembros en muchas ocasiones ya están dormidos. En otras palabras, la posibilidad de interacción familiar en la etapa más productiva de la vida, se reduce enormemente y con el paso del tiempo, sus seres queridos les parecen desconocidos en muchos aspectos. Además, no tienen tiempo para visitar amistades, para practicar algún deporte o para realizar la actividad que más les agrada.

Esta situación repetida semana a semana, mes a mes y año con año va generando un aislamiento imperceptible, porque en apariencia, llevan una vida personal, laboral y social normal, con problemas como todo el mundo.

Todo esto implica el paso por diversas etapas con características físicas y mentales determinadas, que requieren de orientación para entender y enfrentar los cambios, de dar y recibir comprensión al y del círculo de personas con quienes se convive estrechamente, así como de autoconocimiento para redefinir valores y expectativas de acuerdo a la experiencia, a las aptitudes físicas y mentales así como a intereses individuales, de tal manera que todo esto permita al individuo que cuando pase por esta etapa, la conciba y experimente como un cambio importante de vida, que ofrece también la posibilidad de obtener satisfacciones y autorrealización, pero que, como todo cambio, requiere de un proceso de ajuste y de un plan personal a través del cual se logren objetivos personales.

En la mayoría de las sociedades, la ancianidad es sinónimo de respeto. Representa, en lugar de una etapa de deterioro físico, el saber y la experiencia acumulados a través de los años. Asimismo, es sinónimo de prudencia y reflexión, calificativos que no tienen por qué modificarse en la sociedad moderna. La belleza de la tercera edad radica en la constante lucha (personal y familiar) por contrarrestar los trastornos orgánicos que inevitablemente conlleva la vejez.

Si bien el llegar a la tercera edad es un proceso biológico y natural, es una etapa en que las personas pueden ser muy productivas, llevar a cabo actividades que previamente no podían realizar por falta de tiempo, convivir con gente de su edad, intercambiar experiencias y sobre todo dedicarse tiempo a sí mismos.

De esta forma la importancia del presente trabajo es hacer conciencia en la sociedad en la que vivimos de la depresión y como consecuencia la psicosomatización por la que atraviesa la mayoría del personal que se jubila. Si bien es cierto, la jubilación no es una enfermedad por la que se deben rechazar a este personal no activo. Asimismo, la falta de interés que se les ha otorgado a las personas jubiladas, tanto en sus hogares como en la propia institución que laboraron por tantos años es en sí un dato que llama nuestra atención.

## CAPÍTULO I.

### TERCERA EDAD.

#### 1.1. ANTECEDENTES

Moragas Ricardo en 1995 escribió que hace menos de dos siglos, en los países actualmente industrializados, se valoraban y respetaban las muestras de ancianidad (canas, arrugas, etc.) que hoy se trata de evitar con una gran gama de artilugios cosméticos. Sería más lógico en nuestra época racional aceptar el hecho de envejecer como un proceso vital y conseguir que el monopolio de la belleza y el protagonismo social no quedaran restringidos a las personas de apariencia joven. Las personas deberían valorarse por manifestaciones más sustanciales que la tersura de la epidermis o elasticidad de los músculos.

El etiquetaje estético negativo de los añosos constituye un proceso semejante al que han experimentado otros grupos *diferentes*. El rechazo que buena parte de la población experimenta frente a un anciano que muestra en su cuerpo la huella de los años, constituye una respuesta aprendida por la presión social que insiste en los valores juveniles y fuerza a aceptar como patrón de belleza lo que caracteriza solamente a una pequeña parte de los ciudadanos.

Asimismo, señala que se debe considerar el envejecimiento como un proceso universal y con manifestaciones en el organismo distintas a otras etapas de la vida. La ancianidad puede, dentro de esta perspectiva vital, ser bella como la

juventud, ya que belleza y fealdad no constituyen parámetros universales y estáticos como demuestra la historia del arte y de la estética. Corresponde a los líderes de la moda el papel de descubrir una nueva imagen en las diferentes edades de la vida y si no lo hacen por valores éticos lo pueden hacer por razones económicas; la población anciana va a crecer más rápidamente que la joven con la que aparecen razones materiales para descubrir una estética de la ancianidad basada en su potencial de consumo.

Vejez, envejecimiento, ancianidad, ¿procesos vitales o etiquetas temibles que pueden convertir a un adulto activo en un inútil pasivo? Los términos son relativos según la persona que los utiliza, las circunstancias y la forma de aplicación. El envejecimiento no se manifiesta biológicamente homogéneo, debido a la variabilidad genética original y a la diferenciación de las experiencias vitales. La superposición de dos variables complejas (organismo y experiencia) origina una gama de variaciones prácticamente infinita. No existe una vejez o ancianidad semejante entre dos individuos diferentes orgánicamente, y la vida experimentada por cada uno contribuye a una diferenciación ilimitada entre las personas mayores.

### **A. Vejez o ancianidad**

La gerontología social trata de los fenómenos humanos asociados al hecho de envejecer, proceso inherente a toda persona. Sin embargo, la vejez, resultado del

envejecimiento, se contempla vulgarmente como una realidad que afecta sólo a una parte de la población. Los viejos se configuran como una categoría independiente del resto de la sociedad, separados como grupo con características propias. La vejez separa más del resto de los conciudadanos que otros atributos cronológicos o sociales, suscita reacciones negativas y no resulta sólo una variable descriptiva de la condición personal del sujeto, como la apariencia física, el estado de salud, el sexo, etc.

El considerar anciano a toda persona de más de sesenta y cinco años tiene una explicación arbitraria y poco racional.

Los sesenta y cinco años constituyen en muchos países la frontera de la jubilación, pero lo que fue política social progresiva de protección a la vejez se ha vuelto hoy en contra de los trabajadores, reconociéndose que los topes cronológicos al derecho de trabajar infringen derechos esenciales de la persona y que **los sesenta y cinco años constituyen una edad en la que se puede desempeñar perfectamente un trabajo.**

El derecho de la persona al trabajo, cualquiera que sea su edad, tiene antecedentes en las repetidas declaraciones de los gerontólogos, de que la edad natural no constituye un criterio objetivo y válido para identificar la capacidad vital de la persona.

Actualmente, aparte de la edad, cuentan otras características personales como estado físico, enfermedades, historia personal y profesional, equilibrio familiar y social, de tal forma que se valora a la persona en su complejidad y no sólo por una variable histórica importante, pero no determinante de la capacidad vital individual. La psicología del trabajo, responsable de la valoración y selección de personal, ha utilizado con frecuencia la edad cronológica pero actualmente reconoce científica y prácticamente que las personas mayores de sesenta y cinco años pueden ser excelentes trabajadores, siempre que la tarea desempeñada sea proporcionada a sus aptitudes y posibilidades.

## **B. Conceptos de ancianidad.**

**1) Vejez cronológica.** Definida por el hecho de haber cumplido los sesenta y cinco años, se basa en las edades de retiro tradicionales. Es objetiva en su medida, ya que todas las personas nacidas en la misma fecha comparten idéntica edad cronológica y forman una unidad de análisis social. La edad cronológica se agrupa en años, lustros y décadas y se considera que todos los sujetos nacidos en el mismo año tienen la misma edad, así como son miembros de una misma cohorte los nacidos en un ámbito de uno a cinco años.

La ventaja de la objetividad de la edad cronológica se trueca en inconveniente al comprobarse el impacto diferente del tiempo para cada persona, según como hayan sido su forma de vivir, su salud, sus condiciones de trabajo, etc.



A la edad cronológica, dato importante pero no determinante, se suman otras condiciones personales y ambientales que determinan el estado global de una persona.

Una misma edad ofrece resultados desiguales en salud, aptitud funcional, inteligencia, educación, etc., e individuos de diferentes edades pueden tener características físicas y psíquicas semejantes. La edad constituye un dato importante pero no determina la condición de la persona, pues lo esencial no es el mero transcurso del tiempo, sino la calidad del tiempo transcurrido, los acontecimientos vividos y las condiciones ambientales que lo han rodeado. Las diferencias intelectuales a una misma edad se objetivan en cocientes intelectuales diversos; asimismo, en otras aptitudes, a edades similares, aparecen variados niveles de desarrollo físico, funcional, emocional, etc.

**2) Vejez funcional.** Corresponde a la utilización del término *viejo* como sinónimo de incapacidad o limitado y refleja la asimilación tradicional de vejez y limitaciones. Se trata de un concepto erróneo pues a la vez **no** representa necesariamente incapacidad y, por consiguiente, hay que luchar contra la idea de que el viejo es funcionalmente limitado; aunque existen posibilidades de que lo esté, la mayoría de la población anciana no se halla impedida a pesar de lo que pueda parecer a mucha gente. La vejez humana origina reducciones de la capacidad funcional debidas al transcurso del tiempo, como sucede con cualquier

organismo vivo, pero tales limitaciones no le imposibilitan desarrollar una vida plena como persona que vive no sólo en lo físico sino, sobre todo, en lo psíquico y en lo social. La vejez, como cualquier edad, posee su propia funcionalidad, al vivir la mayoría de los sujetos como personas *normales* dentro de la sociedad contemporánea. Las barreras a la funcionalidad de los ancianos son, con frecuencia, fruto de las deformaciones y mitos sobre la vejez más que reflejo de deficiencias reales.

**3) Vejez, etapa vital.** Esta concepción de la vejez resulta la más equilibrada y moderna y se basa en el reconocimiento de que el transcurso del tiempo produce efectos en la persona, la cual entra en una etapa distinta a las vividas previamente. Esta etapa posee una realidad propia y diferenciada de las anteriores, limitada únicamente por condiciones objetivas externas y por las subjetivas del propio individuo. La vejez constituye, según este punto de vista, un período semejante al de otras etapas vitales, como puede ser la niñez o la adolescencia. Posee ciertas limitaciones para el sujeto que, con el paso del tiempo, se van agudizando, especialmente en los últimos años de la vida, pero tiene, por otra parte, unos potenciales únicos y distintivos: serenidad de juicio, experiencia, madurez vital, perspectiva de la historia personal y social, que pueden compensar, si se utilizan adecuadamente, las limitaciones de esta etapa de la vida.

La edad constituye una variable, objetiva y esencial pero no determinante de la condición del sujeto, ya que por sí sola nos dice muy poco, vista la diversidad existente entre los individuos. La variable edad debe ir acompañada, para una valoración integral del individuo, de otras variables originarias como sexo, raza, origen familiar y de variables adquiridas como educación, carrera profesional, status social, etc. De esta forma se sustituye una valoración subjetiva y parcial por una visión integral de la persona.

## **1.2. CARACTERÍSTICAS DE LA ANCIANIDAD**

La psicología del desarrollo humano considera esta etapa como una más de la experiencia vital y, como cualquier otra, con características tanto positivas como limitadoras. El desarrollo humano comienza al nacer y no cesa hasta la muerte, variando en cada etapa sus tipos y manifestaciones y las reacciones individuales y sociales. La persona constituye un ser en proceso de desdoblamiento que se va completando con la experiencia vital en todas sus facetas. Esta orientación supera el planteamiento tradicional de las etapas vitales de crecimiento, madurez y decadencia que, si son ciertas en el desarrollo fisiológico, no lo son necesariamente en la vida psíquica y social; una persona mayor posee variedad de experiencias, conocimientos y saberes que no puede tener un joven, el cual posee fuerza física y vitalidad de las que tiene menos el anciano. Si la sociedad valora únicamente el desarrollo fisiológico, son evidentes las limitaciones del

anciano, pero si ésta aprecia la calidad psíquica y social, entonces existen muchas oportunidades para los añosos.

Lo importante de la experiencia de las personas mayores son los conocimientos que poseen de la vida psíquica y social del hombre, mientras que lo valioso de los jóvenes es su capacidad de innovación e iniciativa, principalmente en las ciencias de la naturaleza.

La experiencia más importante que la persona mayor posee no radica en sus conocimientos técnicos, que los jóvenes poseen en mayor cantidad, sino el conocimiento de los problemas psíquicos y sociales que el anciano posee por el mero hecho de haber vivido. La persona que haya vivido más podrá aportar al resto de la sociedad su saber psicosocial, no por poseer mayores conocimientos, sino por haberlos experimentado durante más tiempo.

El mito de la ancianidad como etapa negativa se basa en supuestos inciertos. La mayoría de las personas añosas no se hallan limitadas, ni sus vidas son negativas y dependientes. La ancianidad constituye una etapa vital que puede tener elementos de desarrollo personal, aunque este desarrollo vaya en dirección contraria a los valores predominantes en la sociedad actual; fuerza, trabajo, poder económico y político. Las personas mayores pueden ofrecer poco en estos valores, pero el tema importante en una sociedad democrática y pluralista consiste en saber si los valores de una minoría, población productiva activa,

deben dirigir los valores de la mayoría (niños, jóvenes, desempleados, ancianos), población pasiva no productiva.

La consideración de la ancianidad como etapa negativa evoca condiciones pretéritas superadas actualmente. Gracias a los progresos de la medicina y la seguridad social, los jubilados tienen una esperanza de vida de 10 – 15 años y no consideran su futuro como algo negativo. La mayor parte de los ancianos que responden a las encuestas en todos los países reconocen que su situación es mejor que la de sus antecesores y, aunque existan graves situaciones individuales de desvalimiento, colectivamente viven hoy mejor que lo hacían los pocos que sobrevivían antes.

Se comprueba que en la ancianidad existe un replanteamiento claro de la razón última de la vida que se aproxima a su fin, apareciendo la realidad de la muerte y los interrogantes en torno a la misma. La mayoría de las investigaciones concluyen que la muerte en Occidente es percibida como un hecho no sólo negativo, sino tema tabú para una parte de la población que no desea planteárselo racionalmente a pesar de su inevitabilidad.

#### **A. Envejecimiento normal.**

Kastenbaum R. (1980), considera que el envejecimiento normal es lo que constituye la vejez saludable, carente de enfermedad o disminución de la misma. Contrariamente a la creencia popular, la mayor parte de los ancianos no están

enfermos ni se hallan limitados. *“El envejecimiento como proceso vital de acumulación de años no tiene por qué ser un proceso patológico y al cumplir los sesenta y cinco años no se contrae alguna enfermedad”<sup>(1)</sup>*. No obstante, en la realidad parece que los mayores de sesenta y cinco años estén sujetos a una maldición semejante a la lepra bíblica que les incapacite para roles sociales productivos. Mucha gente se sorprende al comprobar que personas jubiladas desempeñan actividades físicas e intelectuales con plena efectividad; un prejuicio ampliamente difundido asimila cese en el trabajo con inactividad personal, social y enfermedad.

Esta creencia se debe combatir con hechos ya que, en todas las sociedades, el número de ancianos enfermos supone una minoría. El envejecimiento constituye una etapa vital como la niñez, la madurez o la adolescencia, con unas enfermedades características propias y también oportunidades, pero que no tiene necesariamente que asociarse con enfermedad.

**a) Reducción de ritmos no es enfermedad.** ¿Cómo diferenciar envejecimiento normal de patológico? Resulta imposible realizarlos entre sujetos de diversas generaciones, ya que las definiciones de salud o competencia vital varían según la época y circunstancias debido a la naturaleza subjetiva y cultural de la propia definición de salud. Salud y enfermedad quedan cualificadas por la circunstancia histórica, geográfica, cultural y social, y resulta difícil definir lo que constituye una vejez normal desde el punto de vista físico, pues lo que para unos constituye

enfermedad y limitación, para otros supone mera molestia que no impide desempeñar los mismos roles que en la vida adulta. Con el paso de los años, la estructura física de la persona experimenta decremento en su capacidad funcional, disminuciones en la velocidad de reacción y en su capacidad de enfrentarse a estímulos externos, pero esta reducción general de los ritmos orgánicos no supone ineptitud para la mayoría de las funciones de la madurez, ya que aptitud y fuerza física son menos importantes en una sociedad cada vez más mecanizada.

*“Una definición útil asocia ancianidad normal con aquella condición física carente de enfermedad aguda. Un concepto relacionado con el de salud en la ancianidad es el de longevidad o extensión de la vida humana teniendo en cuenta no sólo la extensión de la vida en número de años, sino también en calidad de vida”<sup>(2)</sup>.*

**b) Envejecimiento saludable.** Las causas de una vejez saludable orgánica deben buscarse en factores genéticos, originales y hereditarios de cada persona, y en factores del medio ambiente material y psicosocial.

**c) Normalidad.** Pero ¿qué es la normalidad biológica en la ancianidad? No hace muchos años, lo *normal* para los jubilados era esperar la muerte más o menos placenteramente y cualquier intento de actividad física se consideraba un riesgo desproporcionado a su capacidad orgánica. Actualmente, cuando existen corredores de maratón mayores de 65 años, los investigadores se plantean

nuevas preguntas sobre el envejecimiento normal. Una opinión sostiene que la forma de envejecer actual es radicalmente distinta a la de hace tan sólo unas décadas. Lo que sí se empieza a probar es que la aptitud orgánica se halla estrechamente ligada a factores psicosociales de motivación, estilo de vida, intereses, ocupaciones, compañía y capacidad de decisión, y que estos factores afectan directamente a variables biológicas como la producción de linfocitos, secreciones hormonales, neurotransmisores, responsables directos del bienestar fisiológico del sujeto.

#### **B. Envejecimiento patológico.**

Resulta importante destacar que la etapa de la vejez no es una enfermedad en sí misma, aunque la probabilidad de enfermar y que traiga consecuencias en muchos de los casos negativos en el organismo, es mucho mayor que en otras etapas de la vida. Esto se refleja en la diferencia que existe entre enfermedad aguda y crónica, entendiéndose por aguda como la de corta duración y cuyo desenlace puede preverse, mientras que la enfermedad crónica se caracteriza por su larga duración. En los ancianos la incidencia de enfermedad aguda es menor, pero cuando les afecta tardan más en curarse y las consecuencias son más graves que en otras edades. En el caso de que adquieran alguna enfermedad crónica sus efectos pueden ser acumulativos, ya que se superponen las limitaciones que ocasionan en los órganos y sistemas, disminuyendo la resistencia global.



Entre las causas de la enfermedad crónica, aparece en primer lugar la menor resistencia del organismo debido a la edad. Asimismo, se da una interrelación entre ciertas causas psicosociales que pueden ser atribuibles tanto al sujeto de edad como a la misma sociedad, las cuales han sido investigadas probando su importancia en la disminución de la resistencia orgánica frente a la enfermedad.

Entre ellas tenemos por ejemplo:

- ✓ Soledad
- ✓ Falta de un rol social activo
- ✓ Ausencia de obligaciones
- ✓ Exceso de tiempo desocupado

#### **a) Tiempo y enfermedad.**

R. Moragas (1995) considera que *"para el sujeto, la excesiva disponibilidad de tiempo es patógena, como lo demuestra la experiencia de los ancianos que pasan de su domicilio a una institución, con disminución de responsabilidades domésticas; a pesar de que las obligaciones implican carga y esfuerzo físico, se ha demostrado que la ocupación del tiempo en actividades instrumentales, como las domésticas, resulta esencial para la conservación de la salud"* <sup>(3)</sup>.

Cuando a la persona mayor se le pone la etiqueta de *vieja*, ha demostrado ser muy ofensivo y perjudicial por la renuncia al trato y aceptación de su condición por los otros, pero también por la influencia sobre que se da a través de la ciencia

médica que no se siente tan interesada por su condición crónica como por la enfermedad aguda.

La enfermedad en las personas mayores posee características comunes a otras edades, así como patologías específicas. Las enfermedades que se manifiestan principalmente en la ancianidad son:

- *Osteoporosis*
- *Artrosis*
- *Adenocarcinoma de próstata*
- *Artritis*
- *Polialgia reumática*
- *Diabetes (no insulínica)*
- *Neumonía*
- *Nefritis*
- *Infarto de miocardio.*
- *Parkinson*
- *Alzheimer*
- *Neoplasias*
- *Enfisema*
- *Hipertensión*
- *Septicemia*
- *Cirrosis*
- *Accidentes vasculares cerebrales*
- *Otras*

Dada la naturaleza crónica de muchas de las enfermedades en la vejez, el esfuerzo médico deberá concentrarse en la prevención y maximización de la capacidad de funcionamiento del paciente, ya que la cura total no es posible como sucede en la enfermedad del joven o adulto. Las dificultades médicas son mayores por la falta de conocimientos sobre el envejecimiento normal por parte del enfermo y del terapeuta, al considerar que son manifestaciones inevitables de la edad y no de la enfermedad, o al creer que no se puede hacer nada por mejorar la calidad de vida. Complicaciones adicionales para el médico son la forma atípica de presentación de algunas enfermedades en la ancianidad:

- ✓ Infección sin fiebre
- ✓ Infarto de miocardio sin dolor precordial
- ✓ Neumonía sin antecedentes de tos
- ✓ Etc.

Parece ser que la superposición de varios procesos patológicos en el mismo sujeto complica el diagnóstico y puede llevar a la enfermedad más peligrosa, la superposición de varios tratamientos, sin tener en cuenta posibles interacciones medicamentosas en un organismo peculiar como el del anciano. En estos pacientes, cuya capacidad de recuperación y resistencia es menor, deben extremarse los cuidados para mantener el equilibrio homeostático que, una vez perdido, tan difícil resulta de recuperar. La reacción medicamentosa y la iatrogénica constituyen un riesgo mucho más elevado en el paciente mayor, debido al desconocimiento general de la anatomía y fisiología del envejecimiento.

***”Lo más importante al tratar personas mayores, es reconocer sus peculiaridades, la cronicidad de las situaciones y calidad de vida radicalmente distinta de la aplicable a poblaciones más jóvenes. Recuperar el movimiento de una articulación, aunque sea parcialmente, puede suponer en un organismo anciano el impedir la anquilosis de todo el miembro evitando una situación definitiva que en un organismo más joven solo sería temporal; evitar los efectos secundarios de un medicamento en el aparato digestivo puede resultar en el mantenimiento de la funcionalidad del aparato durante años o en su inutilidad para toda la vida restante. Se trata, en suma, de reconocer la individualidad del anciano en su enfermedad y tener en cuenta los efectos globales de su patología concreta en el conjunto de su vida tanto biológica como psíquica y social”<sup>(4)</sup>.***

## **b) Prevención**

El organismo constituye un sistema complejo en equilibrio dinámico, cuyos procesos vitales son resultados de acciones anteriores que tardan a veces años en manifestarse. Para que el organismo anciano resista las agresiones vitales, la prevención debe empezar varios años antes; lo ideal sería que el proyecto de salud vital se iniciara con el nacimiento.

El estilo de vida es responsable actualmente de mas agresiones al organismo que la combinación de todas las enfermedades infecciosas del pasado y esto constituye el gran fracaso de la medicina.

Lo más interesante con relación a la vejez sucede en los años previos al abandono del trabajo activo o jubilación. El consenso de los médicos, psicólogos, trabajadores sociales, sociólogos, etc., resulta unánime a la hora de criticar el sistema presente de jubilación que permite a una persona sin mayor preparación individual y social pasar del día a la noche de trabajador activo, con todos los derechos y obligaciones, a miembro pasivo, jubilado, con tan pocos derechos como obligaciones. Esta transición súbita, sin ningún tipo de condicionamiento individual, no es razonable y aparece la preparación para la jubilación como reacción frente a lo irracional de una transición repentina

La prevención se articula no sólo evitando hábitos patógenos (consumo de alcohol y tabaco, número elevado de horas de trabajo, exposición a tensiones excesivas) sino alrededor de una acción positiva. La reforma de la dieta alimentaria es un factor importante en el equilibrio y potenciación de las defensas del organismo y los nutriólogos han identificado el tipo y calidad de los alimentos convenientes para que el organismo se enfrente a la vejez con mayor capacidad de resistencia. El ejercicio físico, dentro de ciertos límites, ha demostrado ser un factor importante para estimular diversos órganos y hacerlos más aptos para enfrentarse a las agresiones de la vejez.

### **1.3 LA PSICOLOGÍA DE LA PERSONA MAYOR**

*“La verdadera enfermedad de la vejez - ha escrito A. Maurois - no es la debilitación del cuerpo, sino la indiferencia del alma; es más importante el desear que el poder actuar”<sup>(5)</sup>.* Realmente la vida afectiva de las personas mayores está condicionada por los aspectos socioeconómicos, que modifican de forma notable la naturaleza de sus necesidades. Los problemas de la vivienda y de los recursos, muchas veces difíciles de resolver en el momento de jubilarse, hacen que al orgullo de ser autónomo le suceda un sentimiento de dependencia que engendra una necesidad de atesorar.

Las modificaciones más evidentes afectan al carácter y a las actitudes de estas personas. Sin duda alguna, cada uno envejece tal como ha vivido siempre, pero

con la diferencia de que, debido a su menor capacidad de inhibición, es cada vez más difícil esconder lo que uno es realmente:

- ✓ **El egotismo** es la tendencia bastante común entre las personas mayores a vivir replegadas en sí mismas, mostrando una actitud de desconfianza hacia los demás, como si quisieran afianzar el interés del prójimo sobre su propia persona. Las emociones se centran sobre el ego, es decir, se cristalizan alrededor de uno mismo, buscando una satisfacción que asegure la *autodefensa*.
- ✓ **La testarudez** no es un signo de voluntad propiamente dicho, sino que sólo evidencia una incapacidad de desconectarse de uno mismo, de desprenderse de los hábitos mentales.
- ✓ **Los estados pasionales**, relacionados con la vitalidad, se modifican notablemente con la edad hacia una debilitación relativa a una transferencia emocional orientada más hacia uno mismo que hacia los demás.
- ✓ **La vida interior** de una persona de la tercera edad corre riesgo de empobrecerse a medida que se reduce el campo de acción y se reduce con la edad el número de amigos. La huida precipitada del tiempo, la pérdida de su autoridad sobre la familia y de las ventajas profesionales, así como el temor a la enfermedad por la reducción de fuerzas físicas, el miedo a la muerte son

otros tantos factores que trastornan el psiquismo de la persona mayor y la llevan a refugiarse en la apatía, y a revolver los recuerdos felices de un pasado que no volverá, con el peligro de caer en la "chochez".

- ✓ **El narcisismo** se vuelve una suerte de refugio en el cual se complace muchas veces al anciano, cuyo cuerpo se niega a la satisfacción del placer. Se produce una pérdida de confianza en sí mismo, de la propia estima, debido al hecho de no tener ya ninguna actividad profesional ni amigos, de encontrarse desposeído de una parte de sus recursos, de sus aptitudes físicas e intelectuales. Se pierde progresivamente cualquier forma de entusiasmo, cualquier amplitud de miras frente a los acontecimientos y los atractivos de la etapa presente para caer en un tradicionalismo excesivo del que parece proscrito todo ideal, toda novedad.
  
- ✓ **La sexualidad**, indiscutiblemente desempeña un papel importante en el comportamiento psicológico de la persona mayor. Se ha pensado durante largo tiempo que el envejecimiento y la degeneración de las glándulas sexuales eran fenómenos estrechamente relacionados entre sí. Además, nuestra civilización occidental, impregnada de los principios de la moral cristiana, ha considerado siempre como algo "prohibido" el acceso a este campo *tabú* que es la sexualidad de la Tercera Edad. Si por un lado la decadencia de las glándulas sexuales siguen el proceso de envejecimiento general de nuestro organismo, no por ello es menos cierto que la actividad

sexual puede subsistir hasta una edad muy avanzada, no siendo raros los casos de octogenarios todavía capaces de tener relaciones sexuales. La sexualidad, sin embargo, no es sólo actividad genital, es también vida sentimental, expresión de amor y de felicidad. Aunque ésta puede ser objeto de desviaciones diversas, que responden más a la obsesión que a la necesidad, puede ser también fuente de alegrías profundas nacidas de las relaciones afectivas con la otra persona. El ser humano no está hecho para vivir solo, y la obsesión de la soledad crece a medida que avanza en edad. Necesita, a falta de amor carnal, la presencia de un compañero con quien poder compartir su vejez. Esta variación de la sexualidad, en la cual predominan sentimientos de afecto y de ternura, se refleja en la imagen respetuosa de la *vieja pareja que pasea tomada del brazo*.

#### **1.4 APTITUDES PSÍQUICAS.**

Los estudios realizados por R. Moragas en el año de 1995 demuestran que a nivel cognoscitivo la pérdida global de la memoria, por ejemplo, no es mucho mayor que a otras edades y que las disminuciones de la memoria inmediata pueden compensarse con mejoras en la memoria remota por medio de ejercicios y técnicas. La inteligencia no sólo no disminuye, sino que puede aumentar si se proporcionan en su momento oportunidades para ejercitarla.



El estudio de la persona de edad y sus facultades psíquicas se ha visto influenciado por la teoría fisiológica de que el tiempo cronológico reduce el potencial vital. Si decrecen las facultades fisiológicas, la psicología de base somática ha aceptado tradicionalmente que las facultades cognoscitivas también se reducen proporcionalmente. Sin embargo, actualmente la psicología se está replanteando la psique de la persona mayor dudando sistemáticamente de los presupuestos aceptados. Se dice que la persona anciana puede disminuir su fuerza muscular, pero no tiene por qué afectar a su inteligencia. Su capacidad de reacción frente a un estímulo luminoso se reduce con la edad, pero no tiene por qué influir en su motivación y aprendizaje. Se está produciendo un replanteamiento de la psicología aplicada al estudio de la ancianidad; durante años se había supuesto que la memoria se perdía irremediablemente con el paso del tiempo. Las últimas investigaciones revisan esta conclusión, al demostrarse que bajo estímulos y apoyos adecuados, las personas mayores pueden mantener e incluso mejorar la memoria.

En la ancianidad, los mecanismos de defensa y equilibrio de la personalidad se hallan amenazados por numerosas tensiones. La familia puede proporcionar, como en otras etapas de la vida, un medio favorable para mantener la identidad personal y evitar los peligros del medio ambiente. La autoestima del anciano se afirma cuando los miembros de las generaciones jóvenes reconocen la importancia del abuelo o bisabuelo. El afecto y el amor no se enseñan si no se practican habitualmente; los nietos repetirán normalmente con los abuelos lo que

vean hacer a sus padres. La familia de tres generaciones es aquella que, conviviendo o no, integra dentro de su ámbito a los abuelos, proporcionándoles oportunidades para encontrar el papel social que la sociedad no les otorga. La familia puede ofrecer a los ancianos un ámbito que dé significado a sus vidas, al asumir su papel en la transmisión de la vida y los valores familiares y comprobar que cuando desaparezcan del mundo sensible habrá seres que llevarán su nombre y que prolongarán sus valores hacia el futuro.

#### **a) Inteligencia.**

La inteligencia según Cattell “*se divide en inteligencia fluida e inteligencia cristalizada*”<sup>(6)</sup>. La inteligencia fluida representa la aptitud fisiológica y neurológica para resolver problemas nuevos y organizar la información en situaciones concretas; se basa en la dotación biológica original del sujeto, no tiene en cuenta las influencias de la cultura y se mide por el resultado de los tests según exactitud y velocidad. Además que se obtiene su punto más elevado durante la adolescencia y va declinando progresivamente durante toda la vida, aunque hasta los sesenta o más años no existe limitación en la inteligencia fluida necesaria para la convivencia, por lo que las funciones laborales del sujeto no tendrían que quedar afectadas hasta dicha edad. La inteligencia cristalizada aumenta toda la vida y se basa en el producto de la educación, los conocimientos y la experiencia que adquieren los individuos en el seno de una cultura; se mide por tests de

comprensión verbal y en ellos los ancianos obtienen mejores resultados que los jóvenes.

El decremento de la inteligencia global no aparece de una forma general hasta los setenta u ochenta años y aun en estas edades puede ser prevenido con un medio ambiente estimulante y que apoye al anciano para que mantenga sus aptitudes intelectuales. El único decremento intelectual inevitable se denomina *descenso terminal*, el cual se experimenta cerca de la muerte y se debe a causas orgánicas más que psicosociales.

## **b) Memoria**

La memoria se clasifica por la proximidad de los hechos con el presente, como inmediata o primaria (hasta treinta segundos), reciente (varios días), remota o secundaria (pasado lejano recordado), vieja o terciaria (pasado lejano no recordado), variando la facilidad de recuerdo de las diferentes clases de memoria. Se ha afirmado tradicionalmente que en la ancianidad se recuerdan mejor los hechos lejanos que los próximos (o memoria anterógrada), lo cual, sin dejar de ser cierto, debería llevarnos a analizar las condiciones ambientales en que se produjo el aprendizaje. Resulta comprensible que se recuerde mejor el primer día de trabajo que los tiempos previos a la jubilación, ya que el sujeto establece mecanismos de defensa para olvidar estos últimos (en especial si han supuesto experiencias desagradables), mientras que el recuerdo puede mejorar la

experiencia del primer día de trabajo. Con la edad parece que se recuerden mejor las cosas que se oyen que las que se ven, pero eso más que un reflejo de la capacidad de la memoria puede ser un reflejo de la diferente percepción de los sentidos.

*“Respecto a los efectos del envejecimiento sobre la memoria, las investigaciones más recientes indican que, en contra de los saberes populares sobre su pérdida, ésta no es inevitable ni irreversible”<sup>(7)</sup>.* Las causas por las que se produce la pérdida de la memoria son complejas, existiendo una base biológica (cambios o pérdida de células cerebrales) y unos factores psicosociales, probablemente más importantes que las limitaciones somáticas, entre los que destacan:

- ✓ Nivel bajo de inteligencia (recuerdan mejor los inteligentes).
- ✓ Falta de hábito de recordar (rutina en el trabajo o en la vida en general).
- ✓ Falta de motivación (para qué aprender si se va a olvidar).

De lo anterior parece claramente que la pérdida de la memoria puede evitarse, o al menos retrasarse, a través de mecanismos preventivos que comienzan a explorarse, como las reglas mnemotécnicas, prolongando el proceso de aprendizaje, utilizando material que suscite interés en el sujeto, reduciendo las interferencias en el aprendizaje y, sobre todo, informando a los sujetos que la pérdida de memoria es evitable y que poseen la capacidad de recordar en cualquier edad si la ejercitan y siguen unas reglas elementales para aplicarlas.

### **c) Capacidad de Aprendizaje**

Se piensa que el aprender asociado al rendimiento y a la productividad se ha ligado tradicionalmente con las edades más jóvenes, por lo que existe una actitud negativa en el público al relacionar aprendizaje y ancianidad. En ocasiones se cuestiona para qué aprender si se es ya viejo. En el anciano, el aprendizaje puede tomar más tiempo sin afectar a la integridad del rol social y la velocidad de asimilación no tiene la misma importancia que cuando se es miembro de la población activa. El rendimiento en el aprendizaje queda afectado por una variedad de factores no cognoscitivos, aquellos no directamente relacionados con la capacidad de aprendizaje de nuevos conocimientos: motivación, buena o mala salud, interés, etc.

El aprendizaje puede tener lugar a cualquier edad aunque el rendimiento disminuya y esta disminución no es sustancial hasta pasados los setenta años. Lo que requiere el anciano, para un aprendizaje efectivo, es mayor tiempo y estímulos motivantes adecuados, y ambas cosas no se las facilita un medio ambiente obsesionado con el tiempo de asimilación y que no asigna un rol social significativo a la persona de edad. Los mayores éxitos en el aprendizaje se han dado con personas de mayor nivel educacional y que ejercitaban frecuentemente sus aptitudes: profesionales, educadores, directivos, con lo que se refleja una vez más que los que más tienen durante su vida adulta, sea en dotes físicas,

## CAPÍTULO II.

### JUBILACIÓN

#### 2.1. ANTECEDENTES

Para la mayor parte de la población activa, la jubilación define legal y convencionalmente la entrada en la ancianidad. Pero muchas cosas están cambiando en la sociedad contemporánea y en la jubilación.

Quién no llega a hablar de que jubilación viene de júbilo, de alegría. Pero realmente el significado de Jubilación vendrá siendo éste con el paso del tiempo?

El rol del jubilado se ha considerado socialmente como un rol sin rol, porque no se le ha reconocido como lo hacían muchas sociedades primitivas o la medieval, donde el final de la actividad guerrera o artesanal no suponía la pérdida del status social. Dichas sociedades eran más eficaces en la utilización de los recursos humanos que las contemporáneas, ya que los mayores, cuando dejaban una actividad, encontraban otra sustitutiva, relevante para ellos y útil para la comunidad; en épocas pasadas los ancianos eran menos en número y su propia excepcionalidad les proporcionaba un prestigio difícil de encontrar en las sociedades avanzadas occidentales, donde representan un quince por ciento de la población. La solución a los problemas de los jubilados contemporáneos consiste en convertir ese rol sin rol en la sociedad industrial en un rol con rol que les asigne responsabilidades, status y prestigio social, si no laboral. Los países

que llevan más tiempo con proporciones importantes de población anciana reconocen que para ello es necesario dar la importancia del trabajo durante la vida activa y dignificar socialmente el descanso de los jubilados, afirmando la validez del ocio en sociedades que han idolatrado el trabajo, sus consecuencias económicas y su prestigio social. Hay que superar ciertos planteamientos mentales economistas que consideran a los jubilados como pasivos que defraen bienes y servicios de la economía sin aportar nada. De ahí a la eutanasia activa por razones económicas se puede llegar con más rapidez de lo que parece. Sin embargo, esta mentalidad se halla presente en disposiciones sobre servicios gerontológicos que los consideran gastos no productivos en vez de inversiones sociales. Cuando esta mentalidad pasa de los políticos a la población, se cae fácilmente en la pasividad general que elude las responsabilidades familiares por el cuidado y asistencia de los mayores; se supone que la familia solo debe preocuparse de inversiones productivas, educación de los hijos, ampliación del hogar familiar, aumento de los activos patrimoniales, trasladando las responsabilidades por el cuidado de los ancianos al Estado, con lo que el gasto público aumenta y la calidad de la asistencia se degrada.

Para el siglo XXI y vistas las nuevas realidades predominantes en el mundo contemporáneo, se prevé un cambio en la consideración de la jubilación, de la visión económico - productiva a una visión psicosocial en la que, sin olvidar los aspectos económicos, se pase de un rol diferente que reconozca que, aparte del rol laboral de trabajador activo, pueden existir otros roles relevantes socialmente

para el jubilado. Para desarrollar dichos roles aparece actualmente el tiempo libre constructivo y muy alejado del antiguo ocio, consistente en no hacer nada o pasividad casi total. Para consolidar el tiempo libre como actividad socialmente relevante surge la formación de profesionales, la organización de cursos, la investigación psicosocial sobre sus fines y posibilidades y, por encima de todo, la consideración social de que el ocio puede ser una actividad tan válida como el trabajo productivo para los que se hallan sin posibilidades de trabajo y lo han empleado durante décadas.

### **A. Variedades**

La jubilación ha pasado de ser un hecho uniforme que se alcanzaba al cumplir la edad cronológica de sesenta y cinco años a convertirse en un fenómeno variado según las condiciones del puesto de trabajo, sector económico y condiciones subjetivas del sujeto. Se examinan a continuación algunas de sus variedades.

#### **a) Por la libertad del sujeto.**

**Jubilación voluntaria.** Ocurre cuando la persona decide el momento en que tiene lugar. Puede afirmarse, como en tantos acontecimientos de la vida social y económica, que toda jubilación se halla condicionada por datos objetivos y subjetivos que influyen en la voluntad individual. La antigüedad en las cotizaciones a la seguridad social constituye el primer condicionante para tener



derecho a la prestación económica; la salud del sujeto, las expectativas de otras actividades luego de la jubilación, la influencia familiar, el ejemplo de colegas jubilados, suponen todos ellos factores influyentes de la decisión de jubilarse. Ciertos condicionamientos pueden ser determinantes, como la pérdida de un complemento económico, si se supera determinada edad, pero la decisión de jubilarse sigue siendo una opción personal.

**Jubilación forzosa.** Se impone al sujeto sin alternativa posible por haber cumplido la edad reglamentaria (caso de los funcionarios públicos) o quedar incluido dentro de supuestos forzados de jubilación: proceso de reestructuración sectorial, traslado o cierre de empresa, etc. La jubilación forzosa anticipada se alcanza actualmente al finalizar los periodos de desempleo a partir de los cincuenta y cinco años sin haber encontrado nuevo empleo. La jubilación forzosa se considera un hecho inevitable y son excepción los individuos que se enfrentan a esta decisión externa que interfiere con el derecho al trabajo de todo ciudadano. La interpretación jurisprudencial del derecho al trabajo es restrictiva, aunque algunas legislaciones entre ellas el Estatuto de los Trabajadores han suprimido las limitaciones por edad en sus textos legales, el consenso general acepta la jubilación forzosa como un hecho inalterable.

**b. Por el tiempo.**

**Jubilación normal.** En nuestro sistema de seguridad social y de clases la jubilación normal para ambos sexos se fija en sesenta y cinco años.

**Jubilación anticipada.** Tiene lugar antes de dicha edad y por variedad de causas: incapacidad física que origine invalidez para el desempleo del trabajo, situación especial del colectivo o decisión del individuo. En nuestro sistema se puede conseguir a partir de los sesenta años, siempre que se tengan los años de cotización necesarios.

**Jubilación retrasada.** El sujeto o la organización dilatan el momento de la jubilación por intereses mutuos, situación atípica, existente en algunos puestos técnicos y directivos estratégicos y que comienzan a darse en algunos sectores.

## 2.2. ALTERNATIVAS DE LA JUBILACIÓN

Ricardo Moragas propone la siguiente clasificación:

FLEXIBLE O VOLUNTARIA	FORZOSA
No discrimina por razón de la edad, respeta derecho constitucional al trabajador.	Todos los individuos son tratados igualmente evitando discrecionalidades.
Aprovecha conocimientos trabajadores experimentados con beneficios para el individuo y la sociedad.	Evita pruebas o demostración de aptitudes de los trabajadores y consecuencias negativas para los no aptos.
Reduce los gastos de la seguridad social si se dilata la jubilación.	Facilita promoción y empleo de los trabajadores jóvenes, fomenta la solidaridad y evita enfrentamientos intergeneracionales.
Dificulta previsión necesidades financieras para pensiones.	Permite la previsión de necesidades financieras para pensiones.
El sujeto decide el momento, libertad y autonomía personal.	El momento se impone al sujeto, obligatoriedad y falta reconocimiento autonomía.
Tendencia a retirarse anticipadamente crece.	Obligatoriedad posee efectos negativos <sup>(9)</sup> .

## **A. Efectos**

### **a) Económicos.**

Existe una reducción de ingresos que se refleja en el nivel de vida;

### **b) Físicos.**

Se identifica el síndrome de la jubilación que afecta entre otros al bienestar físico, pero resulta difícil aislar entre los jubilados los que ya estaban enfermos antes de la jubilación y aquellos para quienes la jubilación constituye la causa de su pérdida de salud. Se afirma con frecuencia que tal trabajador murió a los pocos meses de jubilarse, aduciéndose que la interrupción del trabajo ha sido causa de muerte pero se ignora si dicho trabajador ya estaba enfermo, lo que invalida la conclusión. Los estudios longitudinales que analizan la salud antes y después de la jubilación concluyen que las pérdidas de salud son atribuibles a la edad o a la patología anterior, factores más importantes que la propia jubilación.

### **c) Psíquicos.**

Este apartado ha sido estudiado sin encontrar relación entre jubilación y enfermedad mental, en donde una mayor incidencia de enfermedad mental entre jubilados pero, examinados en profundidad, no se ha comprobado y, como en el

caso de la salud física, parece ser la enfermedad mental la que motiva la jubilación y no a la inversa. La satisfacción vital se asocia con la independencia entre la pareja. En Estados Unidos se ha comparado la autoestima de jubilados con la de estudiantes de secundaria y los resultados muestran que resulta mayor entre los primeros.

Se dice que la falta de trabajo ha sido analizada para averiguar en qué medida el jubilado extraña su actividad laboral; los que recuerdan el tiempo pasado en el trabajo como mejor que el presente, son aquellos que consideraban la jubilación como negativa, que consiguieron sus objetivos en el trabajo y cuya pensión y salud no son buenas.

#### **d) Sociales.**

Se ha tratado frecuentemente del aislamiento social que supone la jubilación al perder el trabajador su grupo de relación, de contacto diario, los compañeros de trabajo. Los estudios internacionales entre Europa y Estados Unidos muestran las mayores variaciones entre grupos ocupacionales más que entre países, lo cual revela que la ocupación define más la vida social que la nacionalidad. El tipo de actividades a las que se dedican los jubilados continúa siendo semejante: en Estados Unidos una tercera parte aumenta su nivel de actividad y una quinta parte lo reduce.

### **e) Familiares.**

La jubilación afecta a las relaciones familiares de muchas formas pero en especial a la vida de la pareja, cuando en ocasiones se llega a decir que empiezan a conocer al cónyuge, cuando en realidad han vivido con él más de 20 años y cuyos ritmos vitales se modifican a partir de la misma. Resulta ser muy impactante en el caso de la esposa que ya tiene definidas sus actividades y tareas diarias en el hogar y fuera de éste, debido a la mayor presencia del esposo en el hogar; las respuestas varían entre el rediseño del trabajo familiar y la mayor participación del marido, tarea siempre difícil cuando durante varias décadas ha existido una rutina en el hogar que asignaba la casi totalidad de responsabilidad a la esposa. Otra solución consiste en la búsqueda de alternativas a las horas ocupadas por el trabajo perdido, en el exterior del hogar. Ello justifica el éxito de los hogares y clubes de jubilados y la regularidad con la que muchos acuden a los mismos, sustituyendo la rutina temporal laboral por la del centro social que proporciona sentido a sus vidas. Con frecuencia los jubilados que detallan sus ocupaciones en un día típico dicen que tiene que asistir al hogar o club, cuando en realidad no existe ninguna obligatoriedad, pero resulta satisfactorio sustituir la obligación laboral perdida por la obligación recreativa. La jubilación facilita que el marido pueda asumir más responsabilidades domésticas que cuando se hallaba trabajando, pues ahora dispone de más tiempo; la respuesta de las esposas

exigencias y futuro del mismo. Actitud social que tiene la institución sobre la jubilación.

## **PERSONALES**

Dentro de este apartado se encuentra el estado de salud. La motivación e intereses en otras actividades. Las finanzas personales con posibilidad de otros ingresos. La actitud familiar, las responsabilidades familiares: si existen dependientes del propio jubilado. Deseo de una cambio o de una nueva actividad. Satisfacción en el trabajo.

### **2.3.1. Prejubilación.**

*“Fase en la que los trabajadores contemplan la posibilidad de jubilarse, sea prontamente (faltan algunos lustros), sea próximamente (cercanía a la edad normal o procesos sectoriales de reestructuración)”*<sup>(10)</sup>. La prejubilación remota se inicia dos décadas antes para preparar los planes económicos complementarios de la seguridad social obligatoria y afecta a las personas de ingresos medios elevados que puedan y quieran ahorrar para su futuro. La prejubilación próxima comprende cinco o menos años y se refiere, aparte de los cálculos económicos, al conjunto de actividades, intereses y ocupaciones que permitirán al jubilado pasar sus restantes años como una persona plena y no sólo consumidor pasivo.

En esta etapa es conveniente evitar las descripciones que pueden ser peyorativas de otros jubilados y que podrían hacer más difícil el proceso. Asimismo, existen numerosas burlas y deformaciones sobre los traumas y frustraciones de la jubilación, sin otra base real que la limitada experiencia individual. Habría que evitar el contacto con personas que disfrutan describiendo la realidad con tonos trágicos y concentrarse en la preparación individual positiva.

### **2.3.2. Preparación para la jubilación.**

La respuesta racional a los mitos sobre lo negativo de la jubilación la proporcionan los programas de preparación, que introducen un esquema lógico de posibles problemas con los que todo jubilado va a enfrentarse y le ofrecen técnicas para superarlos. Las áreas que se tratan son economía, salud, derechos del jubilado, equilibrio personal, actividades diversas, relaciones sociales. La preparación no supone ninguna panacea pero equipa a los que siguen sus programas para desenvolverse en mayor independencia económica, individual y social en el nuevo estado. A pesar de lo positivo de la experiencia, los programas de preparación llegan solamente a una pequeña parte de los trabajadores que se jubilan, y su contenido se concentra en la explicación de los aspectos económicos de las pensiones. Dada la generalidad del estado de jubilado, sería conveniente incluir otros temas como salud, relaciones familiares y sociales, pues su vida futura no va a ser solamente la de consumidor. Para conseguir mayor éxito con los programas se recomienda que participen las esposas e hijos, personas

relevantes en la adaptación del jubilable a su nuevo status, y que las sesiones sean tanto informativas como de grupos de discusión. La organización de los programas de preparación para la jubilación ha tenido lugar en grandes empresas y por centros independientes para un reducido número del total de jubilables. Sería conveniente una extensión de los programas a todo tipo de trabajadores y programarla con suficiente antelación para condicionarlos psíquicamente.

En el pasado y aún hoy, la mayoría de los trabajadores se acostaban como miembros de la población activa y se despertaban como jubilados, por el hecho de cumplir sesenta y cinco años, siendo que en el pasado eran miembros de toda una institución y ahora son parte del gremio de jubilados donde deben resolver sus problemas como personal pensionado en otro lado, encontrándose que no hay distinciones, ahora todos son jubilados y no jubilado funcionario o jubilado mensajero, etc. Comienza a comprenderse por ciertas organizaciones que ello no es aconsejable ni para la empresa ni para el trabajador, por lo que se experimenta con fórmulas para que la jubilación no sea instantánea, sino que se alargue en el tiempo para que el individuo y la organización se preparen para la nueva situación. El trabajo parcial en jornada reducida o en cierto periodo del año, la prolongación de las vacaciones, la transición de funciones ejecutivas a consultivas, la disminución de las exigencias físicas, intelectuales o del ritmo exigido al puesto de trabajo, ofrecen fórmulas que intentan convertir la jubilación en una transición progresiva del trabajo a tiempo completo a su ausencia total. Estos esquemas facilitan la transmisión de conocimientos del ocupante del puesto



a los nuevos candidatos, sin que se pierda la experiencia del trabajador a jubilar y facilitando la transición progresivamente. Todo hecho que origina un nuevo status se acompaña de ritos que proporcionan un marco comunitario que facilita la aceptación del nuevo rol. Sin embargo, la transición de trabajador activo a jubilado apenas se reviste de ceremonial. De modo excepcional se celebran ceremonias colectivas o individuales, entregas de obsequios y diplomas pero abarcan sólo a una pequeña parte de las personas próximas a la jubilación. Además, aunque reconocen los servicios del pasado, no prestan ninguna atención al futuro status del jubilado.

### **2.3.3. Después de la jubilación.**

Se han identificado diferentes fases que pueden o no existir para cada jubilado y se mencionan solamente como marco de posibilidades:

#### **a) Luna de miel.**

Primera etapa de la jubilación en la que el individuo posee motivación para experimentarla. Básicamente se adoptan dos alternativas con todas las variantes intermedias, ocupación-actividad o descanso-tranquilidad. En ocupación-actividad (supuestos suficiente salud y dinero) el individuo emprende con ilusión una serie de actividades que el trabajo le había impedido realizar. Con frecuencia implica una ocupación intensa del tiempo que hace exclamar a la persona: Nunca había

estado tan ocupado como ahora que me he jubilado. descanso-tranquilidad constituye una reacción opuesta a la de ocupación-actividad en la que el jubilado desea no hacer nada y disfrutar de todo el descanso de que no pudo disponer en su trabajo.

## **b) Estabilización.**

Actividades rutinarias. La primera etapa de la luna de miel dura poco, a lo sumo unos meses, y se pasa a la fase de estabilización. Algunos jubilados se mantienen en la fase de descanso-tranquilidad hasta el fin de sus días, pero la mayoría busca una cierta rutina que sustituya a la que tenía durante su trabajo. Lo que consigue con una variedad de actividades u obligaciones que se impone o le imponen. No existen reglas sobre qué actividades pueden dar respuesta a su necesidad de ocupación, de responsabilidad y de reconocimiento de su status social, pues la variedad de posibilidades resulta ilimitada, teniendo en cuenta la diversidad individual y familiar y la multitud de actividades que puede emprender.

Desencanto-reorientación. Algunos jubilados, al finalizar la etapa de la luna de miel, no pueden encontrar actividades rutinarias satisfactorias y pasan por una etapa de desencanto que en ciertos casos, puede llevar a la depresión. Las esperanzas sobre la jubilación y sus ventajas no se cumplen y la persona se siente estafada por la sociedad a la que ha entregado su vida laboral. El desencanto resulta más difícil de combatir cuando existe un hecho negativo que

lo alimenta, como por ejemplo una invalidez, pérdida de salud, pensión insuficiente, muerte del cónyuge, etc. El desencanto requiere una reordenación de los fines de la jubilación y pasar a la etapa de reorientación, semejante a la de actividades rutinarias. En la misma se establecen fines realistas para el período, teniendo en cuenta los recursos de todo tipo, económicos, de salud, de relaciones, etc. En esta fase se descubren con frecuencia los clubes, hogares de jubilados anteriormente ignorados.

### **c) Dependencia.**

Se dice que afecta sólo a un pequeño porcentaje (5.7%) del total de ancianos e implica pasar del status de jubilado sano e independiente al de persona con limitaciones que necesita ayuda. Termina en algunos casos con la invalidez, incapacidad física, dependencia o cualquier hecho que impida al jubilado una situación independiente. El internamiento permanente en instituciones de asistencia total supone la última etapa de la dependencia y la renuncia a las últimas libertades personales.

## **2.4. TRABAJO**

### **2.4.1. Estructura**

#### **A. Trabajo moderado**

Muchas de las concepciones sobre el trabajo inspiradoras de la política económica y social se basan en situaciones del pasado difícilmente reproducibles

en el futuro. La ancianidad se ve especialmente afectada por las limitaciones del trabajo existente, por estereotipos sobre su capacidad laboral y por la definición clásica del trabajo como obligación poco placentera de la que se jubilan los humanos con el correr de los años.

## **B. Trabajo y personas de edad**

*“El significado moderno de trabajo industrial lo considera incompatible con la ancianidad: el trabajo es cosa de adultos y jóvenes”<sup>(11)</sup>.*

Anteriormente el trabajo se realizaba no como mera transacción por el salario sino con un significado global: el trabajo artesanal en un oficio suponía una situación vital permanente, con una estructura ocupacional definida con criterios de promoción, status y asistencia hasta la ancianidad. El viejo artesano no era excluido súbitamente de la actividad laboral, siendo el gremio su protector en la mayor edad y hasta responsable del entierro. En el trabajo agrícola la situación era también global; aunque dependiente, el siervo de la tierra residía permanentemente en una explotación al servicio del señor para quien trabajaba y de quien recibía protección. Hasta la época industrial, el trabajo era una actividad vital total que englobaba no sólo la prestación del esfuerzo sino otros aspectos vitales.

La estructura social proporcionaba un marco de relaciones familiares y de clase más amplio que el trabajo, el cual se heredaba como también las circunstancias sociales y económicas que lo rodeaban. Cuando surgen los ideales de libertad personal y el naciente capitalismo tiene necesidad de mano de obra para sus empresas, aparece mano de obra abundante procedente del campo que se dirige a las ciudades para encontrar nuevas formas de vida. El trabajo industrial resultaba muy diferente del agrícola y artesanal, con exigencias físicas y psíquicas tan desagradables como agradable resulta la estabilidad del salario, comparada con la inestabilidad de los ingresos en el campo. Diferentes acontecimientos contribuyen a confirmar la naturaleza gravosa del trabajo industrial: la explotación de los asalariados, el análisis de Marx, la aceleración de los ritmos de trabajo. Su naturaleza alienadora se generaliza, por lo cual debe ser patrimonio solamente de los adultos fuertes excluyendo de ella a los más débiles, niños y ancianos.

Trabajo y ancianidad se consideran en la sociedad industrial realidades opuestas o al menos difícilmente compatibles, evocando roles contradictorios.

Trabajo (rol activo): productivo; generador de renta; exigencias físicas, psíquicas y sociales; ritmo intenso; obligación; carga; responsabilidad.

Ancianidad (rol pasivo): no productiva; perceptora de pensión; poca aptitud física y psíquica; ritmo vital lento; exención de obligaciones y responsabilidades.

Esta división constituye una simplificación de la realidad, pero la ancianidad sigue configurándose como un período de la vida caracterizado por la ausencia de trabajo. Poco importa que la realidad de los trabajadores por cuenta propia, profesionales o agricultores independientes, muestre que se puede trabajar normalmente hasta el fin de la vida; la ancianidad se define como un período de no trabajo y esta actitud se refleja en multitud de términos aplicables a las personas de edad, clases pasivas, jubilados, cesantes, pensionistas y afirma la relación ancianidad - no trabajo en la mentalidad popular. Estadísticamente se mide por la tasa de actividad por edades que desciende en todos los países a partir de los cuarenta o cincuenta años.

#### **2.4.2. Aptitud: mitos y hechos según Ricardo Moragas:**

Primer mito: la productividad del trabajador anciano es menor.

Hecho: existe disminución de la fuerza y resistencia musculares pero la mayoría de los trabajos actuales tienen exigencias que pueden satisfacer la mayoría de las personas sanas hasta los setenta o más años. El tiempo de reacción del anciano en el trabajo es mayor pero su experiencia compensa sobradamente esta limitación. Los trabajadores ancianos van ejecutando a través de su vida laboral estrategias para enfrentarse a los problemas, las cuales compensan sus limitaciones físicas o cognitivas.

Segundo mito: el trabajador anciano tiene mayor ausentismo y más accidentes.

Hecho: los trabajadores de edad sanos poseen menores índices de ausentismo y de tener algún accidente que los jóvenes. Se han proporcionado diferentes explicaciones a esta aparente contradicción: mayor motivación para mantenerse en el puesto de trabajo, por las dificultades que experimentaría si lo perdiera, mayor experiencia para evitar peligros que conoce y valores de estabilidad que los trabajadores actuales no comparten.

Tercer mito: el trabajador anciano se halla menos satisfecho que los más jóvenes.

Hecho: los trabajadores de edad se hallan más satisfechos según las últimas encuestas; los que tienen un puesto de trabajo lo valoran y están contentos de poder trabajar.

La prueba de que los trabajadores de edad pueden ser competentes y efectivos se halla en los tiempos de guerra cuando los jóvenes parten hacia el frente y las industrias bélicas recurren a los jubilados, sin que los niveles de productividad desciendan.

Frente a los mitos de la ineptitud laboral del trabajador anciano basta recordar el trabajo de los agricultores independientes, de los profesionales, de los artesanos de cualquier época pasada en las que no existía el concepto de trabajador

jubilado, sino el de trabajador realizando su labor de acuerdo con sus posibilidades, como existe aún hoy en el medio rural, donde niños y ancianos se ocupan de las tareas agrícolas junto a los adultos. En último lugar debe reconocerse que muchos ancianos trabajan por necesidad económica, aquellos cuyas pensiones no alcancen para satisfacer sus necesidades, siempre que encuentren ocupación efectiva.

### **C. Edad cronológica**

A fines del siglo XIX aparecen las primeras regulaciones sobre edad de jubilación, fijada inicialmente en setenta años y progresivamente rebajada. Desde hace diez años han comenzado a revisarse los límites de edad o derecho al trabajo que reconocen todas las constituciones. Actualmente, la nueva tendencia en decisiones judiciales o disposiciones administrativas reconoce cada vez más el derecho al trabajo del ciudadano sin consideración a su edad, mientras posea las aptitudes necesarias. Sin embargo, aunque se vayan suprimiendo las limitaciones en los textos legales, los usos sociales limitan y reducen las edades laborales y de la misma forma las empresas y la propia administración pública siguen prefiriendo a los trabajadores jóvenes y las edades de jubilación se reducen continuamente, llevando a cabo la prolongación de la inactividad, recorta el tiempo de actividad de la población, hablando de planes de vejez, de jubilaciones anticipadas, etc. Así en el fondo, lo que hace es acortar el factor tiempo en el ser



## CAPÍTULO III

### DEPRESIÓN

***“Ha de andar en lugar sombreado, y se ha de abstener de trato carnal. Beberá muy moderadamente el pulque (bebida fermentada obtenida de un agave) y mejor no lo beba, si no es como medicina. Dedíquese a cosas alegres, como es el canto, la música, el tocar los instrumentos con que acostumbramos acompañar nuestras danzas públicas”.***

***Juan Badino (Códice Badiano) 1552***

#### 3.1. ANTECEDENTES

Aún cuando el uso del término depresión se remonta a un cuarto de siglo, siendo por lo tanto contemporáneo del advenimiento de la psicofarmacología, el cuadro patológico en su forma severa fue descrito desde la época grecorromana con el nombre de *melancolía*. Ya en el siglo IV a. de C., Hipócrates afirmaba que, desde el punto de vista médico, los problemas que hoy llamamos psiquiátricos estaban relacionados por la reacción conjunta de los cuatro humores corporales: sangre, bilis negra, bilis amarilla y flema, y que la melancolía era producida por la bilis negra, o atrabilis. *“En los primeros siglos de nuestra era, Celsus, en su libro De re medica, y Arateo de Cappadocia, en Enfermedades agudas y crónicas, hablaban de la manía y de la melancolía como problemas médicos”* <sup>(12)</sup>.

Es Giesinger en 1845 el primero que llevó a cabo una detallada descripción de la depresión. Observó las vagas manifestaciones tempranas y el papel que éstas juegan en el desarrollo de otras formas de enfermedad mental.

Enrique Guarnier comenta de acuerdo a sus investigaciones lo siguiente:

*“La primera contribución importante por parte de los psicoanalistas al problema de la depresión proviene de Karl Abraham, quien en 1911 observó en los casos neuróticos, que algunos abandonaban sus impulsos sexuales sin obtener gratificación. El enfermo se siente poco amado y por lo tanto es incapaz de querer a los demás. Abraham se dio cuenta de la diferenciación con la psicosis maniaco – depresiva después de analizar seis casos. En todos ellos observó que el odio había paralizado la capacidad de amar. Este sentimiento producía culpa y autorreproches, lo cual incrementaba la depresión”<sup>(13)</sup>.*

En 1916, Abraham concluye que los deprimidos han llegado de una manera regresiva a la primera escala del desarrollo y considera que la hostilidad del melancólico se dirige en contra de la madre. El contenido de los autorreproches son en última instancia una crítica despiadada contra la figura materna, como resultado del destete. Para demostrar lo anterior, Abraham hace hincapié en dos síntomas relacionados con los alimentos y que observamos frecuentemente en

los pacientes deprimidos, especialmente en los psicóticos: el rechazo de la comida y el temor de morir de hambre.

En 1915 escribió Sigmund Freud y publicó en 1917 uno de sus trabajos mejor escritos: *Duelo y Melancolía* donde considera que la melancolía se asemeja al duelo, dado que ambas suceden ante una pérdida, la cual puede ser: “una abstracción que ha tomado el lugar de una persona amada, como la patria, la libertad, un ideal, etc.”<sup>(14)</sup>. Desde el punto de vista observacional no debemos detenernos solamente en la búsqueda de los objetos externos o equivalentes cuya pérdida pueda haber determinado la reacción del sujeto, sino también el grado de deterioro que éste siente en su inserción dentro de su escala de valores (narcisismo) y que haya afectado su autoestima. El deprimido no necesariamente habrá perdido al objeto en la realidad, pero esto puede haber sucedido de una forma intrapsíquica, lo cual quiere decir que la liga emocional hacia él mismo resultará rota de una manera inconsciente, debido probablemente a un desengaño.

En 1925 y con un esfuerzo por definir entidades absolutas en Psiquiatría, Emil Kraepelin separó los diferentes complejos sintomáticos y redujo las psicosis a dos divisiones esenciales, los episodios sin daño procesal en el pensamiento, o sea la enfermedad maniaco - depresiva y aquellos con deterioro progresivo de la personalidad, es decir, la demencia precoz, denominada posteriormente como esquizofrenia.

Lange en 1928, discípulo de Kraepelin, fue el primero que llamó la atención sobre las depresiones que se desarrollan como resultado de la angustia que representa el vivir. El término depresión neurótica fue adoptado en 1930 por Gillespie añadiéndole el concepto de reacción ante las circunstancias adversas.

El gran incremento mundial de la depresión en los últimos años y la enorme cantidad de enfermos con cuadros sintomatológicos en donde no están incluidos los cuadros psicóticos o neuróticos, motivaron a los expertos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) a establecer un nuevo grupo en la IX Revisión de la Clasificación Internacional de enfermedades, que empezó a ser utilizada en enero de 1979. Este grupo, bajo el rubro 311 y con el nombre de Trastorno depresivo no clasificado en otra parte, incluye a los pacientes que presentan este cuadro patológico penoso y molesto, pero definitivamente curable con los recursos médicos actuales.

### **3.2. DEFINICIÓN DE DEPRESIÓN**

Howard C. Warren define que es un estado emotivo de actividad psicofísica baja y desagradable, que puede ser normal o patológico. *“Es preferible llamar abatimiento a la manifestación normal, aludiendo al estado de desaliento del espíritu”*<sup>(15)</sup>. en un sentido patológico, la palabra depresión designa una

disposición psíquica de desesperación y un abrumador sentimiento de insuficiencia y de bajeza.

Hugo Bleichmar (1976), define el término depresión como un estado que tiene como condición la pérdida de una relación objetal, y en la cual el contenido ideativo es el de que dicha pérdida torna imposible la realización de un deseo al que se está intensamente fijado.

Es complicado encarar la clasificación, y las concepciones sobre depresión que han sido propuestas ya que nunca han llegado a satisfacer a todos los psiquiatras. Parte de 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. De cualquier manera, aún esto sigue siendo oscuro y para llegar a un entendimiento habría que adoptar una postura ecléctica como la de D. García Reinoso (1975) en la que refiere que el síntoma principal del síndrome depresivo es la tristeza, con la que se vinculan otros síntomas. En enfermedad depresiva la manifestación habitual es el síndrome depresivo, con la tristeza como síntoma dominante. Pero esto es cuestionado por otros autores, que sostienen que no es la tristeza el síntoma principal del síndrome depresivo.

### 3.3. CARACTERÍSTICAS DE LA DEPRESIÓN

Guarner Enrique comenta que *“en los casos severos de depresión, los enfermos muestran una cara triste y contraída, con gran expresión de pesadumbre en la cual llama la atención la falta de lágrimas, o sea el llorar en silencio. La frente se encuentra arrugada y aparece el pliegue triangular en el entrecejo, descrito por Veraguth y que se forma por la contracción de los músculos frontales. Las comisuras labiales se desvían hacia abajo”*<sup>(16)</sup>.

El paciente se arrastra con la cabeza hundida, casi apoyándose sobre las paredes y rehuyendo la mirada de quienes lo rodean. Todos los movimientos se encuentran inhibidos y si llegan a efectuarse, ocurren lentamente y con dejadez. Su aspecto es descuidado y sus maneras cohibidas y silenciosas. Sus respuestas son lentas, la voz leve, monótona y generalmente quejumbrosa. Sólo habla de cosas tristes. No existe forma de animarle y casi no muestra los pensamientos propios que lo caracterizaron con anterioridad. Se le hace difícil el trabajo ordinario y experimenta una total falta de concentración. Por ello se ve obligado a laborar con mayor intensidad, para obtener la mitad de los resultados precedentes.

La inhibición de los movimientos, síntoma descrito por Kraepelin, hace que los pacientes permanezcan callados y casi inmóviles. Cuando ésta se agrava, lleva al más profundo estupor. En ese estado los enfermos llegan al extremo de orinar o

defecar en la cama. A veces incluso, presentan rigidez cerea. Es importante fijar el diagnóstico diferencial en la catatonía y para ello el interrogatorio detallado nos permitirá establecer la discrepancia en los orígenes de los dos padecimientos. Además en la melancolía los gestos indican dolor. También en la catatonía se presentan fenómenos vasomotores y en la depresión nunca se observan tales manifestaciones circulares.

En los casos de agitación percibimos lo contrario. Los enfermos se quejan en voz alta, gesticulan, corren y ejecutan movimientos desordenados, incluso violentos. A veces amenazan.

En las depresiones neuróticas es posible observar que la conducta no sufre modificaciones ostensibles. El yo mostrará menos defensas que las habituales al carácter propio del paciente. Estos guardan las convenciones sociales y nunca se muestran tan inhibidos. Nos dan respuestas y a veces hasta parece que sonríen, pero quien los observe con atención, percibirá que la persona está desanimada e insatisfecha. En el fondo también se ha perdido un objeto, pero la ambivalencia hacia él era menor.

En los casos de depresión leve, los enfermos explican sus síntomas, como una situación de tristeza o de nostalgia, lo cual en el fondo puede significar falta de odio hacia el objeto perdido. Todo cuanto en el fondo manifiestan es auténtico,

puesto que su capacidad para trabajar ha ido disminuyendo y es probable que su futuro no sea fácil.

Equivalentes somáticos de la depresión pueden ser la fatiga y el dolor. La primera es resultado de los esfuerzos del paciente para disminuir las tensiones creadas por el conflicto emocional. El dolor es usualmente vago o generalizado. En ocasiones se manifiesta como un simple malestar en la cabeza o jaqueca que es una forma de controlar el impulso agresivo. Otro sustituto de la depresión puede ser usar el dinero comprando objetos para asegurarse que el yo no se ha empobrecido y así establecer la sensación de sentirse bien, por medio de suplementos narcisistas del exterior.

Todas estas formas de enmascarar la depresión, son simples defensas utilizadas para no encarar la enfermedad melancólica propiamente dicha. Numerosos pacientes sufren incluso intervenciones quirúrgicas por quejas somáticas no especificadas que son profundas alteraciones afectivas.

De acuerdo a los estudios realizados por Leopoldo Salvarezza 1972, comenta que existen diversos trastornos del ritmo del dormir que pueden ir desde la hipersomnia diurna hasta grados variables de insomnio, pero lo característico es la frecuencia de pesadillas de las cuales se despierta angustiado, y la constancia de sueños del tipo de los que se presentan en las neurosis traumáticas, es decir con la presencia manifiesta y reiterada del objeto perdido. El paciente se ve



desaliñado, descuidado en su aspecto personal y en el de su casa. Es frecuente que desarrolle o intensifique hábitos alcohólicos o de drogadicción, especialmente a psicofármacos automedicados. Esta etapa puede durar varias semanas. Pueden aparecer con frecuencia los autorreproches con una carga de culpa muy alta; se acentúa la abulia y el paciente aparece irresoluto y temeroso. La vivencia del motivo determinante aparece ya lejana y hasta él mismo puede perder la conexión entre causa y efecto al sentir que su estado actual es inexplicable y sin solución. En esta etapa pueden producirse alteraciones profundas y duraderas de la estructura de la personalidad, pero en general el sentido de realidad está conservado. No obstante, la posibilidad de suicidio es cierta, por lo que es preciso tener cuidado especial y sobre todo, contar con el apoyo de familiares o allegados para cuidarlo.

### **3.3.1 Trastornos Somáticos.**

De acuerdo a los estudios realizados por el Dr. J.L. Ibor, menciona que *“la depresión en la vejez es un proceso psicosomático”*<sup>(17)</sup>. El inicio y el curso de la senectud llevan las huellas de lo que el individuo fue en épocas anteriores; su capacidad de adaptación moldea su yo para hacer frente al declinar del sí mismo con cierta ecuanimidad. La depresión en la vejez es como fue a lo largo de toda la vida a partir de la niñez, es decir, miedo a la separación, reacción ante la pérdida, duelo por el sí mismo, que no funciona como el órgano eficiente que una vez fue,

y por la pérdida del control del yo, que ya no puede dirigir sus experiencias emocionales de manera adecuada.

Fenichel Otto (1994) escribe acerca de la Facilitación Somática lo siguiente:

*“En todos estos síntomas la catexis total de los impulsos censurables parece condensarse en una función fisiológica determinada. La elección de la región afectada es determinada:*

- 1. Por las fantasías sexuales inconscientes y la correspondiente erogeneidad de la parte afectada.*
- 2. Por hechos puramente físicos. Está a la vista que un síntoma utilizará más fácilmente un órgano que representa un locus minoris resistentive.*
- 3. La elección del órgano puede depender de la situación en que tuvo lugar la represión decisiva.*
- 4. Algunas veces la elección del órgano afectado parece depender más bien de la capacidad, de parte de la función de un órgano dado, de expresar simbólicamente el impulso instintivo en cuestión.”<sup>(18)</sup>.*

Los trastornos somáticos en la tercera edad pueden aparecer desde el primer contacto que tiene el sujeto con el médico. Acude al consultorio quejándose de diversas dolencias sin poder establecer conexión entre ellas y el motivo

desencadenante. Los síntomas más frecuentes son digestivos: disfagia, dispepsia y constipación; malestares cardíacos y, cuando previamente ha estado conservado, el deseo sexual disminuye, con frigidez o impotencia.

Muchas veces ocurre que el paciente se queja de un solo síntoma y deambula de médico en médico sin encontrar alivio a su dolencia y sin presentar signos que delaten su depresión. Cuando finalmente alguno consigue detectar en la anamnesis indicios llamativos y comienza a ligarlos, se da cuenta de que lo que hay de por medio es una verdadera depresión, de la cual el síntoma es sólo la expresión simbólica.

### **3.4. CLASIFICACIÓN**

La clasificación del síndrome depresivo siempre ha sido objeto de múltiples investigaciones y controversias, estableciéndose con frecuencia una diferencia entre las formas reactivas y las endógenas. La historia clínica de algunos pacientes muestra causas ambientales y psicológicas como factores determinantes aparentemente obvios; entonces, la depresión es llamada exógena o reactiva; en otros, no hay factores desencadenantes evidentes, y la depresión es considerada como endógena. En la práctica es difícil distinguir los límites entre estos dos supuestos subgrupos. Además, muchos psiquiatras utilizan el término depresión endógena como equivalente de depresión psicótica.

### 3.5. TIPOS

Para diferenciar con claridad los tres tipos de depresión se debe recalcar lo siguiente: en la depresión psicótica los elementos genéticos desempeñan un papel muy importante; se caracteriza por la seria alteración de la personalidad, pérdida de la autocrítica y choque importante con el medio. En la depresión neurótica la personalidad del sujeto ha sido mal integrada durante la etapa evolutiva, debido a problemas importantes que se presentan durante la infancia o la adolescencia. En la depresión simple la personalidad no sufre ningún trastorno, por lo que no se le considera como un trastorno psiquiátrico en el sentido hasta ahora reconocido para el término; el enfermo es una persona con un estado satisfactorio de salud mental, cuyos problemas psicológicos, ecológicos o sociales le han provocado un desequilibrio bioquímico que afecta el metabolismo de las aminas biógenas cerebrales, originando el cuadro depresivo. Cuando el paciente se recupera, actúa seguro de no haber sufrido en algún momento un trastorno mental.

### 3.6. DIFERENCIA ENTRE DUELO Y DEPRESIÓN

La pérdida de un ser querido, una situación desfavorable (económica, de poder, etc.), o el enfrentamiento a situaciones aflictivas pueden originar en cualquier persona un estado de tristeza o pena al que llamamos duelo y que se considera

normal en el sentido de que se espera que ocurra, dada una situación determinada.

El duelo incluye tres períodos: el de desesperación, el de depresión y el de adaptación. Durante el primero se presenta un estado de choque emocional con pérdida del apetito, insomnio, fatiga, inquietud o apatía, llanto, sollozos y agravación o descompensación de las enfermedades preexistentes. La realidad de la pérdida puede no ser aceptada, e incluso puede ser negada durante los primeros momentos, lo cual se suele acompañar de sentimientos de falta de sentido de la existencia, de la vacuidad de todo, de la facultad de la lucha y de la inutilidad del esfuerzo y del sacrificio.

El período depresivo trae consigo tristeza, desinterés, incapacidad de amar, e inhibición psicomotriz. El período de adaptación comienza cuando el individuo empieza a darse cuenta de la realidad y fijarse nuevos objetivos. Para ello tiene que ir retirando del objeto perdido sus cargas afectivas, lo que significa la “metabolización” progresiva del estado depresivo. La duración del duelo es variable, y va desde unas cuantas semanas hasta varios meses. Cualquier variación del cuadro descrito, ya sea debida a la duración o a la intensidad de los síntomas, debe considerarse patológica.

### 3.7. DEPRESIÓN EN LA EDAD SENIL

De acuerdo a las investigaciones que se han llevado a cabo, muestran la totalidad de los estudios demográficos recientes que registran un aumento importante en la población de edad avanzada, por tanto *“es absolutamente indispensable que el profesional de la salud conozca los aspectos psicológicos y psicopatológicos de esta edad”*<sup>(19)</sup>.

Leopoldo Salvarezza señala la década de los años 70 como la década de la depresión por su enorme incidencia epidemiológica.

Asimismo, y puesto que el envejecimiento no es en sí una enfermedad, el límite entre el proceso fisiológico del mismo (senescencia) y el envejecimiento patológico (senilidad) no está claramente establecido desde el punto de vista científico, por lo que no es raro encontrarse junto a “viejos” de 40 años a octogenarios sólidos y gallardos. La edad cronológica, por tanto, no parece tener un valor absoluto, a pesar de ser un elemento indispensable en los estudios estadísticos de población.

Desde el punto de vista histórico, el promedio de vida ha pasado de 30 años – en el siglo de Pericles – a más de 70 en 1980, en los países occidentales. Según las culturas y las épocas, la vejez ha sido asimilada alternativamente con la senescencia o con la senilidad; algunos grupos humanos han seguido durante

siglos el consejo de los ancianos en los aspectos trascendentales de sus actividades comunitarias; en otros, por el contrario, el viejo ha sido aislado y despreciado.

La depresión es un padecimiento que no respeta sexos ni edades, por lo que se considera que las depresiones tardías no son una entidad nosológica particular, y que cursan de acuerdo con los mismos principios de las que aparecen en otras etapas de la vida; son, por tanto, susceptibles de tratamiento con las técnicas terapéuticas habituales. Se ha llegado a pensar que numerosos estudios epidemiológicos han establecido que la frecuencia de los cuadros depresivos aumenta con la edad, considerando la depresión como enfermedad típica de la vejez; y de acuerdo con un gran número de reportes de investigadores, este tipo de trastornos supera con mucho en los ancianos a los cuadros psicopatológicos asociados con cambios estructurales del tejido cerebral.

Sin embargo, los tratados de psiquiatría suelen diseñar un cuadro clínico de la depresión en la edad senil cuyos ingredientes básicos estarían constituidos por una mayor frecuencia de la agitación, de las somatizaciones y de los elementos paranoides y delirantes de ruina, así como por la rareza de la inhibición psicomotora. Se dice que en un gran número de casos en que la persona de edad avanzada presenta un cuadro de depresión simple, el cuadro clínico no difiere en forma sustancial del que se presenta en otras edades del adulto.

Se ha pensado que en algunos casos en que existe insuficiencia circulatoria cerebral, el cuadro depresivo tiene una sintomatología atípica, por la polipatología subyacente. Un mismo paciente, debido a su depresión, puede estar abúlico al despertar, y cansado, asténico y hasta confuso al anochecer debido a su problema circulatorio. Algunos ancianos deprimidos suelen quejarse de mala memoria atribuible a una atención deficiente, por su inhibición, que restringe la fijación y limita la evocación. Pero si al mismo tiempo presenta amnesia anterógrada provocada por un síndrome orgánico cerebral incipiente, el grado y tipo de olvido atribuible a uno u otro proceso suele ser casi imposible de discriminar. Para ello es preciso esperar a que termine el proceso depresivo.

En términos generales, Calderón Narváez propone las siguientes indicaciones entre las depresiones de la edad avanzada o senil con los siguientes puntos: <sup>(20)</sup>

- No hay una razón válida que mantenga la entidad nosológica “melancolía involutiva”. No existe una separación de los frecuentes síndromes depresivos que se presentan en los jóvenes.
- El estado de salud física se debe considerar, ya que tiene una relación estadística con el comienzo de cuadros depresivos en los ancianos, tomando en cuenta que suele aparecer el síndrome depresivo entre dos o tres meses después de una enfermedad importante o de una intervención quirúrgica.
- Existen algunas depresiones que son la primera manifestación de un síndrome parkinsoniano, al que se unirán posteriormente el temblor y/o la rigidez; también en estos casos las depresiones se superponen.



- En los cuadros patológicos orgánicos que suelen presentarse durante la tercera edad, puede brotar un cuadro depresivo. Esta situación la debe tener muy presente los médicos generales y los especialistas no psiquiatras, ya que si bien el tratamiento médico o quirúrgico del padecimiento básico no es de resultados muy limitados, la posibilidad de lograr la recuperación de un enfermo, es una buena alternativa, que va a mejorar al paciente.
- Se debe tener siempre en cuenta la frase tantas veces pronunciada de que *no se encuentra lo que no se busca*, y recordar que esta situación es especialmente frecuente en la clínica geriátrica.

### 3.8. DIAGNÓSTICO

Evaluación y diagnóstico clínico en las personas de la tercera edad.

De acuerdo a los estudios realizados por Carstens Laura y Edelstein Barry A. (1987), evalúan y diagnostican clínicamente a las personas de la tercera edad de la siguiente forma:

*“Una evaluación clínica completa de la depresión o de la manía debería incluir un examen físico y una historia para averiguar la fecha de inicio de los síntomas, el número de episodios anteriores de trastornos afectivos, el tratamiento seguido y su eficacia, los problemas físicos reales versus los imaginados y la medicación que ha tomado el paciente, que podría haber producido síntomas parecidos a los de depresión. Los tests diagnósticos*

*pueden ser útiles para diferenciar un deterioro real de la memoria de un deterioro imaginado y, por lo tanto, ayudan a descartar la demencia senil.*

*La depresión en una persona de edad puede manifestarse por sí misma de modo muy distinto a las manifestaciones que se observan en personas más jóvenes, creando problemas en el diagnóstico. Por ejemplo, los ancianos tienen más posibilidades de enmascarar su depresión que los individuos más jóvenes. La depresión, independientemente de su severidad, con un predominio de quejas somáticas o, incluso, un deterioro cognitivo (denominado pseudodemencia), podría ser pasada por alto o mal diagnosticada en las personas de edad cuando, un test formal no demostrara deterioro de esta función”<sup>(21)</sup>.*

### **3.9. TRATAMIENTO**

La mayoría de los pacientes de edad, cualquiera que sea su diagnóstico primario, suelen tener problemas de salud, tanto médicos como psiquiátricos. Hay que tener en cuenta este hecho a la hora de discutir la prevención de la depresión y su tratamiento en el paciente anciano. Los médicos pueden ayudar a prevenir la enfermedad mental en sus pacientes ancianos mejorando la salud física general del paciente y tratando cualquier enfermedad existente. Cuando disminuye la gravedad de la enfermedad física, mejora la salud mental, disminuyendo así el alto riesgo de suicidio de este grupo de población. El suicidio ocurre con una

que llevan más tiempo con proporciones importantes de población anciana reconocen que para ello es necesario dar la importancia del trabajo durante la vida activa y dignificar socialmente el descanso de los jubilados, afirmando la validez del ocio en sociedades que han idolatrado el trabajo, sus consecuencias económicas y su prestigio social. Hay que superar ciertos planteamientos mentales economistas que consideran a los jubilados como pasivos que defraen bienes y servicios de la economía sin aportar nada. De ahí a la eutanasia activa por razones económicas se puede llegar con más rapidez de lo que parece. Sin embargo, esta mentalidad se halla presente en disposiciones sobre servicios gerontológicos que los consideran gastos no productivos en vez de inversiones sociales. Cuando esta mentalidad pasa de los políticos a la población, se cae fácilmente en la pasividad general que elude las responsabilidades familiares por el cuidado y asistencia de los mayores; se supone que la familia solo debe preocuparse de inversiones productivas, educación de los hijos, ampliación del hogar familiar, aumento de los activos patrimoniales, trasladando las responsabilidades por el cuidado de los ancianos al Estado, con lo que el gasto público aumenta y la calidad de la asistencia se degrada.

Para el siglo XXI y vistas las nuevas realidades predominantes en el mundo contemporáneo, se prevé un cambio en la consideración de la jubilación, de la visión económico - productiva a una visión psicosocial en la que, sin olvidar los aspectos económicos, se pase de un rol diferente que reconozca que, aparte del rol laboral de trabajador activo, pueden existir otros roles relevantes socialmente

para el jubilado. Para desarrollar dichos roles aparece actualmente el tiempo libre constructivo y muy alejado del antiguo ocio, consistente en no hacer nada o pasividad casi total. Para consolidar el tiempo libre como actividad socialmente relevante surge la formación de profesionales, la organización de cursos, la investigación psicosocial sobre sus fines y posibilidades y, por encima de todo, la consideración social de que el ocio puede ser una actividad tan válida como el trabajo productivo para los que se hallan sin posibilidades de trabajo y lo han empleado durante décadas.

### **A. Variedades**

La jubilación ha pasado de ser un hecho uniforme que se alcanzaba al cumplir la edad cronológica de sesenta y cinco años a convertirse en un fenómeno variado según las condiciones del puesto de trabajo, sector económico y condiciones subjetivas del sujeto. Se examinan a continuación algunas de sus variedades.

#### **a) Por la libertad del sujeto.**

**Jubilación voluntaria.** Ocurre cuando la persona decide el momento en que tiene lugar. Puede afirmarse, como en tantos acontecimientos de la vida social y económica, que toda jubilación se halla condicionada por datos objetivos y subjetivos que influyen en la voluntad individual. La antigüedad en las cotizaciones a la seguridad social constituye el primer condicionante para tener

frecuencia alarmante entre las personas de edad avanzada, particularmente entre los varones, con una correlación más elevada de suicidio entre los que presentan enfermedades físicas y trastornos depresivos. La terapia de los cuadros depresivos en la edad senil implica el tratamiento farmacológico, el psicológico, el electroconvulsivo y el social, según Calderón Narvaez en su libro *Depresión, Causas y Manifestaciones* (1996).

La aplicación clínica de una orientación psicodinámica para el estudio acerca del envejecimiento ha hecho emerger en la práctica médica, y aun en la práctica psiquiátrica tradicional, una relación más humanizada médico paciente, que enriquece y completa el simple acto de prescribir fármacos, dar consejos y, en última instancia, de utilizar el electrochoque.

De acuerdo a los estudios realizados por el Dr. J. Ibor acerca de la psicoterapia que se debe llevar para las personas de la tercera edad, menciona *que los antidepresivos mejoran la sintomatología y tienen un efecto rápido sobre la depresión. Asimismo, el que la persona que sufre una depresión que puede llegar a ser terrible tiene como opción que esté en tratamiento para que mejore el ajuste social y las relaciones interpersonales*<sup>(22)</sup>. Existen diversos tipos de psicoterapia, pero pueden reducirse a dos grandes orientaciones: psicoterapia dinámica y conductista. En donde la psicoterapia dinámica estudia los conflictos que operan desde el inconsciente y sostienen que el origen de los mismos viene de la infancia; no le preocupan especialmente los síntomas. Los conductistas en

cambio, piensan que las conductas provienen de algún aprendizaje. Además que las conductas depresivas pueden modificarse, por tanto, mediante diversas técnicas. Este tratamiento suele ser más corto que el anterior. Estos tratamientos normalmente son eficaces dependiendo del caso o paciente al que se aplique. Por otro lado, la persona deprimida no tiene culpa de nada; el abatimiento o apatía es un síntoma que no se puede evitar. Sin embargo, cuando el enfermo va mejorando, es conveniente que tenga más actividad.

## **CAPÍTULO IV**

### **METODOLOGÍA**

Se ha observado que una gran parte de la población que recién se jubila, en muchas de las ocasiones atraviesan por crisis depresivas interrelacionándose con psicopatizaciones.

#### **4.1 PROBLEMA**

Sabemos que la población de jubilados es vulnerable a altos índices de trastornos de psicopatización que pueden aparecer desde el primer contacto que tiene el sujeto con el médico después de jubilado. Acude al consultorio quejándose de diversas dolencias sin poder establecer conexión entre ellas. Sin embargo, parece importante señalar el incremento de enfermedades que surgen a partir del punto en que se jubila un sujeto, es importante preguntarse qué es lo que provocan estos padecimientos, por lo que nos hacemos esta pregunta:

**¿EXISTE RELACIÓN ENTRE LA DEPRESIÓN DEL JUBILADO Y LAS PSICOPATIZACIONES QUE PRESENTA?**

## 4.2. HIPÓTESIS

El incremento de psicopatizaciones puede deberse a la depresión causada por la jubilación, por lo que la hipótesis del presente trabajo es la siguiente:

Las enfermedades psicopatáticas que presentan los jubilados se relacionan con el nivel de depresión que presentan.

### Hipótesis Estadísticas

**Ho<sub>1</sub>** *Las personas jubiladas no presentan un alto índice de depresión.*

**Hi<sub>1</sub>** *Las personas jubiladas presentan un alto índice de depresión.*

**Ho<sub>2</sub>** *Las personas jubiladas no presentan psicopatizaciones.*

**Hi<sub>2</sub>** *Las personas jubiladas presentan psicopatizaciones.*

**Ho<sub>3</sub>** *Las enfermedades psicopatáticas que presentan las personas jubiladas no se relacionan con su nivel de depresión.*

**Hi<sub>3</sub>** *Las enfermedades psicopatáticas que presentan las personas jubiladas se relacionan con su nivel de depresión.*



### 4.3 VARIABLES

**Variable Dependiente:**

✓ PSICOSOMATIZACIÓN

**Variable Independiente:**

✓ DEPRESIÓN

### 4.4 DEFINICIÓN CONCEPTUAL DE VARIABLES

#### **Depresión**

De acuerdo a Howard C. Warren define depresión como *“un estado emotivo de actividad psicofísica baja y desagradable, que puede ser normal o patológico. Es preferible llamar abatimiento a la manifestación normal, aludiendo al estado de desaliento del espíritu”*<sup>(23)</sup>. En un sentido patológico, la palabra depresión designa una disposición psíquica de desesperación y un abrumador sentimiento de insuficiencia y de bajeza.

#### **Psicosomatización**

Calderón Narváez define la psicopatización como *“la conversión de experiencias o estados mentales en síntomas orgánicos, o sea cuando un conflicto psíquico provoca una afección orgánica o somática”*<sup>(24)</sup>.

#### 4.5 DEFINICIÓN OPERACIONAL

De acuerdo a la escala que propone Zung en la prueba para medir depresión, señala la siguiente tabla de conversión:

**TABLA 1**

C.B.*	AMD**	C.B.	AMD	C.B.	AMD
20	25	40	50	60	75
21	26	41	51	61	76
22	28	42	53	62	78
23	29	43	54	63	79
24	30	44	55	64	80
25	31	45	56	65	81
26	33	46	58	66	83
27	34	47	59	67	84
28	35	48	60	68	85
29	36	49	61	69	86
30	38	50	63	70	88
31	39	51	64	71	89
32	40	52	66	72	90
33	42	53	68	73	91
34	45	54	70	74	92
35	44	55	71	75	94
36	45	56	73	76	95
37	46	57	74	77	96
38	48	58	76	78	98
39	49	59	77	79	99
				80	100

**C.B.\*** es el control básico del resultado de la puntuación obtenida en la Plantilla de Calificación.

**AMD\*\*** es el Índice de Automedición de la Depresión.

Donde da los diagnósticos de los grupos de valoración:

**TABLA 2**

DIAGNÓSTICO DE LOS GRUPOS DE VALORACIÓN	INDICE A.M.D. PROMEDIO	RANGOS
Controles Normales	33	25 – 43
Deprimidos Hospitalizados	74	50 – 78
Deprimidos Ambulatorios	64	63 – 90
Reacciones de Ansiedad	53	40 – 68
Desórdenes de Personalidad	53	42 – 68
Reacciones de Ajuste	53	38 – 68

Como parte de la entrevista se aplicó el siguiente cuestionario para medir las enfermedades psicosomáticas.

**TABLA 3**

PADECIMIENTO	SEMANA	FRECUENCIA	
		MES	AÑO
ARTRITIS			
CALCULOS RENALES			
DIABETES			
DOLORES DE CABEZA			
DOLORES EN EL PECHO			
ESTREÑIMIENTO			
GASTRITIS			
INFARTO			
INFECCIONES DE LA PIEL			
INSOMNIO			
PRESIÓN ALTA			
PROBLEMAS DENTALES			
PROBLEMAS DIGESTIVOS			
PROSTATA			
ÚLCERA			
VISTA			
DOLORES DE ESPALDA			

La psicopatización se refiere a la frecuencia con que un sujeto visita al médico (semana, mes, año) por causa de alguna de las enfermedades típicamente psicopatáticas listadas.

#### **4.6 SUJETOS**

La selección de los sujetos para la investigación estuvo determinada por personal jubilado, hombres y mujeres, de edad cronológica entre los 55 y 60 años, que tuvieran de 1 mes a 5 años de jubilados y que no laboren en otra empresa, fábrica, negocio, institución, etc.

#### **4.7 MUESTREO**

Dada la dificultad que representa hacer contacto con sujetos jubilados, se decidió arbitrariamente una muestra de 60 sujetos, si bien no es representativa y puesto que no contamos con un listado del personal jubilado. Ésta da una idea del comportamiento obteniéndose dicha muestra por cuotas, ya que no es posible realizarla de manera aleatoria.

#### **4.8 TIPO DE ESTUDIO**

El presente trabajo es una investigación descriptiva, de campo, de corte transversal, ex post facto y no experimental. Es una investigación descriptiva porque pretende recabar datos de esta población. Asimismo es de campo, es decir, que se observó a los sujetos en sus condiciones naturales. Es de corte

transversal porque se trabajó con ellos en un momento determinado. Es exposfacto porque se realizó después de ocurrido el hecho. La investigación es no experimental, ya que no se introdujo algún cambio deliberado en el entorno del ambiente del jubilado.

Kerlinger (1989) define la investigación no experimental como:

*“Una indagación empírica y sistemática en la cual el científico no tiene el control directo sobre las variables independientes porque sus manifestaciones ya han ocurrido o porque son inherentes no manipulables. Las inferencias acerca de las relaciones entre las variables, se hace sin ninguna intervención directa e independiente”<sup>(25)</sup>.*

En los diseños No experimentales, los participantes no son asignados al azar ya que dichos grupos están formados, se clasifican de acuerdo a alguna característica para comparar el desempeño que tiene sobre una medición de la variable dependiente (Mc Guigan, 1986).

#### **4.9 DISEÑO**

Se formó un grupo de 60 sujetos jubilados que cumplieran con las características mencionadas en el punto 4.6 En la investigación se utilizó un procedimiento de muestreo no probabilístico, dado que los sujetos participaron voluntariamente. De este modo se contactaron en un Centro Deportivo y otros en sus domicilios donde

se les aplicó el instrumento de medición, dándoles las instrucciones necesarias para que se llevara a cabo la contestación de las pruebas.

#### 4.10 INSTRUMENTO

Para llevar a cabo la presente investigación se utilizó la prueba de Zung (Zung 1982). Se le pide al sujeto que valore cada uno de los 20 ítems en la medida que se ajuste a él o ella en el momento del test, en cuatro términos cuantitativos, con valores del 1 al 4: muy pocas veces, algunas veces; la mayor parte del tiempo y continuamente. Diez de los ítems son expresados como síntomas negativos, y diez como síntomas positivos. Un índice que va desde 25 a 100 resulta de dividir la suma de los valores iniciales de la puntuación, obtenidos de los 20 ítems, por la posible puntuación máxima de 809, convertida en decimales y multiplicada por 100. Posteriormente se utiliza una tabla denominada Tabla de Conversión donde la calificación básica (C.B.) es el resultado de la puntuación obtenida en la Plantilla de Calificación. Se buscará entonces el Índice de Automedición de la Depresión (A.M.D.). Finalmente se obtiene el rango al que pertenece el sujeto. Ver Tablas 1 y 2. De la misma forma y como parte de la entrevista, se presentó un listado de las 19 enfermedades psicosomáticas más comunes y se les pidió que contestaran a la siguiente pregunta:

***“A partir de que se jubiló, con qué frecuencia visita al Médico. Señale con una X si alguno de estos padecimientos es la causa de su visita”.*** (Ver anexo)

Para su calificación se otorgó una puntuación de: 0 puntos cuando la frecuencia es anual; 1 punto cuando la frecuencia es mensual y; 2 puntos cuando es semanal. (Estas puntuaciones son asignadas para la aplicación de la Prueba t de Student).

#### **4.11 PROCEDIMIENTO**

El procedimiento de esta investigación se llevó a cabo de la siguiente manera:

1. Se localizó a los sujetos que conforman la muestra en las instalaciones de un Centro Deportivo, así como en sus domicilios.
2. Se les explicó brevemente el motivo del estudio, y al obtener su aprobación se les dieron las instrucciones de la prueba del Zung.
3. Posteriormente y como parte de la entrevista se les pidió que contestaran cada cuándo asisten al médico, y que señalaran qué enfermedades o padecimientos se les han presentado a partir de la jubilación. (Tabla 3).
4. Asimismo, llenaron una ficha con algunos datos como fecha de nacimiento, tiempo de jubilado y si trabajaba actualmente en otro lado.

5. Se procedió a calificar la prueba de depresión. De acuerdo a los resultados de las puntuaciones obtenidas en la plantilla de calificación básica (C.B.) de los 60 sujetos y al Diagnóstico de los grupos de valoración, se tomó en Índice de Automedición de la Depresión (A.M.D.) que nos proporciona Zung, donde señala que el promedio más alto de depresión es 74 y se encuentran los deprimidos hospitalizados. Posteriormente, se otorgaron calificaciones de 0, 1 ó 2 a la encuesta de enfermedades psicosomáticas de cada uno de los sujetos. Con esta información se buscó la correlación existente entre ambos padecimientos, para lo cual se utilizó la fórmula de correlación de Spearman: <sup>(26)</sup>

$$r_s = 1 - \frac{6 \sum_{i=1}^N d_i^2}{N^3 - N} =$$

Finalmente, se aplicó la Prueba t de Student para corroborar si la correlación hallada era estadísticamente significativa, utilizándose un nivel de certeza de 0.95.

$$t = \frac{\bar{x} - M}{\frac{\sigma}{\sqrt{n}}} =$$

De acuerdo a los valores de la distribución de la Prueba t de Student y con una muestra de 60 sujetos se obtuvo el siguiente dato: <sup>(27)</sup>.

**a) Se acepta  $H_0$  si  $-1.67 < t < 1.67$**

**b) Se rechaza  $H_0$  si  $-1.67 > t > 1.67$**



## **CAPÍTULO V**

### **RESULTADOS**

La aplicación de los instrumentos ya mencionados expresó los siguientes resultados: (Ver Cuadros 1 y 2).

De acuerdo a la Gráfica 1 Jubilados con Depresión, el 27% de la población presentó una puntuación que corresponde a Deprimidos Hospitalizados, el 12% de la población corresponde a Controles Normales; el 10% de los sujetos pueden ser considerados como Deprimidos Ambulatorios; el 8% cae en Reacciones de Ansiedad; el 1% en Desórdenes de Personalidad, el 0% en Reacciones de Ajuste; y el 3.3% no contestó, por lo que se decidió anularlos.

Si consideramos que el Índice de Automedición de la Depresión (A.M.D) de 33 puntos corresponde a un nivel de depresión normal, es evidente que la mayor parte de la población presenta niveles depresivos anormales.

Asimismo los resultados de los padecimientos psicosomáticos nos indican que por lo menos todos los sujetos presentan algún padecimiento a partir de su jubilación, por lo que algunos destacan frente a otros, tales como dolores de cabeza, insomnio, estreñimiento, etc. (Gráfica 2).

Cuadro 1.

DEPRESIÓN

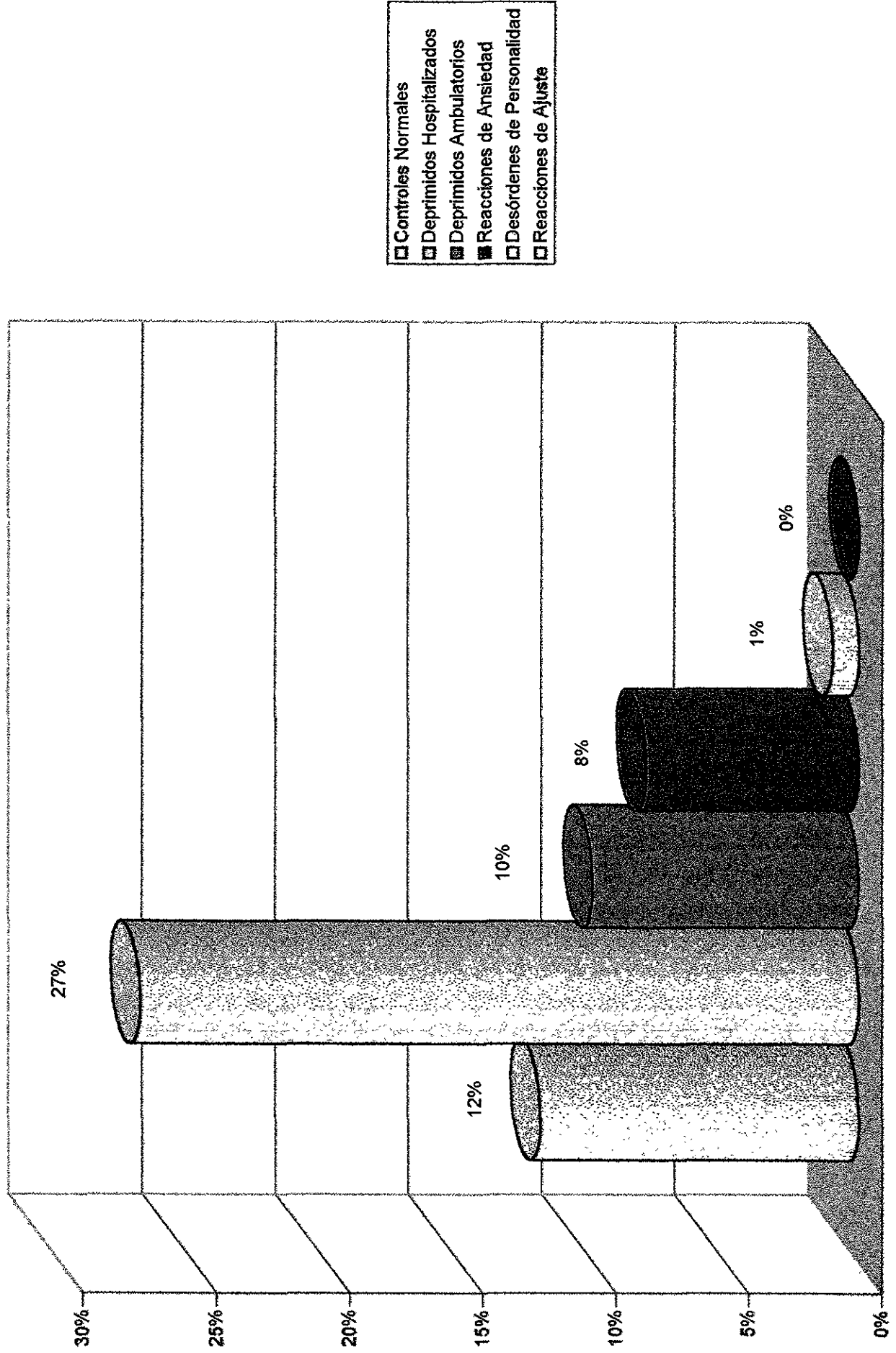
SUJETO	A	B	C	D	E	F	G
1.							✓
2.		✓					
3.				✓			
4.		✓					
5.	✓						
6.		✓					
7.		✓					
8.		✓					
9.	✓						
10.				✓			
11.				✓			
12.				✓			
13.	✓						
14.	✓						
15.	✓						
16.				✓			
17.			✓				
18.		✓					
19.		✓					
20.		✓					
21.		✓					
22.		✓					
23.		✓					
24.		✓					
25.		✓					
26.		✓					
27.		✓					
28.		✓					
29.		✓					
30.		✓					
31.	✓						
32.				✓			
33.					✓		
34.			✓				
35.			✓				
36.		✓					
37.			✓				
38.	✓						
39.			✓				
40.	✓						
41.		✓					
42.	✓						
43.		✓					
44.		✓					
45.	✓						
46.			✓				
47.			✓				
48.	✓						
49.			✓				
50.				✓			
51.				✓			
52.							✓
53.		✓					
54.			✓				
55.			✓				
56.		✓					
57.		✓					
58.		✓					
59.	✓						
60.		✓					

A	CONTROLES NORMALES	12%
B	DEPRIMIDOS HOSPITALIZADOS	27%
C	DEPRIMIDOS AMBULATORIOS	10%
D	REACCIONES DE ANSIEDAD	8%
E	DESORDENES DE PERSONALIDAD	1%
F	REACCIONES DE AJUSTE	0%
G	A N U L A D O (sin contestar)	3%

UJ	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P	Q
1										0		0			1	0	
2				1	1	1				1	1		1				
3															0		
4											1				0		
5				1		1				1		1			0		
6		1			1			1			1				0		
7				1		1				1	1	0	1				
8	0			1		1				1	1	1	1	1	1		
9							1					1			0		
10	1			1					1	1			1				
11			1	1		1		1		1	1	1	1	1			
12				1		1					1	1	1	1			
13						1			1	1	1	1	1			0	
14				0									0			0	
15	1			1		1	1		0	1	1	1	1			0	
16				1		1				1	1	0	1	1			
17	1		1			1			1	1	1	0	1			0	
18					1	1		0		1	1	0	1	1			0
19				1		1			1	1	1		1		1		
20				1	1	1	1			1	1	0	1				
21				0		1				1	1	0	1			0	
22	1			1						1	1	0	1				
23		1		1		1		0	0			0	1	1			0
24	1		1	1		1				1	1	0					
25			1	1		1	1			1	1	0	1				
26		1				1		0		1		0	1	1			
27				2		2	1				1	2					0
28	1			1		1	1			1	1	0	1				
29				1	1			1		1	1	1		0	0		
30				0	1			0	2	1	1	0	0				
31	1			0		0				0		1					
32		1				1	1			1	1						
33				1		1	1					0		1	0		
34	1			1		1				1	1						
35		1		1		1	1					0	1			0	
36				1				0		1	1	0	1	1		0	
37				1	1	1			1		1		1		1		
38									0	1		1	1				
39			1	1		1	1			1		1	1				
40												0		0			
41				1						1		0	1				0
42	1											0	0				0
43				1	1	1				1		0	1				
44		1		1		1	1			1	1	0	1				
45	1											0					0
46				1		1				1		0	1				
47		1		1						1		0	1			0	
48												0					
49		1		1	1	1				2	1	1	1	1	1	0	
50				0					0			0					
51	1								1								
52				1	1			0			1	0		0			
53				1	1	1	1	0		1	1	0	1		1	0	
54				1	1	1	1	1	1	1	1	0					
55				1	1	1	1	1	1	1	1	0	1				
56		1		1	1	1		1		2	1		1				
57			1	1	1	1		0		2	1	0	1	1	1		
58				1		1				1	1	1	0				
59	1										1	0					
60				1		1	1		1	1	1	0	1				

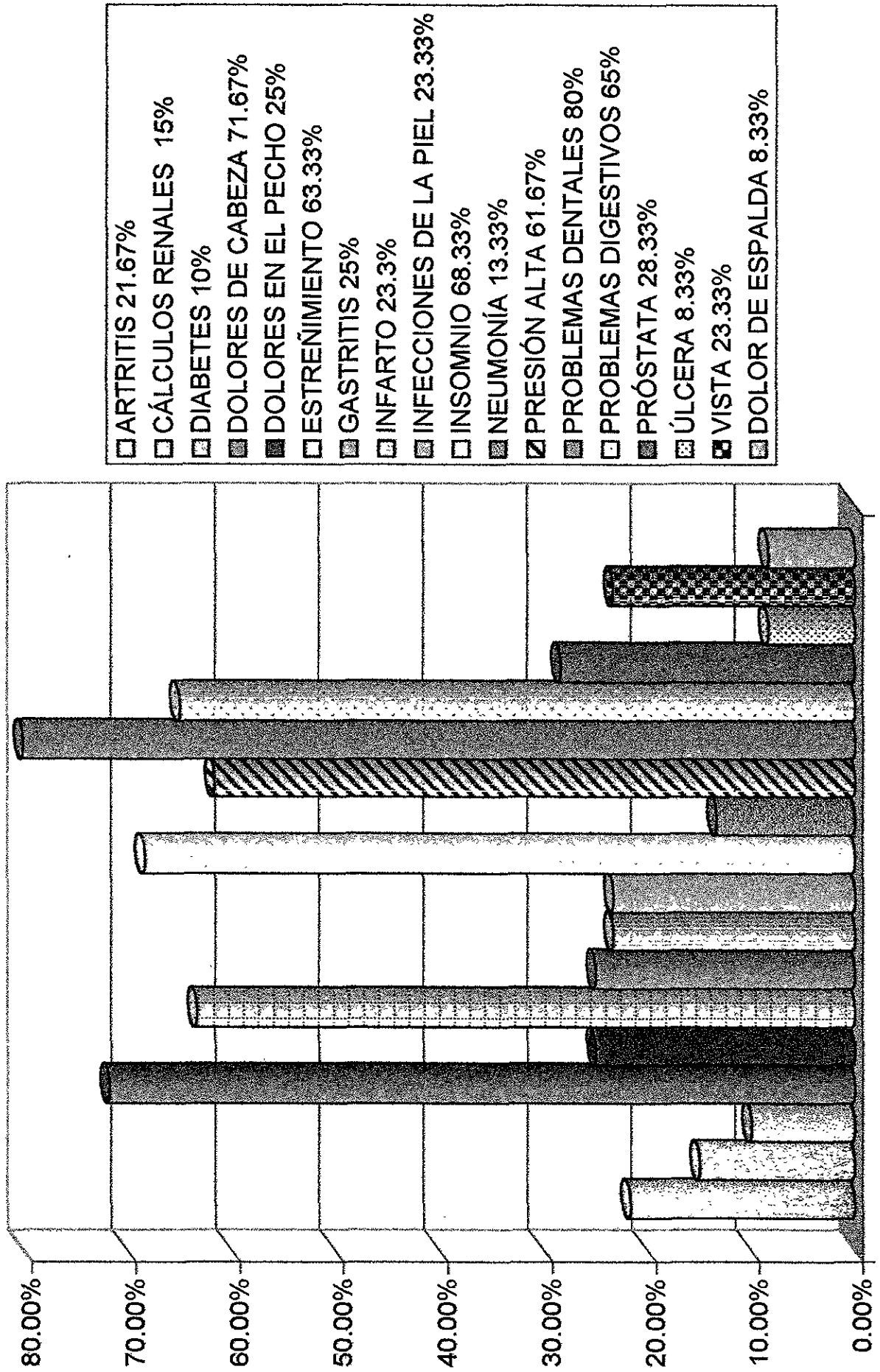
CALIFICACIONES:	0	1	2
PADECIMIENTO	SEMANA	MES	AÑO
A ARTRITIS	0	12	0
B CÁLCULOS RENALES	0	9	0
C DIABETES	0	6	0
D DOLORES DE CABEZA	5	37	1
E DOLORES EN EL PECHO	0	15	0
F ESTREÑIMIENTO	1	36	1
G GASTRITIS	0	15	0
H INFARTO	8	6	0
I INFECCIONES DE LA PIEL	4	9	1
J INSOMNIO	1	36	3
K PRESIÓN ALTA	0	37	0
L PROBLEMAS DENTALES	34	13	1
M PROBLEMAS DIGESTIVOS	4	35	0
N PRÓSTATA	8	9	0
O ÚLCERA	0	5	0
P VISTA	14	0	0
Q DOLORES DE ESPALDA	5	0	0

PADECIMIENTO	TOTAL	
A ARTRITIS	13	21%
B CÁLCULOS RENALES	9	15%
C DIABETES	6	10%
D DOLORES DE CABEZA	43	72%
E DOLORES EN EL PECHO	15	25%
F ESTREÑIMIENTO	38	63%
G GASTRITIS	15	25%
H INFARTO	14	23%
I INFECCIONES DE LA PIEL	14	23%
J INSOMNIO	41	61%
K PRESIÓN ALTA	37	13%
L PROBLEMAS DENTALES	48	80%
M PROBLEMAS DIGESTIVOS	39	65%
N PRÓSTATA	17	28%
O ÚLCERA	5	8%
P VISTA	14	23%
Q DOLORES DE ESPALDA	5	8%



- ☐ Controles Normales
- ☐ Deprimidos Hospitalizados
- ☐ Deprimidos Ambulatorios
- ☐ Reacciones de Ansiedad
- ☐ Desórdenes de Personalidad
- ☐ Reacciones de Ajuste

JUBILADOS QUE PRESENTAN PSICOSOMATIZACIONES GRAFICA 2



Posteriormente se realizó la prueba de correlación entre los resultados de Depresión y de Psicopatización:

Prueba de Correlación según Spearman: <sup>(28)</sup>

Fórmulas de la Correlación y de la Prueba Estadística

$$r_s = 1 - \frac{6 \sum_{i=1}^N d_i^2}{N^3 - N} = r_s = 0.55$$

$$t = \left( \frac{r}{\sqrt{1-r^2}} \right) \sqrt{N-2} = t = 5.015$$

## 5.1 INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS

El 88% de la población presenta índices anormales de depresión.

Por lo que podemos contestar a la primera hipótesis que dice que:

**Ho<sub>1</sub>** *Las personas jubiladas no presentan un alto índice de depresión.*

**Hi<sub>1</sub>** *Las personas jubiladas presentan un alto índice de depresión.*

De acuerdo a los resultados obtenidos se rechaza Ho<sub>1</sub> y se acepta Hi<sub>1</sub>.

Las puntuaciones otorgadas en el cuestionario de padecimientos psicosomáticos encontramos que todos los sujetos por lo menos han asistido al médico por alguno de los padecimientos mencionados. Llama la atención la distribución de los padecimientos y la frecuencia de consultas al médico realizada por los sujetos a partir de su jubilación, por lo que se rechaza  $H_{02}$  y se acepta  $H_{i2}$  que dicen lo siguiente:

**$H_{02}$**  *Las personas jubiladas no presentan psicopatizaciones.*

**$H_{i2}$**  *Las personas jubiladas presentan psicopatizaciones.*

Al realizar la prueba de correlación se obtuvo como resultados que  $r_s = 0.55$ , lo que demuestra que sí existe correlación entre los padecimientos psicosomáticos de los sujetos y su nivel de depresión. Para comprobar si esta correlación era significativa se aplicó la Prueba **t** de Student obteniendo como resultados que  $t = 5.050$  y al compararla con las tablas correspondientes nos explica que la correlación que hemos encontrado tiene un nivel de certeza del 95%, por lo que se rechaza  $H_{03}$  y se acepta  $H_{i3}$  que dicen:

**$H_{03}$**  *Las enfermedades psicosomáticas que presentan las personas jubiladas no se relacionan con su nivel de depresión.*

**$H_{i3}$**  *Las enfermedades psicosomáticas que presentan las personas jubiladas se relacionan con el nivel de depresión.*

## CONCLUSIONES

La función del psicólogo especialmente en el área clínica es esencial para promover y fomentar la Salud Mental del individuo en aras de un buen funcionamiento, desarrollo, armonía y estabilidad a nivel psicológico.

Con base en lo mencionado, la idea de la realización del presente trabajo surge a partir de la observación del personal recién jubilado y que decide ya no trabajar en alguna institución, negocio propio, fábrica, etc., y que después de haber laborado, en ocasiones mas de la mitad de su vida, se enfrentan ante una nueva etapa en la que ya no son empleados "activos" sino jubilados. Sin embargo, lejos de disfrutar de esa nueva etapa en la que podrían llevar a cabo actividades de su entero gusto e interés distintas a las de su trabajo, se sienten desubicados, y en algunos casos atraviesan por crisis emocionales que, en consecuencia, se manifiestan con el deterioro de su salud física y mental, y que en muchas de las ocasiones caen en depresiones y por lo tanto presentan padecimientos psicosomáticos.

Por otra parte, en el momento en que la persona se retira de su actividad laboral, se enfrenta a una "sociedad familiar" en la que ya están establecidos los esquemas y por consecuencia su rutina de vida se altera por completo, ya que se percata de que cada miembro de su familia tiene bien establecidas sus actividades diarias en las que no está considerada sino hasta cierto horario; por lo



que al no tener actividades que satisfagan algún interés en particular en las que pueda manifestar cierta habilidad o aptitud, su atención se desvía hacia cuestionamientos como: ¿qué hago ahora con mi tiempo? ¿a dónde voy a estar tantas horas? ¿qué está pasando con mi cuerpo? ¿qué pasa en mi familia, no están contentos de que esté aquí?, etc. Con todas estas preguntas, se ha podido observar que el jubilado cae en una depresión, sintiéndose que ya no sirve para nada y que su vida no tiene algún sentido. Empiezan a enfermar o a somatizar de cualquier cosa que hasta ellos mismos no saben qué les duele; se da en ocasiones un deterioro en su arreglo personal y en sus motivaciones y con ello vienen problemas familiares como divorcios, alcoholismo y a veces suicidio.

En el transcurso de la elaboración de esta tesis, en muchas ocasiones llegué a escuchar que: *“un jubilado es como un ropero en medio de la sala”, “un jubilado únicamente causa problemas, debería estar muerto, así esta Institución ya no pagaría una pensión más”*. Frases que dan la idea de que esta sociedad no está preparada para el retiro de un individuo. Situación que representa que el jubilado es un gasto económico. Este tipo de pensamientos, los tiene personal que está trabajando, lo que nos hace reflexionar que el cierre de un ciclo laboral es la jubilación. Además que se puede observar que al pensionado se le considera como un número más en la nómina y no como una persona.

Si bien es cierto, es importante tomar en cuenta las limitaciones que le antepone una sociedad y que llevan a un pensionado a la soledad, a la falta de un rol social

activo, a la ausencia de obligaciones, al exceso de tiempo desocupado. Sin embargo, una misma edad ofrece resultados desiguales en salud, aptitud funcional, inteligencia, educación, etc., e individuos de diferentes edades pueden tener características físicas y psíquicas semejantes. La edad constituye un dato importante pero no determinante para la condición de una persona, pues lo esencial no es el mero transcurso del tiempo, sino la calidad del tiempo transcurrido y la experiencia que haya obtenido. Si la sociedad valora únicamente el desarrollo fisiológico, son evidentes las limitaciones de una persona que está jubilada por la edad cronológica que cuenta, pero si ésta aprecia la calidad psíquica y social, entonces existen muchas oportunidades para ellos. Además, como si la edad en la que se jubilan fuera un impedimento para llevar a cabo otro tipo de actividades. Es en resumen, la edad en la que el individuo se retira ya que se encuentra con madurez intelectual y experiencia que su empleo y la vida le han otorgado.

En ocasiones, una persona que está activa vive más años de su vida trabajando que como jubilada. Llega a convivir todos los días con tanta gente en su empleo que cuando llega a casa la mayoría de los integrantes de su familia ya están dormidos. Pero qué sucede cuando hoy duerme su última noche como empleado activo y mañana es ya un jubilado más. Cuando ayer le decían: *"buenos días Lic. Godínez"* y hoy le cuestionan: *disculpe a dónde va?, ¿a quién dice que busca? No, el Sr. Jiménez está de viaje y llega dentro de .... 4 semanas.* En fin, no existe una vertical del antes y el después.

En vista de lo anterior, la jubilación afecta a las relaciones familiares de muchas formas, pero en especial a la vida de la pareja, cuando en ocasiones se llega a decir que *empiezan a conocer al cónyuge*, cuando en realidad han vivido con él más de 20 años y cuyos ritmos vitales se modifican a partir de la misma. Resulta ser muy impactante en el caso de la esposa y los hijos que ya tienen definidas sus actividades y tareas diarias en el hogar y fuera de éste, debido a la presencia constante del esposo en el hogar; las respuestas varían entre el rediseño del trabajo familiar y la mayor participación del marido, tarea siempre difícil cuando durante varias décadas ha existido una rutina en el hogar que asignaba la casi totalidad de responsabilidad a la esposa. La jubilación facilita que el cónyuge pueda asumir más responsabilidades domésticas que cuando se hallaba trabajando, pues ahora dispone de más tiempo. Por otra parte, cuando la mujer es quien se jubila, por una razón cultural y social la mujer ha sido educada como la que debe estar en su casa haciendo las labores domésticas y por lo tanto, siempre tiene y ha tenido algo que hacer. Por supuesto que también llega a tratar de modificar reglas que por muchos años ya estaban establecidas.

Ricardo Moragas comenta en su libro Gerontología Social que *existe una luna de miel, primera etapa de la jubilación en la que el individuo posee motivación para experimentarla. Básicamente se adoptan dos alternativas con todas la variantes intermedias, ocupación-actividad o descanso-tranquilidad. En ocupación-actividad (supuestos suficiente salud y dinero) el individuo emprende con ilusión una serie*

*de actividades que el trabajo le había impedido realizar. Con frecuencia implica una ocupación intensa del tiempo que hace exclamar a la persona: "Nunca había estado tan ocupado como ahora que me he jubilado". descanso-tranquilidad constituye una reacción opuesta a la de ocupación-actividad en la que el jubilado desea "no hacer nada" y disfrutar de todo el descanso de que no pudo disponer en su trabajo.*

La luna de miel dura poco, a lo sumo unos meses. Asimismo, existen individuos que se mantienen en el descanso – tranquilidad por el resto de sus días. Existen muchos hombres jubilados que caen en una rutina que puede sustituir a la que tenían cuando eran activos ya que todos los días realizan la misma actividad que tenían cuando trabajaban, o sea, se levantan se bañan, se visten, toman su auto o el transporte de siempre y se dirigen a las instalaciones donde acudieron por tantos años, eso sí, sin entrar. Desayunan en algún restaurante cerca del inmueble, se bolean los zapatos, leen el periódico, ocasionalmente se encuentran con algún compañero y posteriormente regresan a su casa a la hora de la comida. Es una conducta que puede considerarse como un apego a lo que se tenía y se rehusan a modificarla ya que sustituyen de una forma similar el antes sin llegar a realizar las actividades que se tenían dentro de la institución.

Una solución consistiría en la búsqueda de alternativas a las horas ocupadas por el trabajo perdido, en el exterior del hogar. Ello justifica el éxito de los hogares y clubes de jubilados y la regularidad con la que muchos asistentes acuden a los

mismos, sustituyendo la rutina temporal laboral por la del centro social que proporciona sentido a sus vidas. Con frecuencia los jubilados que detallan sus ocupaciones en un día típico dicen que *tiene* que asistir al hogar o club, cuando en realidad no existe ninguna obligatoriedad, pero resulta satisfactorio sustituir la obligación laboral perdida por la obligación recreativa.

## **SUGERENCIAS Y LIMITACIONES**

Sería interesante formar un comité de pensionados quienes funjan como personal que podría dar una opinión más ante una situación compleja para la institución.

Asimismo formar oficinas que podrían permitirle al jubilado llevar a cabo tareas de entretenimiento, quizá sin asistir todos los días y sin llevar algún horario establecido. Esto les permitiría seguir con la convivencia y con el apego que tanto buscan.

Sería conveniente llevar a cabo talleres de preparación para el retiro junto con la familia. Dar en ocasiones las pláticas los propios jubilados y personal profesional que dé consejos y recomendaciones. Tomar en cuenta que un jubilado podría integrarse para impartir clases en alguna Institución con el objetivo de estar en contacto con los jóvenes.

Ponerlos en contacto con el arte, ya sea tomando clases de pintura, música, baile, etc., asimismo formar talleres de lectura o de teatro con el fin de que pueda ayudarles a que se dé una catarsis y así resolver conflictos. Realizar viajes para el personal jubilado dentro y fuera de la República Mexicana.

Sería de gran valor que se llevaran a cabo estudios más profundos para la investigación del tema de la depresión en el jubilado. Seguramente sería menos costoso económica y emocionalmente atender de manera preventiva la depresión del jubilado, que sus manifestaciones psicósomáticas posteriores.

La prueba de Zung para medir depresión y los cuestionarios que fueron parte de la entrevista se aplicaron únicamente a la población jubiladas de un solo banco, por lo tanto los resultados obtenidos no se pueden generalizar para todas las personas retiradas.

Probablemente tenga un sesgo el estudio ya que la mayoría de la población es de sexo masculino la cual presentó mayores índices de depresión. Es importante aclarar que en dicho trabajo no se hizo la diferenciación de niveles de depresión entre hombres y mujeres.

Para la realización del presente trabajo, hubo gente que labora actualmente en el propio banco de donde se sacó la muestra, que se negó determinantemente a que se aplicaran las pruebas correspondientes de depresión en la oficina de jubilados,

ya que mencionaron que *“es un arma de dos filos; es darles esperanzas; le sale más barato al banco que el jubilado se muera, así no se le tiene que estar pagando, etc., etc., etc.”*. Este tipo de comentarios al que nos enfrentamos nos dejan mucho qué pensar ya que todas las personas activas, si las circunstancias son favorables, se van a jubilar.

## NOTAS BIBLIOGRÁFICAS

### CAPÍTULO I.

1. Kastenbaum R., "Vejez, Años de Plenitud", Ed. Harper & Rox, p. 17-18 México 1980.
2. Bize P. y Vallier C., "Una Vida Nueva: la Tercera Edad", Mensajero, p. 61-62 Bilbao 1984.
3. Moragas Moragas Ricardo, "Gerontología Social Envejecimiento y Calidad de Vida", p. 58, Ed. Herder, Barcelona 1995.
4. Moragas Moragas Ricardo, "Gerontología Social Envejecimiento y Calidad de Vida", p. 60, Ed. Herder, Barcelona 1995.
5. Maurois A., citado en el libro de Coutier Denise – Camus Yves – Sarkar Ajit, "Tercera Edad Actividades Físicas y Recreación", p. 22, Ed. Gymnos, París 1990.
6. Catell citado en el libro de Moragas Moragas Ricardo " Gerontología Social Envejecimiento y Calidad de Vida", p. 70, Ed. Heder, Barcelona 1995
7. Kalish, "La Vejez. Perspectivas sobre el Desarrollo Humano, p. 43, Ed. Pirámide. Madrid 1983.
8. Moragas Moragas Ricardo, "Gerontología Social Envejecimiento y Calidad de Vida", p. 75-76, Ed. Heder, Barcelona 1995.



## CAPÍTULO II.

9. Moragas Moragas Ricardo, "Gerontología Social Envejecimiento y Calidad de Vida", p. 165, Ed. Heder, Barcelona 1995.
10. Moragas Moragas Ricardo, "Gerontología Social Envejecimiento y Calidad de Vida", p. 169, Ed. Heder, Barcelona 1995.
11. Treanton J., "El trabajador y su Edad" en G. Friedman y P. Naville, Tratado de Sociología del Trabajo, p. 280-296, Ed. Fondo de Cultura Económica, México, 1963.

## CAPITULO III

12. Calderón Narvaez Guillermo "Depresión Causas, Manifestaciones y Tratamiento", p. 12, Ed. Trillas, México 1996
13. Guarner Enrique "Psicopatología Clínica y Tratamiento Analítico", Cap. VI, Ed. Porrúa Hnos. y Cía, Segunda Edición, México, 1984.
14. Freun Sigmund "Duelo y Melancolía" Obras Completas II, p. 2091-2100, Tercera Edición, Ed. Biblioteca Nueva, España 1973.
15. Howard C. Warren "Diccionario de Psicología", p. 85, Ed. Fondo de Cultura Económica, México 1993.
16. Guarner Enrique "Psicopatología Clínica y Tratamiento Analítico, p. 97, Ed. Porrúa Hnos. y Cía. Segunda, Edición., México 1984.

17. López Ibor J. M. Dr. Depresión, *Psicología Práctica*, 44, p. 144 y 150, Ed. Espacio y Tiempo Ediciones, S. A., Madrid, E. 1992.
- 18 Fenichel Otto "Teoría Psicoanalítica de la Neurosis", p. 263, Ed. Paidós, México 1994.
- 19 Calderón Narvaez Guillermo "Depresión Causas, Manifestaciones y Tratamiento", p. 175-176, Ed. Trillas, México 1996.
- 20 Calderón Narvaez Guillermo "Depresión Causas, Manifestaciones y Tratamiento", p. 179-180, Ed. Trillas, México 1996.
- 21 Carstens Laura y Edelstein Barry A., "Gerontología Clínica, el Envejecimiento y sus Trastornos", p. 101, Ed. Martínez Roco 1987.
- 22 López Ibor J. M. Dr. Depresión, *Psicología Práctica*, 46, p. 119-120, Ed. Espacio y Tiempo Ediciones, S. A., Madrid, E. 1992.

#### **CAPITULO IV**

- 23 Howard C. Warren "Diccionario de Psicología", p. 85 Ed. Fondo de cultura Económica, México 1993.
- 24 Calderón Narvaez Guillermo, *Psiquiatría*, "La Clasificación Internacional de Enfermedades" Vol. 7, No. 3, p. 31, México 1977.
- 25 Kerlinger F. *Investigación del Comportamiento: Técnicas y Metodología*. p. 118, Ed. Interamericana, México 1989.
- 26 Siegel Sidney, Castellan N. John "Estadística no Paramétrica Aplicada a las

Ciencias de la Conducta”, p. 270-275, Ed. Trillas, Cuarta Edición, México 1995.

- 27 Siegel Sidney, Castellan N. John “Estadística no Paramétrica Aplicada a las Ciencias de la Conducta”, p. 361, Ed. Trillas, Cuarta Edición, México 1995.

## **CAPITULO V**

- 28 Siegel Sidney, Castellan N. John “Estadística no Paramétrica Aplicada a las Ciencias de la Conducta”, p. 275, Ed. Trillas, Cuarta Edición, México 1995.

## GLOSARIO

Abulia	Pérdida de la voluntad o iniciativa; incapacidad para tomar decisiones.
Adenocarcinoma	Carcinoma derivado del tejido glandular o aquél en el cual las células tumorales forman estructuras glandulares identificables.
Amenorrea	Ausencia o suspensión anormal de las menstruaciones.
Aminas biógenas cerebrales	Aminas que se producen por biosíntesis y desempeñan un papel en la función neuronal.
Anemia	Reducción por debajo del límite normal del número de eritrocitos por $\text{mm}^3$ , de la concentración de hemoglobina o del volumen de eritrocitos por 100 ml. de sangre que acontece cuando se altera el equilibrio entre la pérdida hemática y la producción de la misma.
Anquilosis	Inmovilidad y consolidación de una articulación por enfermedad, lesión o procedimiento quirúrgico.
Artritis	Reumatismo en el que las lesiones inflamatorias están confinadas a las articulaciones. Se caracteriza por dolor, calor, enrojecimiento y tumefacción por inflamación, infección o traumatismo.
Artropatía degenerativa	Cualquier enfermedad articular que conlleva deformaciones progresivas.
Artrosis	Enfermedad articular degenerativa, no inflamatoria que ocurre principalmente en anciano, caracterizada por degeneración del cartílago articular, hipertrofia del hueso a nivel de los bordes y cambios en la

	membrana sinovial. Se acompaña de dolor y rigidez, particularmente después de actividad prolongada.
Catexis	Concentración conciente o inconsciente de la energía mental en una persona idea u objeto.
Cohorte	Grupos de población con una característica común como edad, profesión, etc.
Diabetes	Nombre general que denota trastornos caracterizados por excreción excesiva de orina. Síndrome crónico caracterizado por alteración del metabolismo de los hidratos de carbono, proteínas y grasas, como consecuencia de una secreción insuficiente de insulina o de resistencia a la insulina en el tejido.
Diverticulosis	Bolsa o saco circunscrito, de dimensiones variables, que se presenta en estado normal o se forma por herniación de la mucosa de revestimiento a través de un defecto en la túnica muscular de un órgano tubular.
Entidad nosológica	Pertenece o relativo a la clasificación de las enfermedades, relativo a la nosología.
Erogenidad	
Estreñimiento	Evacuación poco frecuente o difícil de las heces.
Fractura	Rotura de una parte en especial de un hueso.
Hipersomnia	Sueño excesivo.
Hipertensión sistólica	Presión arterial persistentemente alta. La hipertensión puede no tener causa conocida o guardar relación con otra enfermedad primaria. Se han propuesto varios requisitos para el umbral, que varían desde 140 mm. de Hg. la sistólica y 90 mm de Hg la diastólica, hasta incluso 200 mm de Hg la

	sistólica y 110 mm de Hg la diastólica.
Hipertrofia de la próstata	Crecimiento anormal de la glándula prostática.
Infarto de miocardio	Área de necrosis por coagulación en un tejido a causa de isquemia local. Se localiza en la pared libre del ventrículo izquierdo, entre el surco interventricular y el borde lateral del músculo papilar anterior.
Insuficiencia renal	Alteración del funcionamiento de los riñones, que se puede verificar ante pruebas cuantitativas. Insuficiencia de los riñones para excretar metabolitos a concentraciones plasmáticas en circunstancias de carga normal, o incapacidad para retener los electrolitos en circunstancias de ingreso normal.
Isquemia	Deficiencia del riego sanguíneo de una zona, debido a constricción funcional u obstrucción de un vaso sanguíneo.
Locus minoris resistivae	Lugar pequeño de resistencia.
Monoaminoxidasa	Enzima metabólica (anabólica).
Nefritis	Inflamación del riñón; proceso focal o difuso, proliferativo o destructivo, que puede afectar al glomérulo, túbulo o tejido renal intersticial.
Neumonía	Inflamación de los pulmones con consolidación del tejido pulmonar.
Neurasténico	Síndrome de debilidad y fatiga mental y física crónicas, que se suponía producido por agotamiento del sistema nervioso.
Nihilismo terapéutico	Escepticismo acerca del valor terapéutico de los medicamentos o los procedimientos de tratamiento.

Osteoporosis	Reducción en la cantidad de masa ósea que lleva a fracturas fácilmente tras un pequeño trauma.
Patógena	Que origina enfermedad o síntomas mórbidos.
Pregenital	Perteneiente o relativo a las etapas tempranas del desarrollo psicosexual antes de que los genitales se hayan convertido en la influencia dominante del comportamiento sexual.
Puerperio	Periodo o estado de confinamiento después del parto.
Polimialgia reumática	Síndrome de los ancianos caracterizado por dolor en las articulaciones y los músculos proximales, sedimentación eritrocítica acelerada y evolución a la curación espontáneamente.
Problemas dentales	Alteraciones funcionales o morfológicos de las piezas dentales o encías que afectan la masticación.
Problemas de nutrición	Dificultad para que se lleve a cabo la suma de los procesos que participan en la ingestión de los nutrimentos y la asimilación y utilización de los mismos.
Problemas de termorregulación	Falta de capacidad para regular el calor.
Trueca	Cambia
Tumores sólidos	Tumefacción, uno de los principales signos de la inflamación; aumento mórbido de tamaño, Crecimiento nuevo de tejido en el que la multiplicación de las células es incontrolable y progresiva.
Úlcera de decúbito	Defecto o excavación local de la superficie de un órgano o tejido, producida por el esfacelo de tejido

	necrótico inflamatorio (llagas) .
Vaginitis atrófica	Se presenta en posmenopáusica y que guarda relación con deficiencia de estrógenos. Inflamación de la vagina. Deficiencia de estrógenos.
Vasculopatía periférica	Cualquier trastorno de los vasos sanguíneos periféricos y capilares.



**BIBLIOGRAFÍA**

1. Badino Juan "Código Badiano" "Libellus de Medicinalibus Indorum Herbis", 1552, Biblioteca del Vaticano. Biblioteca del Colegio de Medicina, México, 1965.
2. Bize P. Y Vallier C., "Una Nueva Vida: La tercera edad, Mensajero, Bilbao, 1984.
3. Calderón Narváez Guillermo "Depresión Causas, Manifestaciones y Tratamiento. Edición Trillas, Quinta Edición, México, 1996.
4. Calderón Narvaez Guillermo, Psiquiatría, "La Clasificación Internacional de Enfermedades", México, 1977.
5. Carstens L. Laura y Edelstein Barry A. Gerontología Clínica "El Envejecimiento y sus trastornos", Martínez Roco, Barcelona, 1987.
6. Coutier Denise – Camus Yves – Sarkar Ajit "Gerontología Social" Gerontología Social, Ed. Gymnos, París, 1990.
7. Cruz, Martín de la, Libellus de Medicinalibus Indorum herbis, Instituto Mexicano del Seguro Social, México, 1964.
8. Diccionario Enciclopédico Ilustrado de Medicina, Dorland XXVII, Editorial McGrawgil Interamericana, Vol. 1 y 2, Madrid, 1992.
9. Diccionario Enciclopédico Océano I, Edición .1997, Editorial Océano, Barcelona, 1997.
10. Eco Umberto "Cómo se hace una Tesis" Técnicas y procedimientos de investigación, estudio y escritura. Ed. Gedisa, Barcelona, 1997.
11. Freud Sigmund "Duelo y Melancolía" Obras Completas, II, Tercera Edición, Ed. Biblioteca Nueva, España,, 1973.
12. Fenichel Otto "Teoría Psicoanalítica de las Neurósis", Ed. Paidós, México, 1994.
13. Guarnier Enrique "Psicopatología Clínica y Tratamiento Analítico, Editorial Porrúa Hnos. y Cía, 2ª. Edición, México, 1984.
14. Haslam J. Observations on Madness and Melancholy, 2ª Ed., J. Callow Londres, 1809.

15. Howard C. Warren "Diccionario de Psicología", Ed. Fondo de Cultura Económica, México, 1993.
16. Kalish R, "La Vejez. Perspectivas sobre el Desarrollo Humano. Ed. Pirámide. Madrid, 1983.
17. Kastenbaum R., "Vejez, Años de Plenitud", Harper & Rox, México, 1980.
18. Lansley J. y Pearson M., "Preparación a la Jubilación en los Países de la Comunidad Económica Europea", CEE, Bruselas, 1989.
19. Lehr U., "Tratado Analítico de las Personas Mayores", Ed. Herder, Madrid, 1997.
20. López Ibor J. M. Dr. Depresión, Psicología Práctica, 24, Ed. Espacio y Tiempo Ediciones, S. A., Madrid, E., 1992.
21. López Ibor J. M. Dr. Depresión, Psicología Práctica, 46, Ed. Espacio y Tiempo Ediciones, S. A., Madrid, E., 1992.
22. Moragas Moragas Ricardo, "Jubilación: un Enfoque Positivo", Ed. Grijalbo, Barcelona, 1989.
23. Moragas Moragas Ricardo, "Gerontología Social Envejecimiento y Calidad de Vida, Editorial Herder, Barcelona, 1995.
24. Salvarezza Leopoldo "Psicogeriatría Teórica y Clínica", Editorial Paidós, Buenos Aires, 1972.
25. Siegel Sidney, Castellan No. John "Estadística No Paramétrica Aplicada a las Ciencias de la Conducta", Ed. Trillas, Cuarta Edición, México, 1995.
26. Treanton J., "El trabajador y su edad en G. Friedman y P. Naville, Tratado de Sociología del trabajo, Fondo de Cultura Económica, México, 1963.