



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA

issemym

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E
INVESTIGACIÓN

DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

INSTITUTO DE SEGURIDAD SOCIAL DEL ESTADO DE MEXICO Y
MUNICIPIOS

UNIDAD ACADÉMICA

HOSPITAL MATERNO INFANTIL. TOLUCA, ESTADO DE
MÉXICO

**EVALUACIÓN DEL FUNCIONAMIENTO FAMILIAR EN PACIENTES
JUBILADOS QUE ACUDEN A LA CLINICA DE CONSULTA EXTERNA
RANCHO LA MORA**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

MARGARITA LETICIA GILES DÍAZ

TOLUCA, ESTADO DE MÉXICO

2012



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.

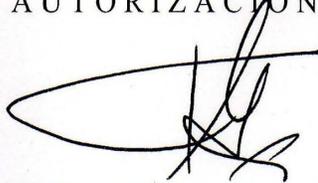
**EVALUACIÓN DEL FUNCIONAMIENTO FAMILIAR EN
PACIENTES JUBILADOS QUE ACUDEN A LA CLINICA DE
CONSULTA EXTERNA RANCHO LA MORA**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

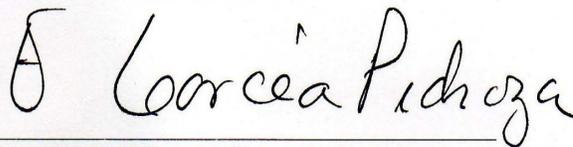
PRESENTA:

MARGARITA LETICIA GILES DÍAZ

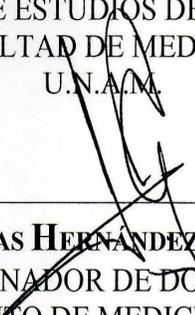
AUTORIZACIONES



DR. FRANCISCO JAVIER FULVIO GÓMEZ CLAVELINA
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.



DR. FELIPE DE JESÚS GARCÍA PEDROZA
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN
DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.



DR. ISAIÁS HERNÁNDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.

**EVALUACIÓN DEL FUNCIONAMIENTO FAMILIAR EN
PACIENTES JUBILADOS QUE ACUDEN A LA CLINICA DE
CONSULTA EXTERNA RANCHO LA MORA
TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR**

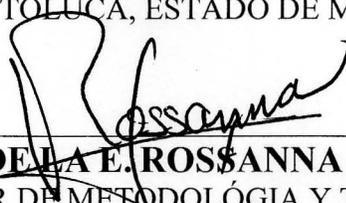
PRESENTA:

MARGARITA LETICIA GILES DÍAZ
AUTORIZACIONES:



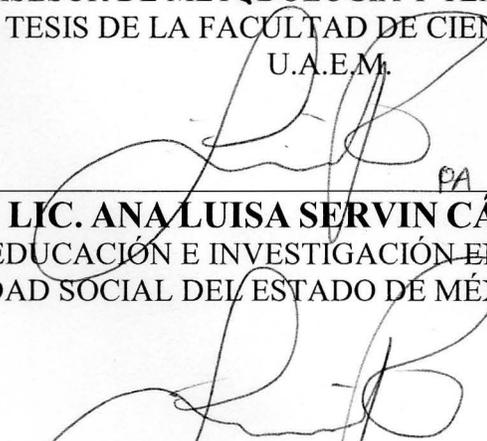
M ESP. M.F. DANIEL GODINEZ TAMAY

PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN
EN MEDICINA FAMILIAR EN EL INSTITUTO DE SEGURIDAD SOCIAL DEL
ESTADO DE MÉXICO Y MUNICIPIOS. HOSPITAL MATERNO INFANTIL
TOLUCA, ESTADO DE MÉXICO.



MTRA. EN C. DELA E. ROSSANNA JOVITA GILES DÍAZ

ASESOR DE METODOLOGÍA Y TEMA DE TESIS
ASESORA DE TESIS DE LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA CONDUCTA
U.A.E.M.



LIC. ANA LUISA SERVIN CÁRDENAS

DIRECTORA DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD DEL INSTITUTO DE
SEGURIDAD SOCIAL DEL ESTADO DE MÉXICO Y MUNICIPIOS.



ING. JOANNA PATRICIA GALINDO MONTEAGUDO

JEFE DEL DEPARTAMENTO DE INVESTIGACIÓN E INNOVACIÓN EDUCATIVA
EN SALUD DEL INSTITUTO DE SEGURIDAD SOCIAL DEL ESTADO DE MÉXICO
Y MUNICIPIOS.

AGRADECIMIENTO

A mi hermana Rossanna que sin su apoyo, dedicación, aportación de conocimientos y su valioso tiempo no hubiera sido posible la realización de este trabajo.

A la Dra. Martha Berenice Hernández Miranda quién dedicó gran parte de su tiempo para ofrecerme sus ayuda, conocimientos y opiniones para la realización de este trabajo y ser parte muy importante en mi formación profesional.

Al Dr. Edgar Daniel Godínez Tamay por su profesionalismo, calidad humana y apoyo para mi formación profesional.

A la Dra. María de Lourdes Delgado por su amistad y colaboración desinteresada que me brindó para la terminación de este trabajo.

Al Dr. Juan Antonio Guzmán quién también me brinda su amistad y apoyo desinteresado.

DEDICATORIAS

Dedico este trabajo a mis hijas Lety y Mony quienes son el motor de mi vida y que son ejemplo de fortaleza y madurez, y me brindaron todo su apoyo cuando más lo necesitaba.

A mi mamá, que gracias a todo su esfuerzo y consejo pude hacer mi carrera y salir siempre adelante con su gran dedicación como madre, gracias.

A mi hermana Teresita, mis sobrinos Víctor Alberto, José Manuel, Bryan Enrique y Rossanna Cecilia por estar siempre conmigo brindándome su apoyo.

A mi papá que aunque no estemos cerca siempre esta en mi corazón.

INTRODUCCIÓN

El fenómeno irreversible del envejecimiento demográfico es ya un hecho asumido en todo el mundo, cuyo impacto golpeará en buena medida a las finanzas públicas, especialmente en los ámbitos de salud, mercado laboral, vivienda y por supuesto el de las jubilaciones.

La organización Mundial de la Salud (OMS), no sólo se refiere al envejecimiento como un tema de cuidado, sino también a la esperanza de vida que se alarga.

En torno a lo anterior Tuirán (1999) menciona: La población mexicana atraviesa por una fase de plena y acelerada transición demográfica. Este proceso se inició en la década de los treinta con el descenso paulatino de la mortalidad, y posteriormente se acentuó, a mediados de los sesenta, con la declinación de la fecundidad. Estos cambios han implicado profundas transformaciones en la distribución por edades de la población. De hecho, transitamos en la actualidad de una población joven a otra más entrada en años.

Considerando lo anterior se expone lo que sucede en México como consecuencia. El proceso de jubilación constituye una experiencia angustiosa, pues ahora estar jubilado significa ver disminuida la posibilidad para obtener satisfacción económica, psicológica, física, social; lo cual significa para la mayoría de las personas la pérdida de la ocupación habitual, la reducción de ingresos, la disminución de las relaciones habituales, la caída del status en el seno de la familia y en la sociedad, y posiblemente reducción de las facultades vitales.

En esta fase de la vida la mayoría de las personas experimentan sentimientos variados de ansiedad sobre su capacidad económica, estado físico, uso del tiempo, etc. Existe también en muchos de ellos una reducción de la autoestima, negatividad respecto al futuro, tristeza y reducción de las actividades de cualquier tipo. Además de las manifestaciones físicas de la represión como la disminución del peso, la fatiga, el estreñimiento, etc. la jubilación implica para la gran mayoría de los adultos, la pérdida de su independencia económica, pues la pensión que reciben es muy baja.

Debido a esto se puede afirmar que el proceso de jubilación repercute en la mayoría de la población en su medio económico, fisiológico, social y psicológico, pues este fenómeno no ha sido considerado como algo importante y se ha dejado de lado, pues la mayoría de las investigaciones se enfocan en el estudio del ser humano, en sus diferentes etapas y muy pocos retoman el proceso de jubilación que abarca múltiples dimensiones que afecta a los individuos y a la sociedad moderna; visto desde esta perspectiva es vital estudiar el funcionamiento familiar.

La jubilación es para el sujeto una nueva realidad que implica un replanteamiento de la experiencia vital en el uso del tiempo, en las experiencias físicas, en la dedicación intelectual y en el significado social de la persona, y todo ello supone una respuesta psíquica global del individuo; Dado el carácter único de dicha situación, lo lógico sería preparar al individuo para que se enfrentara a ella bien dotado, y sin embargo, en la práctica, no hay preparación para este acontecimiento, el cual va a suponer una prueba importante para la personalidad individual y obviamente se presentarán alteraciones en el funcionamiento familiar.

Hay jubilados que, cuando les llega este momento, necesitan la aceptación de su entorno, de su familia, vecinos, amigos, de todos; pero ellos pueden, igualmente, devolver positivamente esta aceptación de la sociedad colaborando con ella, aportando sus conocimientos, trabajos y esfuerzo a las necesidades de muchas entidades e instituciones benéficas, sociales y sin ánimo de lucro, aportando la cantidad de conocimientos que atesoran y sus experiencias adquiridas durante su etapa plenamente activa. Hay que tener en cuenta siempre que la persona humana constituye un proyecto que no está nunca acabado, siempre se está realizando.

Es por ello que la preparación para jubilarse debe empezar con bastante antelación: de tres a cinco años es un tiempo adecuado para orientar la jubilación y crear hábitos motivacionales para que la jubilación suponga realmente un cambio con interés y que no altere los roles de cada integrante de la familia que pudiera modificar el funcionamiento que hasta la fecha se tiene. Esto no quiere decir que al tener modificaciones no pueda ser para mejorar.

Por último es importante mencionar que así como hay personas que con el trabajo se les va la vida, también los hay quienes se sienten satisfechos por haber cumplido y haber cerrado orgullosamente su vida laboral, y que disfrutan su jubilación como la mejor etapa de su vida.

Por tal motivo la realización de este trabajo de investigación es porque en la clínica de consulta externa Rancho la Mora del ISSEMYM que ha visto que existen muchos pacientes jubilados y en edad de jubilarse, tanto hombres como mujeres cuyo entorno familiar se ve afectado, por lo mismo caen fácilmente en depresión. Aunado a esto su salud física se ve afectada porque la edad promedio de jubilación es a partir de los 60 años, momento en que su salud física empieza a sufrir deterioros notables como hipertensión arterial, diabetes Mellitus o artritis por mencionar algunas.

Este trabajo ayudará a describir el funcionamiento familiar de los pacientes jubilados, para detectar los principales problemas a los que se enfrenta el adulto mayor en su etapa de jubilación, después de estar fuera de su casa durante muchos años de trabajo y surgen dos cambios muy drásticos que son: primero dejar de salir a su trabajo y quedarse en casa sin ninguna ocupación ex profeso o sin tener un plan de vida trazado que los ayude a superar

esta etapa, en la que solo se necesita un proceso de adaptación a un nuevo estilo de vida que le puede llenar de satisfacción como su vida laboral activa. Segundo, el cambio en su ingreso económico.

Para muchos puede significar libertad y alegría de haber dejado atrás horarios estrictos y recibir ordenes, para otros, depresión, sensación de inseguridad y falta del apoyo económico.

Hay personas que no reciben este apoyo y en el peor de los casos ya en edad avanzada son recluidos en asilos para ancianos, en nuestro medio también se da con frecuencia las familias en que los abuelos participan abiertamente en el seno familiar, esta situación que conlleva el riesgo de provocar injerencias peligrosas en la toma de decisiones, también permite perpetuar la protección de los ancianos, aprovechando su experiencia y sabiduría, costumbre que asumida con responsabilidad y cautela no debe perderse, porque es signo viviente de nuestra tradición cultural.

RESUMEN

OBJETIVO: Conocer el funcionamiento familiar en pacientes jubilados que acuden a la clínica de consulta externa "Rancho la Mora" del ISSEMyM.

DISEÑO: Identificar la funcionalidad familiar mediante el cuestionario de Evaluación del funcionamiento familiar (EFF), se utiliza estadística descriptiva para obtener los promedios y porcentajes de la aplicación de los cuestionarios para obtener resultados de un solo grupo.

MATERIAL Y MÉTODO: El universo de estudio estuvo representado por un total de 100 pacientes jubilados sin distinción de edad y sexo, se realizó mediante la aplicación del instrumento de Evaluación del Funcionamiento Familiar (EFF) con la finalidad de evaluar el funcionamiento familiar que tienen los pacientes que acuden a consulta a la clínica "Rancho la Mora".

RESULTADOS: En el involucramiento afectivo funcional se observó que el 95% de los pacientes tienen un buen funcionamiento familiar, en el involucramiento afectivo disfuncional se reportó una sobrecarga en el nivel afectivo de 70%, en los patrones de comunicación disfuncional se observa marcada dificultad en la comunicación en los patrones de comunicación funcional, la comunicación verbal, sobretodo en el área instrumental de encuentra funcional, en resolución de problemas son capaces de ponerse de acuerdo con su familia y en los patrones de control de conducta adoptan patrones de comportamiento razonable y con posibilidad de negociación y cambio.

DISCUSIÓN: Comparado con estudios anteriores se corrobora que el rango de edad de los pacientes jubilados es de 56 a 60 años, así mismo el tipo de población predominante en el estudio fue de licenciatura. De acuerdo al tipo de actividad que realizan lo que predomino fue el ejercicio y la lectura. La enfermedad predominante fue la Diabetes Mellitus y en segundo lugar la Hipertensión Arterial, la mayoría de los jubilados viven en casa propia y con su cónyuge y se dedican al hogar.

CONCLUSIONES: El objetivo de este estudio se alcanzó, ya que se identificó la funcionalidad familiar a través del cuestionario de Evaluación del Funcionamiento Familiar (EFF), no solo de manera general, sino en cada uno de los factores que representa.

Palabras clave: Evaluación, funcionamiento familiar, familia, jubilación.

ABSTRACT

OBJECTIVE: To determine family functioning in patients retirees attending the outpatient clinic "Rancho la Mora" of ISSEMyM.

DESIGN: Identify family functioning by questionnaire Assessment of family functioning (EFF), descriptive statistics were used to obtain the averages and percentages of the application of questionnaires to obtain results of a single group.

MATERIAL AND METHOD: The study group was represented by a total of 100 patients retirees regardless of age and sex, was performed by applying the tool of Family Functioning Assessment (EFF) in order to assess family functioning that have patients attending the clinic consultation "Rancho la Mora".

RESULTS: In the functional affective involvement was observed that 95% of patients have a good family functioning in dysfunctional affective involvement was reported emotional overload level of 70%, in dysfunctional communication patterns observed marked difficulty in communication patterns in functional communication, verbal communication, especially in the functional area is instrumental in solving problems are able to come to terms with his family and control the behavior patterns take reasonable behavior patterns and possibility of negotiation and change.

DISCUSSION: Compared with previous studies is confirmed that the age range of the patients is 56 retired 60 years, also the predominant type in the study population was undergraduate. According to the type of activity carried out what was the predominant exercise and reading. The disease was predominant in Diabetes Mellitus and Hypertension Second, most retirees own and live at home with your spouse and are dedicated to the home.

CONCLUSIONS: The objective of this study was achieved as family functioning was identified through the questionnaire Assessment of Family Functioning (EFF), not only in general, but in each of the factors represents.

Keywords: Assessment, family functioning, family, retirement.

ÍNDICE GENERAL

NÚMERO	TÍTULO	PÁGINA
1	MARCO TEÓRICO	1
1.1	DEFINICIÓN DE FAMILIA	1
1.2	CLASIFICACIÓN DE LAS FAMILIAS	3
1.2.1	TIPOLOGÍA DE LA FAMILIA	4
1.3	FUNCIONES DE LA FAMILIA	5
1.4	CICLO VITAL DE LA FAMILIA	7
1.5	FUNCIONAMIENTO FAMILIAR	9
1.5.1	VARIABLES DEL FUNCIONAMIENTO FAMILIAR	13
1.6	JUBILACIÓN	15
1.6.1	CONCEPTO	15
1.6.2	ANTECEDENTES	15
1.6.3	TIPOS DE JUBILACIÓN	16
1.6.4	FASES DE LA JUBILACIÓN	17
1.6.5	ASPECTO SOCIAL	18
1.6.6	ASPECTO PSICOLÓGICO	22
1.7	SIGNIFICADO E IMPACTO DE LA JUBILACIÓN	28
1.8	TRANSICIÓN Y ADAPTACIÓN A LA JUBILACIÓN	31
1.9	RELIGIÓN	32
1.10	CALIDAD DE VIDA EN LA JUBILACIÓN	33
1.11	ECONOMÍA	36
1.12	MODELOS TEÓRICOS	38
1.13	INSTRUMENTOS QUE MIDEN LA FUNCIÓN FAMILIAR	42
2	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	45
3	JUSTIFICACIÓN	46
4	OBJETIVOS	47
4.1	OBJETIVOS GENERAL	47
4.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	47
5	METODOLOGÍA	48
5.1	TIPO DE ESTUDIO	48
5.2	DISEÑO DE INVESTIGACIÓN	48

5.3	POBLACIÓN, LUGAR Y TIEMPO	51
5.4	MUESTRA	51
5.4.1	TAMAÑO DE LA MUESTRA	51
5.5	CRITERIOS	51
5.5.1	CRITERIOS DE INCLUSIÓN	51
5.5.2	CRITERIOS DE EXCLUSIÓN	52
5.5.3	CRITERIOS DE ELIMINACIÓN	52
5.6	VARIABLES	52
5.6.1	DEFINICION CONCEPTUAL Y OPERATIVA DE VARIABLES	52
5.7	MÉTODO DE RECOLECCIÓN DE DATOS	53
5.7.1	CUESTIONARIO DE EVALUACIÓN (EEF)	54
5.7.1.1	VALIDEZ Y CONFIABILIDAD	54
5.7.1.2	CONSISTENCIA INTERNA	56
5.7.1.3	LIMITACIONES	57
5.7.1.4	FORMA DE CALIFICACIÓN DEL CUESTIONARIO EEF	57
5.8	MANIOBRAS PARA EVITAR SESGOS	59
5.9	PROCEDIMIENTOS ESTADÍSTICOS	60
5.10	CRONOGRAMA	60
5.11	RECURSOS HUMANOS, MATERIALES, FÍSICOS Y FINANCIEROS	60
5.12	CONSIDERACIONES ÉTICAS	60
6	RESULTADOS	61
7	DISCUSIÓN	76
8	CONCLUSIONES	77
9	REFERENCIAS	79
10	ANEXOS	82

MARCO TEÓRICO

1. FAMILIA

1.1. DEFINICIÓN DE FAMILIA

Aunque el término se ha definido de distintas formas, el grupo formado por marido, mujer e hijos sigue siendo la unidad básica en la cultura de Occidente, conservando aún la responsabilidad de proveer nuevos miembros a la sociedad, socializarlos y otorgarles apoyo emocional y físico. Por otro lado la familia es la institución básica de la gran mayoría de las sociedades humanas, representando el fundamento lógico de todo desarrollo cultural. Aún cuando la forma de la familia varía en las diversas sociedades, toda sociedad mantiene algún sistema típico constante, es por esto que cada forma particular de familia se tiene como un valor primario dentro de la sociedad.

Tapirelli (2010), citado en Irigoyen (2000), refiere que la palabra familia deriva del latín famas, ya que es una de las necesidades que resuelve esta asociación humana.

Márquez de Morante (1994), citado en Irigoyen (2000), refiere que la palabra familia deriva de famulus (siervo), a su vez del primitivo famul originado de la voz osca famel que significa esclavo.

Mendizábal (2008), citado en Irigoyen (2000), dice que el origen de la familia deriva de famas (hambre) por lo que tenemos en castellano hambriento de hambre.

Rodríguez de Zepeda (2004), citado en Irigoyen (2000), menciona que es el conjunto de personas que viven bajo un mismo techo subordinados a un superior común, y unidos por vínculos que se derivan inmediatamente de la ley natural.

Trendelenburg, citado en Irigoyen (2000), existen en la familia tres sociedades unidas, la conyugal y la filial.

Anónimo del siglo XIII, citado en Irigoyen (2000), gente que vive en una sola casa bajo la autoridad del señor de ella.

Fernández de Moratín (1991), citado en Irigoyen (2000), es un conjunto de ascendentes, descendentes, colaterales y afines de un linaje.

Góngora, citado en Irigoyen (2000), dice que es el cuerpo de una orden o religión o parte considerable de ella.

Alarcón, citado en Irigoyen (2000), dice que es la gente que el señor sustenta bajo su casa.

La Organización Mundial de la Salud en 1970 definió a la familia como el conjunto de miembros del hogar, emparentados entre sí, hasta un grado determinado por sangre, adopción o matrimonio.

El consenso norteamericano lo define como: la familia es un grupo de dos o más personas que viven juntas y están relacionadas unas con otras, por lazos consanguíneos de matrimonio o adopción.

En Canadá se ha definido a la familia como el grupo compuesto por un marido, una esposa con o sin hijos o un padre o madre con uno o más hijos, que viven bajo el mismo techo.

Dorsh, (1985) define a la familia en base a 4 áreas que son:

- 1) Biológica. Vida en común de los individuos, del sexo distinto para la reproducción y conservación de la especie, la preservación de los miembros de la familia y la crianza de los hijos en el ámbito familiar.
- 2) Sociológica. La familia es una comunidad interhumana, constituida al menos por tres miembros que se han unido por motivos psicológicos determinados.
- 3) Psicológica. La familia es como una institución social que contribuye al desenvolvimiento social, en el que interviene la patria, el suelo natal, las condiciones de desarrollo y la dirección de despliegue.
- 4) Etnológica. La familia es la vida en común, duradera, de una mujer con hijos y bajo la protección y ayuda de un hombre.

Sloninsky, (1962) refiere a la familia como un organismo que tiene su unidad funcional; toda familia como tal, está en relación de parentesco, de vecindad y de

sociedad, creando entre ellas influencias e interacciones mutuas. La estructura interna de la familia determina la formación y grado de madurez de sus miembros.

Para Alberdi, (1964), citado en Peña (1997), nos menciona que la familia es una unidad de convivencia en la que se ponen los recursos en común, entre miembros hay una relación de filiación o matrimonio, ya que es un esquema necesariamente padre-madre-hijo. No solo existe este tipo de familias pues ahora existe otro tipo de familia, los divorciados con hijos o aquellas quienes deseando no pueden tenerlos, los hombres o mujeres solos que adoptan hijos, etc.

Benítez (1995), citado en Peña (1997), nos habla de la familia diciendo: La familia sigue siendo considerada como la estructura básica de la sociedad, cuyas funciones no han podido ser sustituidas por otras organizaciones creadas expresamente para asumir sus funciones; de éstas la más importante son aquellas que sirve como agente socializador que permite proveer condiciones y experiencias vitales que facilitan el óptimo desarrollo biopsicosocial de los hijos.

1.2 CLASIFICACIÓN DE LAS FAMILIAS

Las principales estructuras familiares que hoy conviven en la sociedad y que responden a diferentes formas de adaptarse a las restricciones sociales comparten riesgos para la salud y la enfermedad, podrían resumirse así:

A) *FAMILIA NUCLEAR:* Padre, madre e hijos que viven juntos en una unidad familiar, puede trabajar solo el marido, la mujer, ambos tener trabajo eventual o estar desempleados.

B) *FAMILIA NUCLEAR SIN HIJOS:* Solo la pareja, no tienen hijos o simplemente ya no viven con ellos.

C) *FAMILIA SEMINUCLEAR:* Ya sea monoparental o uniparental, divorcio, abandono o separación acordada, con hijos en edad escolar o preescolar. El progenitor trabaja o lo mantiene la pareja ausente. Matrimonio mayor, padre proveedor, hijos universitarios o casados, o que ya trabajan. Parejas que conviven sin casarse y que pueden tener hijos propios. Familias reconstituidas luego que uno o los dos cónyuges han tenido matrimonios anteriores. Pueden tener consigo a los hijos anteriores y a los hijos que nacen de la nueva relación.

D) FAMILIA EXTENSA: Formadas por familias nucleares y parientes que viven cerca e interactúan en un sistema recíproco de intercambio de bienes y servicios. Parientes que se hacen cargo en manera más o menos permanente de nietos, sobrinos. Familias de tres generaciones (diferentes posibilidades de cohabitación en una sola unidad familiar).

E) FAMILIA COMPUESTA: Grupo de personas, familiares o no, que viven bajo el mismo techo, personas que viven solas o allegadas, pero sin lazos consanguíneos.

1.2.1. TIPOLOGÍA DE LA FAMILIA

CON BASE EN SU DESARROLLO: citado en (Irigoyen, 2000) Se clasifica de acuerdo al tipo de rol que tienen los padres en la familia, es decir en la moderna ambos padres salen del hogar a trabajar y obviamente ambos aportan para la manutención de los hijos, en la tradicional solo el papá trabaja y en la arcaica o primitiva existe el matriarcado o el patriarcado, entendido éste como que todo tipo de decisiones incluyendo el gasto familiar lo lleva él o ella sin permitir la intervención del otro. Proporción aproximada en nuestro medio. Moderna 40%, tradicional 50%, arcaica o primitiva 10%.

CON BASE EN SU DEMOGRAFIA: Esto quiere decir que tiene que ver con la ubicación geográfica en la que se encuentre ubicada la familia en nuestro país pueden ser: a) urbana y b) rural. La proporción aproximada en nuestro medio, rural 40%, urbana 60%.

CON BASE EN SU INTEGRACIÓN: En la familia integrada tanto los padres como los hijos cumplen sus roles de acuerdo al estándar. La semi-integrada aunque viven juntos uno de los padres no cumple con su rol. La desintegrada es cuando se presenta la ausencia de uno de los conyugues por muerte, divorcio, separación o abandono.

DESDE EL PUNTO DE VISTA TIPOLÓGICO: La característica esta dada según la ocupación de uno o ambos cónyuges y puede ser: Campesina, obrera o profesional.

1.3 FUNCIONES DE LA FAMILIA

Cada familia tiene necesidades que debe de satisfacer y que son muy importantes para su calidad de vida, la familia es el primer lugar donde el niño aprende a satisfacer las necesidades de los miembros. (Irigoyen, 2000) menciona cinco funciones principales:

Socialización: La tarea fundamental de la familia es transformar en un tiempo determinado, a una persona totalmente dependiente de sus padres, en un individuo autónomo, con “independencia” para desarrollarse en la sociedad. Los estudiosos de la familia han colocado a la madre como el educador primordial con la responsabilidad de socializar a sus hijos, principalmente en los seis primeros años de vida, ya que a partir de ese momento, habrá otras instituciones colaterales encargadas de la socialización de los hijos, como es el caso de la escuela primaria.

Cuidado: Esta función clave en la vida familiar, es la que propiamente permite la preservación de nuestra especie, se identifican cuatro determinantes en ella: alimentación, vestido, seguridad física y apoyo emocional.

Afecto: Esta actitud hacia nuestros semejantes, se ha identificado como un objeto de transacción dentro de la familia; en relación con esta necesidad de recibir afecto y proporcionarlo, se determinan en gran medida nuestras relaciones familiares.

Reproducción: Llanamente se ha definido a la familia como la institución encargada de “proveer de nuevos miembros a la sociedad”, aun cuando debemos aclarar, que esta función va más allá de tal propósito, ya que lleva el compromiso de efectuar esta tarea familiar con responsabilidad, en el contexto de lo que se ha dado en llamar actualmente: salud reproductiva.

Estatus y nivel socioeconómico: Aceptado el concepto de la familia como institución mediadora entre el individuo y la sociedad, entenderemos claramente, cómo el conferir a un miembro de la familia tal o cual nivel socioeconómico equivale a transferirle derechos y obligaciones. Por otra parte las exigencias para formar nuevas familias, correspondientes al mismo nivel socioeconómico, es una medida de perpetuar los privilegios y logros familiares.

Remotti (1977) citado en Sorrentino (1990) menciona que la familia tiene entre sus funciones esenciales, la protección y la crianza de los hijos, esto abarca tanto los cuidados físicos necesarios a un sano desarrollo como la transmisión de la cultura y de la normas sociales de la comunidad de pertenencia.

Romero (1997) considera que todas las personas, especialmente los niños necesitan que la familia a la que pertenecen cumpla estas funciones:

- **Función biológica:** se cumple cuando una familia da alimento, calor y subsistencia.
- **Función económica:** se cumple cuando una familia entrega la posibilidad de tener un vestuario, educación y salud.
- **Función educativa:** tiene que ver con la transición de conductas y hábitos que permitan que la persona se eduque y así pueda integrarse a la sociedad.
- **Función Psicológica y afectiva:** ayuda a que las personas se sientan queridas, apreciadas, apoyadas, protegidas y aseguradas.
- **Función social:** prepara a las personas para relacionarse, convivir, enfrentar satisfacciones distintas, ayudándose unos a otros, competir, negociar y aprender a relacionarse con el poder.
- **Función ética y moral:** transmite los valores necesarios para vivir y desarrollarse en armonía con los demás.

Freedman (1984), citado en Ramírez (2005), propone otras funciones que la familia debe desempeñar.

- a) **Funciones matrimoniales:** la familia debe satisfacer las necesidades de los esposos y permitirles realizar una constelación familiar adecuada.
- b) **Funciones de crianza:** abarcan el aporte de alimentos y los cuidados físicos. El hecho de comer juntos, al menos una vez al día no es sólo un ritual, sino un rito importante en la familia para la comunicación, el aprendizaje, la interacción como grupo y el descanso conjunto.
- c) **Funciones de relación:** desde el hecho de establecer una intimidad esencialmente no física con todos los miembros de la familia. Tanto el hecho del destete, como el modo de llevarlo a cabo. Cuando se haya ayudado al niño a encontrar su lugar en la familia permitiéndole sentirse integrado.
- d) **Funciones comunicativas:** el hecho de hablar con el niño acerca de sus experiencias internas y externas más precoces, es esencial para que empiece a hablar y comunicarse significativamente. Sólo a través del lenguaje se convierte la conciencia del cuerpo en conocimiento del cuerpo, y sólo por medio del lenguaje pone la confianza básica madre e hijo.
- e) **Funciones emancipadoras:** la meta final para todo niño es la de crecer y ocupar su lugar como miembro pleno de la sociedad en la cual le ha colocado la familia cuando se separa de ella para ir a la escuela.
- f) **Funciones recuperativas:** la familia debe facilitar la relación de sus miembros; la relación de modales y costumbres e incluso defensas esenciales para la interpretación en la comunidad.

La enseñanza a cargo totalmente de los padres durante los primeros años de vida y el aprendizaje le corresponde por entero a los niños, dentro de la relación padres e hijos.

Soifer (1993) menciona las siguientes funciones encaminadas a la familia:

- ✓ **Enseñanza del cuidado físico:** incluye la alimentación, la vestimenta, la enseñanza del lenguaje, la locomoción, la higiene, la prevención de los peligros, etc.
- ✓ **Enseñanza de las relaciones familiares:** influye en la elaboración de los diversos sentimientos tales como la envidia, los celos, el amor, el enojo, el narcisismo, la seguridad, etc.
- ✓ **Enseñanza de la actividad productiva y recreativa:** incluye el juego con juguetes, las tareas correspondientes al hogar, la destreza física, los estudios, las tareas escolares, las artes y los deportes.
- ✓ **Enseñanza de las relaciones sociales:** influye en su relación dentro y fuera de la familia con otras personas, familiares y amigos.
- ✓ **Enseñanza de la inserción laboral:** incluye todo lo que deben saber en cuanto a las relaciones laborales en el momento de ingresar al mundo laboral.
- ✓ **Enseñanza de las relaciones sentimentales:** como son la elección de pareja, amigos, noviazgo, etc.
- ✓ **Enseñanza de la formación y consolidación de un nuevo hogar:** tiene que ver con el conocimiento de las relaciones formales entre parejas y la decisión tan importante de formar un hogar propio, donde las responsabilidades de cada miembro de la familia deben cumplirse para el buen funcionamiento de la misma.

1.4. CICLO VITAL DE LAS FAMILIAS

Citado en (Irigoyen, 2000) La familia como todo grupo humano tiene su inicio, desarrollo y ocaso. A semejanza del hombre que es engendrado, nace, crece, se desarrolla, reproduce y muere, la familia por su parte sigue un patrón similar que a continuación se explicará:

La fase de matrimonio inicia con la consolidación del vínculo matrimonial, concluyendo este ciclo con la llegada del primer hijo, lógicamente que el arribo de un nuevo miembro tiene repercusiones importantes en las relaciones de la pareja, precipitando ajustes a la vida cotidiana.

La fase de expansión es el momento en que a mayor velocidad se incorporan más miembros de la familia. Como su nombre lo indica, la familia se dilata o expande. Es muy conocido el ejemplo de los jóvenes esposos, que deben organizarse de manera muy armónica para levantarse de madrugada para proporcionar el biberón al bebé, cuidando que esta situación altere lo menos posible sus actividades diurnas.

Fase de dispersión, para algunos autores esta fase se identifica claramente, por el hecho de que todos los hijos asisten a la escuela y ni uno sólo se encuentra trabajando, en esta etapa de la vida familiar, se prepara el camino para la próxima independencia de los hijos mayores que ya se encuentran en etapa de adolescencia. Los padres se ven sometidos a nuevos retos, ellos mismos se deben de ajustar al pensamiento de los jóvenes hecho que proporciona no pocas divergencias.

La fase de independencia, es difícil precisar el número de años transcurridos, al inicio de esta fase, la pareja debe aprender a vivir nuevamente en independencia, sus hijos han formado nuevas familias. Los lazos de unión entre padres e hijos se deben fortalecer ante el riesgo de un posible debilitamiento sin olvidar el clima de profundo respeto que debe privar, hacia las recientes familias que recientemente se están formando. Esta fase suele durar entre 20 y 30 años.

Fase de retiro y muerte, al igual que algunas situaciones paradójicas en la naturaleza, observamos el contraste entre el entusiasmo e ilusión que caracterizaban la fase de matrimonio con la incertidumbre y nostalgia que con gran frecuencia se ve marcada esta fase de desarrollo familiar, cuatro son las circunstancias mas difíciles que se han encontrado y son:

*Incapacidad para laborar (con desempleo debido a la presencia de enfermedades crónico degenerativa).

*Desempleo

*Agotamiento de los recursos económicos

*Las familias de los hijos casados en la fase de expansión sin posibilidad de proporcionar recursos a los padres, abandonándolos en sus hogares de origen, o recluyéndolos en asilos.

1.5. FUNCIONAMIENTO FAMILIAR.

Definición:

Conocer el funcionamiento de una familia implica tomar en cuenta el contexto sociocultural en el que se desarrolla, ya que cada familia tiene valores, creencias, una determinada estructura jerárquica, mitos, etc., que son parte de todos y cada uno de los miembros que la conforman.

Por lo que diversos autores definen la funcionalidad o disfuncionalidad de una familia desde su muy particular punto de vista.

Así, Saucedo y Foncerrada (1985) refieren que dentro de la familia actúan tanto fuerzas positivas como negativas, que determinan el buen o mal funcionamiento de la misma y que constituyen la “dinámica familiar”. Esta dinámica pone en juego un equilibrio interno que conserva unida a la familia a pesar de las presiones producidas dentro y fuera de ella.

Por su parte, Satir (1982) indica algunos criterios para determinar el grado de funcionalidad de la familia:

- ❖ En una familia funcional, la comunicación entre sus miembros es clara, directa, específica y congruente, tanto en su contenido verbal como no verbal.
- ❖ Se respeta la autonomía de sus miembros y las diferencias individuales no sólo se toleran, sino que se estimulan para favorecer el crecimiento individual del grupo familiar.
- ❖ Da más importancia a la búsqueda de la solución más apropiada para cada problema, que a la lucha por el poder.
- ❖ Cuando las demandas internas o ambientales lo exigen, pueden ser lo suficientemente flexibles para cambiar.

A lo anterior, Framo (1981, citado en Rivera, 1999) agrega algunos principios ideales del funcionamiento familiar:

- Que cada uno de los padres estén bien diferenciados y hayan desarrollado suficientemente su independencia emocional, antes de separarse de sus familias de origen, para fundar un nuevo hogar.
- Que exista una separación clara de los límites generacionales en la familia, es decir, que los padres se comporten como padres y los hijos como hijos.

- Que las percepciones y expectativas que los padres tengan de ellos mismos y de sus hijos sean realistas.
- Que sea mayor la lealtad a la familia actual, que a la familia de origen.
- Que lo mas importante para el/la esposo/a sea su pareja, y que los hijos no sientan que al acercarse a uno de sus padres se separan del otro.
- Que existan expresiones de cariño y afecto no posesivo entre padres, hijos y hermanos.
- Que los padres tengan con sus propios padres y hermanos una relación de respeto y cuidado de tipo adulto.
- Que la familia sea lo suficientemente abierta como para permitir que sus miembros se involucren con otras personas (familia extensa y amigos).

Lo anterior indica que la familia puede funcionar como un sistema abierto.

Por su parte, Elterman (2002) dice que la familia también puede funcionar como un sistema cerrado, el cual se caracteriza por: no intercambiar energía con el medio ambiente, paralizar y propiciar síntomas, impedir que algo nuevo se introduzca en él, mantenerse como está, aunque sus integrantes no se sientan cómodos.

También existe un sistema familiar normal que se constituye por: una pareja de padres que tienen dos roles: el de esposos y el de padres, ambos roles deben estar equilibrados; hay tolerancia a la frustración en lo relativo a los hijos y a sí mismos existe la capacidad de poner límites claros y controlar los permisos, hay una relación de respeto de los hijos hacia los padres, en el subsistema fraterno hay rivalidades sanas, nunca destructivas; las alianzas entre los sistemas y subsistemas son temporales, no fijas.

Así De la Cuesta, Pérez y Louro (1999) consideran el funcionamiento familiar como la dinámica relacional interactiva y sistémica que se da entre los miembros de una familia y, se evalúa a través de las categorías de cohesión, armonía, rol, permeabilidad, afectividad, participación y adaptabilidad.

Mientras que Ortiz y Louro (1999) dicen que el funcionamiento familiar se expresa de la forma en que el sistema familiar es capaz de enfrentar las crisis, valorar la forma en que se permiten las expresiones de afecto, el crecimiento individual de sus miembros y la interacción entre ellos, sobre la base del respeto, la autonomía y el espacio del otro.

Así Yeung, Sandberg, Daviskean y Hofferth (2001) en su estudio para examinar la participación de los niños con sus padres, a través del tiempo que pasan juntos, en familias intactas; encontraron que aunque las madres cargan la parte tranquila de la paternidad, los padres se comprometen relativamente a parecerse a las madres. Dichos autores concluyeron que el compromiso de los padres hacia sus hijos en familias intactas, se tiene que relacionar también con factores socioeconómicos, ya que éstos pueden afectar el compromiso paternal. En promedio, un niño pasa una hora y 13 minutos en un día laborable, y 3.3 horas en un día de fin de semana interactuando directamente con su padre o con su madre.

En cuanto a la disfuncionalidad familiar, las familias con índices muy altos de desintegración, sus miembros pasan la mayor parte del tiempo fuera de la casa, en donde la poca convivencia familiar los hace verse como ajenos o extraños, experimentando sentimientos de soledad y aislamiento.

Dentro de las organizaciones disfuncionales más frecuentes en las familias de hijos adolescentes están: familias desintegradas, en las cuales los hijos al romperse la pareja, permanecen con la madre quien por lo general no ha elaborado adecuadamente la separación del padre y mantiene una relación hostil con éste. Muchas veces, las madres ven a uno de los hijos como apéndice del padre ausente, por lo que, todo el enojo y el resentimiento hacia el padre es volcado hacia el hijo. Las familias en donde los padres presentan incapacidad para asumir que sus hijos han crecido y con ello sus obligaciones y derechos: unos padres exigen a sus hijos demasiadas responsabilidades, otros, por el contrario, no les exigen responsabilidad dentro ni fuera de la casa, son en extremo permisivos.

Espinosa (2000) en su estudio Inventario multifactorial de problemas familiares, para construir una definición de problemas familiares, conocer los problemas más frecuentes en la familia y validar un instrumento para medir el constructo problemas familiares; encontró que la definición de problemas familiares sugiere la presencia de situaciones que alteran la estabilidad familiar, rompiendo la armonía entre los miembros de un grupo social con vínculos emocionales específicos. Es decir son las dificultades y conflictos relacionados con la convivencia entre los miembros de la familia que pueden generarse por causas internas como: falta de comunicación diferentes puntos de vista, lo que crea malos entendidos; mala relación entre los padres, faltas de respeto y desobediencia, lo que crea desorganización del núcleo familiar.

Así mismo hay determinantes externos como: la economía, falta de trabajo, alcoholismo o drogadicción, que traen por consecuencia, en el ámbito emocional: dolor, soledad, hostilidad, desagrado, manifestaciones de orgullo e indiferencia.

Respecto a los problemas mas frecuentes, encontró los siguientes: falta de comunicación, económicos, falta de respeto, discusiones, distintos puntos de vista, actitudes y creencias; alcoholismo, falta de convivencia, y educación de los hijos, permisos, drogadicción, tareas de casa, malos entendidos entre hermanos.

En cuanto al instrumento, éste se integró por 40 reactivos incluidos en ocho dimensiones (comunicación e integración familiar, interacción familiar negativa, conflicto familiar, agresión familiar, acuerdos de papá y mamá para dar permisos, impacto del alcohol en la familia, farmacodependencia en la familia y conducta alcohólica en la familia).

Las conclusiones a las que llegó dicha autora fueron los siguientes: el inventario constituye un índice válido y confiable en la evaluación de aspectos tanto internos del funcionamiento familiar como de los factores externos al núcleo que son predictores de problemas familiares; también permite la exploración de indicadores clínicos de problemáticas mas profundas de adultos jóvenes.

Motrico, Fuentes y Bersabé (2001) en su estudio para analizar los conflictos entre padres e hijos/as y sus discrepancias en la percepción de los conflictos a lo largo de la adolescencia, encontraron una baja frecuencia de conflictos entre padres e hijos; aunque, ambos discuten algunas veces por las tareas de casa, tareas de la escuela, hora de llegar a casa, uso del dinero, compras, ver televisión, amigos que tiene, por el tabaco, alcohol o las drogas.

Padres e hijos/as coinciden en que los principales conflictos entre madres y adolescentes surgen por la realización de tareas en casa; y entre padres e hijos/as por hacer las tareas de la escuela.

Se puede decir que la funcionalidad familiar se da mientras existan diferencias individuales entre sus miembros, las cuales asignan los roles correspondientes dentro de la organización. Al respecto Chagoya (citado en Elterman, 2002) menciona que una familia funcional “es aquella en la cual, las crisis son consideradas en grupo,

cada miembro acepta un rol para hacer frente a las crisis y la familia necesariamente cambia para adaptarse a las circunstancias dadas”.

Y la disfuncionalidad se da cuando en las diferentes etapas del ciclo vital se presenta una serie de cambios y al ocurrir éstos, la familia sufre estancamiento en su proceso o mal manejo en su adaptación; es decir, ésta utiliza los problemas como un medio de alejamiento y discordia, cuya situación afecta a la dinámica familiar.

De acuerdo a lo anterior, el funcionamiento familiar se define como los patrones de comportamiento de la familia de acuerdo con algunas dimensiones como la cohesión, comunicación, roles, estructura de poder, resolución de conflictos, involucramiento y expresión de los afectos, control de la conducta, etc.

1.5.1. VARIABLES QUE SE HAN RELACIONADO CON EL FUNCIONAMIENTO FAMILIAR

Algunas de las variables que se han relacionado con el funcionamiento familiar, son variables socioeconómicas y educativas, así como las familias de origen.

ESTRUCTURA FAMILIAR: Minuchin (1979) dice que “la estructura familiar es el conjunto invisible de demandas funcionales que organiza los modos en que interactúan los integrantes de la familia”. En el comportamiento familiar hay reglas implícitas y explícitas, por lo que la estructura familiar ha sido planteada como variable independiente de una serie de fenómenos, tales como las relaciones familiares, el desarrollo infantil, la satisfacción conyugal y el funcionamiento familiar.

ASPECTOS SOCIOEDUCATIVOS Y SOCIOECONÓMICOS: varios autores señalan que los aspectos socioeducativos y socioeconómicos influyen en el funcionamiento familiar, pues los patrones culturales de las familias en buena medida determinan el tipo de interacciones que existen dentro del sistema familiar, lo cual incluye los roles, mando, expresividad, patrones de comunicación, etc.

Salles y Turian, (1996, citado en Elterman, 2002), mencionan que la familia como parte de un grupo social mayor, se ve afectada por los cambios que se suscitan en su entorno, tales como la situación política y la económica, esta última causante de un cambio estructural en la familia, al hacer que la mujer se integre al mercado de

trabajo; con lo cual altera el patrón de conducta tradicional para promover una mejor calidad de vida al conjunto.

FAMILIA DE ORIGEN: la familia de origen ha sido considerada como una variable determinante en el funcionamiento de la familia que forma un individuo. Pues el ser humano adquiere desde las primeras experiencias familiares un conjunto de expectativas implícitas y explícitas, valores, actitudes y creencias; que sirven como puntos de referencia para la evaluación de muchas experiencias interpersonales subsecuentes, por lo que al formar una nueva familia, los esposos combinan las respectivas historias de sus familias de origen para crear ambos un conjunto de creencias, es decir a medida que los individuos crecen, los roles se van modificando, por lo que debe existir un proceso de adaptación.

Cuando se trata de conceptuar la normalidad familiar, nos encontramos con una confusión de términos y definiciones que se han utilizado a lo largo de la literatura (más aún, el término normal rara vez se encuentra en los índices de los textos, lo cual provoca que el interesado se dirija a referencias indirectas en la literatura). El concepto de normalidad o salud se puede agrupar en 4 perspectivas básicas de acuerdo con las categorías de Offer y Sabshin (1966,1971). Las familias normales pueden definirse en términos de funcionamiento como a continuación se describirán.

a)- Funcionamiento familiar asintomático: En esta perspectiva, la familia se considera normal al no existir síntomas recientes de disfunción o psicopatología en los miembros de una familia. En esta definición, la ausencia de síntomas equivale a salud. Esta es una definición negativa, ya que si una familia “sana” tiene un miembro emocionalmente enfermo, no será una familia sana. Este concepto ha sido utilizado básicamente para comprender el funcionamiento de las familias normales como un grupo homogéneo en comparación con las familias de pacientes emocionalmente perturbados, evitando otras definiciones o criterios selectivos que caracterizan la validez empírica (Jacob, 1974; Riskin y Faunce, 1972).

b)- Funcionamiento familiar promedio: En esta perspectiva, la definición de “normalidad” es estadística. Las familias en el rango medio de funcionamiento están más cerca de lo normal. Las familias cuyo funcionamiento es óptimo están tan desviadas de la norma como las severamente disfuncionales. Ya que la mayoría de las familias tienen problemas ocasionalmente, un problema por sí mismo no implica que la familia no sea normal.

c)- Funcionamiento familiar según los procesos transaccionales: En esta perspectiva, las familias normales se conceptualizan en términos de procesos universales característicos de todos los sistemas. Los procesos básicos implican la integración, mantenimiento y crecimiento de la unidad familiar en relación con los sistemas individual y social. Lo “normal” se define en contextos temporales y sociales y varía con las diferentes demandas internas o externas que se requieren para la adaptación mediante el ciclo vital de la familia.

d)- Funcionamiento familiar óptimo: Este enfoque de la normalidad define a la familia exitosa en términos de características ideales o positivas. Las familias con funcionamiento óptimo se encuentran en el extremo más alto del continuum, las familias promedio en el rango medio y las familias severamente disfuncionales en el extremo más bajo, Walsh (1982). El término familia sana generalmente se refiere a una familia ideal adaptada a un modelo basado en resultados, en términos de cumplimiento de tareas familiares, principalmente el desarrollo exitoso de la descendencia, Solnit (1980).

1.6. JUBILACIÓN

1.6.1. CONCEPTO

La palabra jubilación, etimológicamente, parece estar relacionada con las palabras jubilo y jubileo, que significan alegría o gozo y fiesta, y básicamente con la expresión latina “jubilatio”.

1.6.2. ANTECEDENTES

Los hebreos celebraban cada cincuenta años una fiesta en la que los esclavos eran liberados y las herencias devueltas a sus antiguos propietarios. Lo llamaban jubileo.

La iglesia católica utilizó la palabra jubileo para conceder indulgencias en ciertas épocas y ocasiones.

También se le da el nombre de jubileo al hecho de celebrar cincuenta años de sacerdocio o de ejercicio de un cargo.

La palabra jubilar, significa eximir del ejercicio por razones de ancianidad o imposibilidad física, asignándose una pensión.

Jubilación es el efecto de jubilarse y percibir una pensión de la que goza el que está jubilado. También significa alegría expansiva.

1.6.3. TIPOS DE JUBILACIÓN

De acuerdo con Hernández (2009) en México se reconocen cuatro tipos de jubilación:

- 1) Por prestar 35 o más años de servicio
- 2) Por invalidez.
- 3) Retiro por edad.
- 4) Por cesantía en edad avanzada.

De acuerdo a la Ley de Seguridad Social para los Servidores Públicos del Estado de México y Municipios del año 2000 (ISSEMYM) se determinan los siguientes tipos de jubilación:

- ❖ Jubilación por años de servicio: es aquella donde el trabajador cumple un período de 35 años de servicio no importando su edad.
- ❖ Jubilación por invalidez se lleva a cabo cuando el servidor público sufre alguna incapacidad física y/o mental parcial o temporalmente que impida el desempeño de su trabajo.
- ❖ Jubilación por edad: tiene como requisito que el asegurado haya cumplido 65 años y tenga reconocidas 1,250 cotizaciones semanales.

Aunque existen diversas formas en las que el trabajador puede jubilarse, podría elegir el tipo de jubilación que este acorde a sus necesidades, ya que este proceso determina que ha concluido con el tiempo de prestar sus servicios.

La jubilación es la fase final del ciclo de vida ocupacional de una persona, así como el período siguiente después de haber culminado una carrera laboral y se presenta de manera simultánea con otros cambios en la vida de una persona. La jubilación en

un proceso que empieza con la planeación y la toma de decisiones aun antes de que concluya la vida laboral y termina después de varios años de la jubilación real.

1.6.4. FASES DE LA JUBILACIÓN

Atchley (1976) propone diversas fases de la jubilación que se definen a continuación:

a) **Prejubilación.** Se puede subdividir en dos fases: remota y cercana. En la primera, el individuo la ve como una fase positiva al final de la carrera profesional. Esta fase puede iniciarse aun antes de que la persona ingrese a su primer trabajo, y concluye cuando el individuo se acerca a la jubilación. Muy poca gente le teme a la jubilación en esta fase, y al mismo tiempo, muy pocos planean este suceso. La fase cercana empieza cuando el individuo se da cuenta de que su jubilación esta próxima, sus antiguos amigos se empiezan a jubilar o la empresa le envía señales de que su jubilación se acerca. Para las mujeres, muchas veces se inicia con la jubilación de su esposo. En este punto las actitudes hacia la jubilación se vuelven negativas, ya que la realidad se vuelve más clara y porque para muchos no se han conseguido los prerrequisitos financieros necesarios para jubilarse. Los programas de prejubilación ayudan a reducir la ansiedad producida por la jubilación cercana. En esta fase también la persona tiene muchas fantasías sobre lo que es la vida de un jubilado. Estas fantasías pueden ser realistas o poco realistas, ya que existe siempre un elemento de realización que puede llevar a expectativas erróneas y falsas sobre la jubilación.

b) **Luna de miel.** El evento de la jubilación es seguido por un período de euforia en el que el individuo se percata de su nueva libertad de tiempo y espacio. En esta fase, las personas tratan de realizar todo lo que antes no tenían tiempo de hacer, por lo que es un período muy ocupado: viajar, visitar a parientes y amigos, realizar actividades deportivas, recreativas etc. Para algunas personas esta fase puede ser muy corta o puede durar muchos años, sin embargo al cabo de un tiempo se establece una rutina. La naturaleza de esta rutina es muy importante, ya que si la persona lo percibe como satisfactoria, entonces se estabilizará.

c) **Desencanto.** Para algunas personas no es fácil adaptarse a la jubilación. Después de que la vida se empieza a normalizar, algunas personas experimentan un período de desencanto y aun de depresión. Las personas con pocas alternativas, que tienen pocos recursos económicos o una salud deficiente, aquellos que estaban

demasiado involucrados con su trabajo, aquellos que no estaban acostumbrados a manejar su propia vida, aquellos que experimentaron otras pérdidas de roles, aquellos que cambiaron su lugar de residencia, etc., tienden a experimentar períodos de depresión más profundos y largos.

d) **Retroalimentación.** Durante esta fase la persona deprimida tiene que superarse a sí misma, y desarrollar un punto de vista más objetivo acerca de sus alternativas. En esta fase es necesario explorar nuevas maneras de involucrarse en otras actividades. Tal vez se busca la ayuda de familiares y amigos, se establece una estructura y una rutina para la vida diaria que proveerá satisfacción a la persona.

e) **Estabilización.** Se establece una rutina para manejar el cambio. La persona ya desarrolló un criterio para tener recursos que le permitan vivir de manera satisfactoria. La vida es predecible y satisfactoria, algunas personas pasan de la fase de luna de miel directamente a la estabilización, la persona ya ha dominado su rol de jubilado, ya sabe que es lo que se espera de él y cuales son sus limitaciones y habilidades.

f) **Terminación.** Para muchas personas la muerte termina su rol de jubilado, pero para otras hay diferentes maneras de perder su rol. Casi siempre, este rol se cancela por enfermedad y discapacidad, ya que se pierde la independencia. Otra manera de perder su estatus de jubilado es perder su capacidad económica, ya que se vuelve dependiente en este sentido.

No existe una edad cronológica para estas fases, más bien son una progresión de procesos involucrados en el rol del jubilado.

1.6.5. ASPECTO SOCIAL

El hombre se hace, se desarrolla y se realiza en la vida social, en el trabajo y fuera de él, y lo mismo sucede en la jubilación, de forma que esta será fructífera o no en la medida en que se mantengan unas relaciones sociales sanas (Moragas, 2001)

Al jubilado, sus relaciones sociales pueden proporcionarles el uso del tiempo y la calidad de vida que antes le daba el trabajo. Son numerosos los grupos que pueden intervenir en el rediseño del rol social del grupo y de ellos destacaremos tres: la familia, el grupo de relación laboral y otros grupos de diversa orientación (deportiva, cultural, etc.) que completan el ámbito de sus relaciones.

Matrimonio

“La jubilación es asunto de dos”. La mujer trabaje o ya se haya jubilado es la organizadora natural del hogar al que accede el marido con un caudal de tiempo que llenar. El ajuste de roles debe realizarlo el marido con mucha mayor profundidad e implicación personal que la mujer, que actúa en su territorio habitual. De ahí la importancia de preparar para la jubilación no solo a los maridos, sino también a las esposas, que poseen la clave de la adaptación o desadaptación del trabajador jubilado.

La jubilación y la vida matrimonial

Al respecto, se consideran tres puntos de vista acerca del efecto que la jubilación tiene sobre la calidad marital.

El primero es que la jubilación aumenta la satisfacción marital al reducir la competencia en los diferentes roles, por lo tanto aumenta la oportunidad de que haya mayor intimidad y compañerismo entre los esposos.

El segundo punto de vista establece que dejar la fuerza laboral afecta las relaciones maritales, ya que el incremento de las interacciones maritales debido a la jubilación resulta en tensión y conflicto entre los miembros de la pareja. La preocupación por una falta de ingreso fijo o suficiente contribuye a una sensación disminuida de bienestar en algunas personas. Adicionalmente, los esposos deben enfrentar más horas en casa, y debido a que generalmente no han estado involucrados en el manejo del hogar están obligados a desarrollar nuevas actividades que les ocupen mayor cantidad de tiempo en su casa. Esto no es siempre fácil para algunos hombres, a los que les molesta la idea de la esposa, la vida doméstica y el pertenecer a un mundo de dominio femenino.

El tercer punto de vista establece que la jubilación no rompe los patrones establecidos por el matrimonio desde su inicio, aunque la pareja experimente cambios en su estilo de vida a partir de la jubilación.

Las parejas que se han confortado uno al otro y que han demostrado interés hacia el otro cuando sus hijos estaban creciendo, no cambian a pesar de lo que hacen las rutinas de trabajo. Los hombres continúan buscando la intimidad con sus esposas y el apoyo mutuo se vuelve más importante en esta época de problemas. El aumento

en el tiempo que pasan juntos los esposos en la jubilación aumenta lo que satisface las tres posibles funciones del matrimonio: afecto, pertenencia e interdependencia. El estar más tiempo juntos permite que las parejas que han tenido una buena calidad en sus matrimonios continúen platicando sus insatisfacciones y problemas a los que se enfrentan en esta etapa de la jubilación y se establecen nuevas reglas para convivir.

La jubilación es una posible amenaza para la continuidad de los roles y en las relaciones de la esposa de un jubilado. La invasión del espacio y tiempo de los esposos jubilados, los cambios en la división del trabajo en la casa y los patrones de toma de decisiones presentan problemas de reajuste en la pareja. Adicionalmente, los esposos pueden interferir en la tendencia de las esposas a satisfacer su necesidad de afiliación e intimidad fuera de la pareja conyugal. También se deben adaptar a tener más tiempo a sus esposos en la casa. Generalmente ellas desean que sus esposos estén involucrados en actividades recreativas adicionales y actividades fuera de la casa.

Para las amas de casa de tiempo completo, la jubilación del esposo puede traer un alivio a la soledad y al aislamiento. Asimismo, si la jubilación del esposo es de una profesión o actividad peligrosa, como sería la minería, puede traer como consecuencia una disminución de la presión de la pareja. Sin embargo la jubilación del esposo también puede poner una presión considerable en la relación de pareja, si existe una división de las labores del hogar muy tradicional o si la esposa ha desarrollado una red social muy amplia fuera de la casa, ya que la esposa sentirá la intromisión del esposo en sus actividades.

El impacto de la jubilación en el hombre varía debido a qué tanto encontraba satisfactorio su trabajo, cuánto prestigio le daba su puesto, y qué tanto de su identidad personal estaba asociada al mismo. Después de perder el sentimiento asociado con el poder que le daba el trabajo fuera de casa, muchos hombres buscan el poder dentro de la casa, y demandan un rol más importante en la toma de decisiones relacionadas con el hogar, motivo por el cual algunos hombres muestran resentimiento cuando se les pide participar en el cuidado del hogar, especialmente cuando esta tarea la consideran "tarea de mujeres".

El perder poder en la familia puede causar una pérdida de autoestima. Algunas veces las parejas ya envejecidas tratan de recuperarlo mediante el uso de poder

informal, lo que muchas veces causa más tensión en las relaciones familiares, ya que no sólo existe el cambio en la balanza del poder entre los esposos, sino que los hijos adultos casi siempre ganan poder en relación con sus padres que están envejeciendo.

Hijos

Son los que convierten el matrimonio en una familia y elemento esencial de la misma. Los hijos son después del cónyuge, las personas con más frecuencia mencionadas como condicionantes de decisiones importantes: cambio de residencia, venta de la actual, ingreso en una institución, etc. Las relaciones entre padres jubilados y sus hijos tienen gran variedad de manifestaciones, influidas por el tipo de relación mantenida antes, lo cual confirma la estabilidad en el tiempo de los vínculos sociales.

El hijo puede ayudar a su padre afectiva o materialmente, pero su respuesta es siempre subsidiaria a las expectativas del padre sobre lo que es adecuado que haga el hijo en esta situación, y lo adecuado puede variar mucho de un padre a otro.

Nietos

Las relaciones abuelos jubilados-nietos se caracteriza por la ausencia de poder por parte de ambos sujetos. No existe un poder real de los abuelos sobre los nietos, si no es por delegación de los padres.

Todos los abuelos como los nietos declaran que la relación entre ellos les interesa, que es gratificante y que desearían ampliarla en cantidad e intensidad, y que si no lo consiguen no es por falta de voluntad de los interesados sino porque la generación intermedia que tiene la responsabilidad económica y de gestión del hogar, pone obstáculos.

Hermanos

Muchas personas dan cuenta de un mayor interés y contacto con los hermanos, después de la jubilación, ya que comparten la casa, ofrecen consuelo y apoyo en momentos de crisis, y se ayudan mutuamente en caso de enfermedad.

Viudez

Los hombres y mujeres cuyo cónyuge fallece también adoptan un nuevo estatus de vida. Algunas veces se trata de una transición difícil que suponen cambios radicales en los patrones de vida y el riesgo de aislamiento social.

Grupos profesionales

Socialmente sería lógico mantener una relación saludable con colegas de trabajo, con los que el jubilado se ha relacionado positivamente durante su vida activa, ya que ello aporta cierta estabilidad a su persona sometida a las tensiones de la jubilación.

Grupos de amigos

La amistad, manifestación peculiar de amor, constituye la relación social más pura ya que se basa en la libertad y gratitud de quienes la establecen y mantienen. La amistad es importante en la vida social del jubilado.

La jubilación es una etapa muy adecuada para ampliar y profundizar amistades que no pudieron desarrollarse suficientemente durante la vida activa porque faltaba el elemento necesario para las relaciones sociales: tiempo.

1.6.6. ASPECTO PSICOLÓGICO

El complemento de la salud física es la salud psíquica, y no deberíamos diferenciarlas salvo para realizar un análisis de los elementos que permita profundizar en su variedad, recordando siempre la indisoluble unión entre bienestar del cuerpo y de la psique. Desde la máxima latina “Mens sana in corpore sano” hasta las modernas teorías de la personalidad, que prueban la importancia de la actitud psíquica para mantener la salud o enfermedad.

La salud psíquica se refiere a todos los aspectos intangibles de la salud, a lo psíquico, a lo que no es orgánico o somático, a lo que se basa en la mente, la voluntad, los sentimientos. Concentrándonos en tres etapas: auto examen, valoración y acción, para cada persona, individualmente y con la ayuda especializada que considere adecuada, llegue a conclusiones específicas sobre su grado de salud psíquica, y pueda tomar medidas para que la jubilación sea una oportunidad de realización y no de frustración personal. Es importante desatacar la importancia del componente psíquico en la jubilación que vulgarmente se refleja en la expresión “buena o mala actitud” frente al hecho de la interrupción del trabajo. Sin embargo intervienen muchos factores para que la actitud sea buena o mala, como la personalidad, intereses y motivaciones y capacidad cognitiva.

PERSONALIDAD

Existen determinados tipos de personalidad que se plantean favorable o desfavorablemente el hecho de la jubilación.

La persona es la que posee una personalidad a lo largo de la vida, y le hace reaccionar positiva o negativamente frente a la jubilación, como lo ha hecho frente a otros acontecimientos vitales importantes.

Existen individuos que envejecen positivamente y otros que lo hacen negativamente. Entre los primeros se dan actitudes favorables debido a sus recursos individuales; los segundos carecen de aptitudes, no tienen estrategias o ninguna de ambas cosas. La jubilación altera una forma de vivir basada en el trabajo productivo, que ha mantenido a la persona en un esquema vital estable, en la ocupación de su tiempo y exigencias de su aportación individual. Lo peculiar de la jubilación consiste en la alteración de un esquema de exigencias funcionales y temporales. Si no se posee otro esquema, esto es, otros objetivos vitales y un uso adecuado del tiempo para la nueva situación, se puede producir reacciones negativas en el sujeto.

La jubilación es para el sujeto una nueva realidad que implica un replanteamiento de la experiencia vital en el uso del tiempo, en las experiencias físicas, en la dedicación intelectual y en el significado social de la persona, y todo ello supone una respuesta psíquica global del individuo. Dado el carácter único de dicha situación, lo lógico sería preparar al individuo para que se enfrentara a ella bien dotado, y sin embargo, en la práctica, nos encontramos sin preparación para este acontecimiento, el cual va a suponer una prueba importante para la personalidad individual.

Reacciones:

Entre las reacciones psíquicas negativas que puede producir la jubilación, los psicólogos destacan la ansiedad y la depresión.

- **Ansiedad:** es el síndrome más frecuente, debido al desconocimiento de lo que espera tras el fin de la vida laboral. De poco sirve la experiencia de

compañeros jubilados del mismo trabajo, conscientemente se reconoce la diferencia de personalidades, salud física, relaciones familiares y sociales. La vivencia de los demás es solo una referencia útil pero poco indicativa de lo que no se ha experimentado.

La existencia de ansiedad en el futuro jubilado, es por la pérdida de la ocupación habitual, la reducción de ingresos, la disminución de las relaciones habituales, la caída del status en el seno de la familia y en la sociedad, y posiblemente reducción de las facultades vitales.

- **Depresión:** es el desorden funcional más importante como respuesta a la jubilación impuesta, sin oportunidad de que el candidato haya participado en la decisión. Sus manifestaciones psíquicas más frecuentes consisten en una reducción de la autoestima, negatividad respecto al futuro, tristeza y reducción de las actividades de cualquier tipo. Manifestaciones físicas de la depresión son: la disminución del peso, la fatiga, el estreñimiento, etc.

Tipos de personalidad del jubilado

El maduro: individuo bien integrado, que disfruta de cualquier cosa.

El pasivo: “Señor de la mecedora”, contento porque al fin puede descansar.

El defensivo-activo: quien se organiza un sin número de actividades para evitar la ansiedad de la inactividad, resumida en la frase “si me paro me muero”.

El colérico. Mal ajustado a la jubilación, critica a los demás y les hace responsables de sus frustraciones.

El auto agresivo: Mal ajustado, se odia a sí mismo y se responsabiliza de sus fracasos y frustraciones.

AUTOCONCEPTO Y AUTOESTIMA

El concepto que cada persona tiene de sí mismo se basa en el resultado de actitudes y valoraciones propias y en la opinión y conducta de los demás. Constituye lo que se denomina la visión del yo, y aísla el “yo como objeto”, proporcionando lo que a Erickson denomina “identidad” de la persona. La noción central del auto concepto se basa en la coincidencia entre lo que los demás piensan y manifiestan de uno, y la propia concepción y conducta.

Si no existe coincidencia entre la visión ajena y la propia, se produce un ajuste o un rechazo. En resumen, el auto concepto se basa en el terreno común existente entre lo que el individuo y los demás piensan de su persona, pues si hay una gran disparidad entre ambas visiones, surgen problemas en el desempeño del rol individual. La experiencia vital es en sí un proceso de ajuste constante entre lo que los demás piensan y esperan de uno mismo y lo que el individuo cree que es y debe ser. La jubilación, como una experiencia vital, introduce un cambio importante, el cual debe resolverse con armonía entre la conducta que la sociedad espera del jubilado y lo que él considera que tiene que ser su comportamiento.

La propia autoestima es un elemento decisivo que determina la imagen y las relaciones que mantenemos con las demás personas.

La autoestima, sufre una amenaza con la jubilación, que supone una crisis del estatus personal y social, y una crisis también en la valoración que los demás hacen. Si se consigue asumir las pérdidas que conlleva, integrándolas en su propia identidad, cabe esperar una superación positiva de la “crisis” de forma que se garanticen y se reafirmen la autonomía personal y la participación social.

INTERESES Y MOTIVACIONES.

El interés constituye el objeto vital al que se dirige la acción de la persona, y la motivación es el estímulo psíquico o motor que mantiene a esa persona en acción para alcanzar aquel objetivo. Uno y otros conceptos se hallan íntimamente relacionados, ya que el interés sin motivación no mantendrá a la persona en acción, y la motivación sin interés concreto originará acciones incoherentes. Si los intereses se han concretado exclusivamente en el trabajo, es lógico que al faltar éste con la jubilación, y carecer de otros intereses.

Si se pudiera deducir algún principio general del comportamiento humano, se estaría hablando de la teoría del rol social, de la que trata los factores sociales. Se basa en la necesidad de que cada persona posea un esquema de aportaciones responsabilidades respecto a la sociedad de la que es miembro, y del que deriva ciertas exigencias satisfacciones, componiendo ambos aspectos obligaciones-compensaciones, un rol social determinado que proporciona equilibrio a la persona.

La alteración de cualquier factor importante de este equilibrio, como sucede con la falta de trabajo a partir de la jubilación, origina una insatisfacción del individuo, que, para dar sentido individual y social a su vida, debe buscar un nuevo equilibrio.

En la práctica, por la rutina individual y falta de mecanismos preparatorios para la jubilación, los trabajadores, en su gran mayoría, no suelen plantearse su retiro de una forma racional, esto es, disponiéndose para la desaparición del trabajo y buscando un nuevo equilibrio de obligaciones compensaciones con otros intereses que sustituyan los del absorbente trabajo. Precisamente a la edad en que uno se jubila resulta difícil encontrar un centro de interés que pueda sustituir, en tiempo y dedicación, la globalidad del trabajo en la vida adulta.

La preparación para jubilarse debe empezar con bastante antelación: de tres a cinco años es un tiempo adecuado para orientar la jubilación y crear hábitos motivacionales para que la jubilación suponga realmente un cambio con interés. Los estudios demuestran que se sienten satisfechos aquellos pasivos para quienes la vida merece vivirse, posee sentido y se sienten aceptados en la comunidad.

La jubilación es un asunto individual con muchas implicaciones sociales, la fórmula ideal debe elaborarla cada cual según su personalidad, intereses, motivacionales, aptitudes y posiciones social; lo único que podemos hacer es ayudar a las personas, facilitándoles la experiencia de otras que han seguido con éxito el proceso.

CAPACIDAD COGNITIVA

Capacidades que constituyen la esencia del conocimiento intelectual: inteligencia memoria y aptitud para el aprendizaje, y que van a influir notablemente en la actitud del sujeto frente a la jubilación. Es importante mencionar el conocimiento sensorial. Vista, oído, etc. como instrumento del conocimiento intelectual, y de ahí que una salud física buena determine la calidad del conocimiento intelectual. Dadas las enormes variaciones de la salud física, no puede generalizarse sobre la situación concreta de cada persona que se acerca a la jubilación. Ello dependerá de un cúmulo de circunstancias, entre las que estarán su personalidad y los impactos que ésta haya producido en su experiencia vital.

Algunas facultades cognitivas de las personas que se aproximan a la jubilación son:

Inteligencia, memoria, capacidades de aprendizaje, motivación y una mayor aspiración para tener una mejor salud.

El organismo se halla al final de una vida laboral pero con cierto desgaste. Si no se adoptan medidas energéticas, puede iniciarse el envejecimiento, con pérdida de facultades facilitada por la falta de ocupación y la mayor disponibilidad de tiempo. Sin embargo se puede evitar este envejecimiento con una decidida actuación del sujeto apoyado por personal socio sanitario. El jubilado debe analizar su estilo de vida, identificar los factores de riesgo y pasar a la acción diseñando su vida con hábitos positivos de salud, ejercicio físico suficiente, nutrición equilibrada, vida afectiva satisfactoria, potenciación de intereses vitales, fortalecimiento de la personalidad, etc. La jubilación constituye una oportunidad para un enfoque positivo de la etapa vital restante que el individuo puede lograr con cierto apoyo institucional y social, pero la iniciativa y motivación necesarias deben nacer de cada persona. Existen numerosos obstáculos sociales para que surja este enfoque positivo, y pueden resumirse en el “enfoque que deficitario de la jubilación y la vejez”. Este no corresponde a la realidad, pero se halla arraigado en la opinión pública e incluso en profesionales. Para superarlo se requiere un esfuerzo dirigido específicamente a los jubilados, a fin de que el estereotipo deficitario no los domine y sean capaces de enfocar su jubilación con un criterio positivo.

SALUD MENTAL

Midanik (1995) refiere que una de las principales fuentes de estrés en los últimos años en el trabajo se origina en el proceso de envejecimiento. Envejecer y sentir que no se ha logrado todo lo que se hubiera querido es un problema al que se enfrentan muchas personas que se acercan al final de su vida laboral. Muchos investigadores concuerdan que en la última parte de la edad adulta ocurren un cambio que requiere que el individuo reestructure y reformule sus percepciones sobre sí mismo, del tiempo y de la muerte.

El individuo tiene que adaptarse a los cambios en sus circunstancias físicas, Psicológicas y sociales. Tiene que volver a evaluar las diversas áreas de su vida, determinar que es importante y considerar los cambios que tendrá que hacer en el futuro.

Midanik (1995) realizó un estudio para determinar el efecto de la jubilación en la salud mental en el corto plazo y en las conductas relacionadas con la salud en jubilados estadounidenses. Salud mental fue definida por las siguientes cuatro variables: estado de salud mental reportado por el sujeto; habilidad para hacer frente a situaciones; estrés, y depresión.

Las conductas relacionadas con la salud se definieron por las siguientes variables: ejercicio regular, fumar, ingerir bebidas alcohólicas, problemas relacionados con el alcohol, frecuencia y cantidad del consumo de alcohol.

Los puntos de vista acerca de la jubilación y la salud mental son confusos y difíciles de resumir. Los índices de salud mental reportados varían desde desórdenes psiquiátricos mayores hasta disminución del ánimo. También se ha visto que después de la jubilación se produce un leve declinamiento en la satisfacción general con la vida, pero ningún deterioro de la salud psicológica.

Los niveles de estrés que experimente un jubilado dependerán de la importancia que le dé a las diferentes facetas de su vida, y de la posibilidad de lograr los beneficios que espera en esta etapa así como la incertidumbre que perciba para obtener esos beneficios. El estrés será bajo en los jubilados que puedan adaptar rápidamente sus valores y metas deseados con los que la jubilación y una vida de placer puedan ofrecerles.

1.7 SIGNIFICADO E IMPACTO DE LA JUBILACIÓN.

Es posible llegar a la edad normal de jubilación, o sea a partir de los 65 años, pero también puede ocurrir que la jubilación sea anticipada o prejubilación, la cual puede deberse a causas diferentes: técnicas, empresariales o económicas de la empresa o bien del propio jubilado: accidente laboral o enfermedad larga que incapacite para el trabajo. Sea por una u otra causa y en todas las edades, acostumbra a producirse alguna de las siguientes actitudes:

Positiva:

- a) La jubilación era prevista y en muchos casos preparada, y permite dedicarse a uno mismo ejerciendo diferentes actividades (deportivas, lúdicas, culturales, etc.).

- b) Se aprovecha la nueva etapa para dedicarse a los demás en obras de voluntariado, enseñando a otros las experiencias y conocimientos adquiridos en profesiones y oficios diferentes. También se puede dirigir, administrar o colaborar en entidades e instituciones sociales cuyo presupuesto no les permite retribuir adecuadamente a ejecutivos o colaboradores.
- c) Hay quien después de la jubilación desarrolla su actividad de forma profesional libre, obteniendo unos rendimientos, aunque, generalmente, dedicándole menos tiempo a dicha actividad.
- d) Hay quien no hace nada en concreto y va haciendo lo que le parece más idóneo en cada momento y se siente realizado.

Negativa:

- a) La jubilación no se ha preparado. No se ha pensado en ella o, en todo caso, si se ha pensado no se ha hecho nada para prepararla, y cuando llega, no se acepta interiormente, o se acepta de mala gana, que viene a ser lo mismo.
- b) No se hace nada, pero el jubilado se siente frustrado muchas veces se convierte en una carga para la sociedad y para los que le rodean, evidentemente, esto no ayuda a alargar la vida.

Llegar a la jubilación y creer que no hace falta tener ninguna actividad es un error. Hay que practicar algún ejercicio moderado, aunque solo consista en caminar (siempre conviene el asesoramiento médico).

Conviene cuidar la alimentación y la higiene siempre, pero sobre todo cuando se llega a la jubilación, especialmente si ésta se alcanza a la edad, normalmente habitual.

Es bueno aprovechar el tiempo libre que se tiene. Aunque muchos piensan que cuando se jubilen les va a sobrar mucho tiempo, luego se empiezan a adquirir diferentes compromisos y resulta que el tiempo disponible no es mucho.

Hay jubilados que, cuando les llega este momento, necesitan la aceptación de su entorno, de su familia, vecinos, amigos, de todos; pero ellos pueden, igualmente, devolver positivamente esta aceptación de la sociedad colaborando con ella, aportando sus conocimientos, trabajos y esfuerzo a las necesidades de muchas entidades e instituciones benéficas, sociales y sin ánimo de lucro, aportando la cantidad de conocimientos que atesoran y sus experiencias adquiridas durante su

etapa plenamente activa. Hay que tener en cuenta siempre que la persona humana constituye un proyecto que no está nunca acabado, siempre se está realizando.

La jubilación tiene distintos significados, dependiendo de un amplio campo de actitudes, creencias y circunstancias personales. Mientras que para algunas personas significa una mayor disponibilidad de tiempo para hacer lo que uno desea y una cierta liberación de actividades laborales ingratas, para otras, la jubilación es percibida como una pérdida funcional dentro de la sociedad con todas las consecuencias que ello tiene, y la aparición de un tiempo vacío que en muchos de los casos no se sabe cómo llenar.

En la jubilación algunos individuos acostumbrados durante mucho tiempo a ser guiados externamente por su trabajo, pueden encontrarse desorientados y angustiados ante la falta de un rol que desempeñar. El trabajo constituye en la cultura iberoamericana el mecanismo más importante de integración económica y social hasta el punto que las metas y valores que orientan la vida individual y colectiva están subordinados a una ética del trabajo y de la posibilidad de consumo, por lo que la sociedad va a rechazar a las personas mayores, ya que no son capaces de ser productivas laboralmente, excluyéndolas o aislandolas mediante la jubilación, que de este modo se convierte en un rito de degradación.

Villa Carrandi (2001) menciona que tanto la jubilación como el trabajo tienen diferente significado para las personas. Para aquellos que ven al trabajo únicamente como un mecanismo para ganarse la vida, puede especularse que la salida del sistema laboral será comparativamente más fácil, si las condiciones económicas lo permiten. Por otro lado para aquellos empleados que dependen de su trabajo para obtener otras recompensas importantes en su vida, el éxito de la adaptación dependerá de la manera en que puedan restablecer otras fuentes de recompensas en otros campos, distintos al laboral. En la gerontología social ha habido muchos debates acerca de si la jubilación del trabajo representa un acontecimiento crítico y hasta qué punto. El punto de vista tradicional es que la jubilación es una transición estresante que causa disrupciones considerables en la vida de las personas, y con frecuencia lleva a serios problemas de adaptación o a una disminución de la satisfacción en la vida del jubilado.

Buendía (1994) plantea un punto de vista contrario, que no existen evidencias que sugieran que la jubilación tiene un impacto adverso en la salud física y mental de la

persona jubilada. Las diferencias entre los jubilados y las personas que continúan trabajando se desvanecen cuando se ajusta la edad, el estado de salud, ingreso e incapacidad funcional. Asimismo, las variaciones que ocurren en las personas después de la jubilación reflejan una continuidad de su estatus previo a la jubilación, particularmente en las áreas de salud física, actividades sociales y recreativas, y en general, de su bienestar general y satisfacción.

Investigaciones recientes establecen diferencias entre las características de las personas y las condiciones específicas en las que se da la jubilación. Por lo cual cada persona experimenta la jubilación de manera distinta.

La jubilación contribuye a la crisis de identidad que suele tener lugar en muchos casos. Como de la actividad laboral dependen gran parte de los elementos que crean la propia identidad (estatus, prestigio, relaciones sociales), la separación de esa actividad laboral implica no sólo un cambio en los ingresos económicos, en los patrones de conducta y en las relaciones sociales, sino que también repercute de una forma especial en los demás miembros de la comunidad familiar.

Para la mayoría de las personas el trabajo ocupa un lugar central en su vida durante muchos años. Casi siempre pasan más de ocho horas diarias en el trabajo y en actividades relacionada con él, como serían manejar al lugar de trabajo, tiempo extra, trabajo realizado en la casa, viajes de negocios, proyectos importantes, y actividades sociales relacionada con el trabajo. Estas actividades proveen a las personas satisfacción y sentimientos de logro, así como frustraciones e insatisfacciones. También se eliminan las presiones que determinan la velocidad de un día habitual, como serían cumplir con una agenda, seguir planes, alcanzar objetivos y fechas límites, entre otros.

1.8. TRANSICIÓN Y ADAPTACIÓN A LA JUBILACIÓN

La adaptación a la jubilación y el bienestar es mayor en aquellas personas que mantienen una continuidad en el estatus, en las relaciones sociales, en los ingresos y en la salud. Los grupos de jubilados que suelen tener problemas de ajuste a la nueva situación muestran resistencia a jubilarse, falta de adaptabilidad al cambio y problemas de salud. Se estima que cerca del 30% de las personas que se jubilan tiene problemas para adaptarse a la jubilación. La reducción en el ingreso y los

problemas de salud representan dos tercios de las razones por las cuales los jubilados se encuentran insatisfechos.

Los niveles bajos de satisfacción global con la jubilación se encuentran en: circunstancias financieras difíciles (pensiones bajas, una baja en el ingreso comparado con el ingreso anterior a la jubilación, hipotecas, etc.); problemas de salud; mayor edad, vivir solos, baja educación y pertenecer a pocas o ninguna organización.

Asimismo, una mejor salud y un mayor ingreso tienen un impacto positivo en la satisfacción con la vida en la jubilación, mientras que una salud pobre, bajos ingresos y jubilarse antes de lo esperado son determinantes para obtener evaluaciones negativas sobre la jubilación.

La socialización de ambos padres (o la percepción que una persona tiene sobre la jubilación de los padres) y la propia planeación de la jubilación afectan la ansiedad que una persona experimenta al momento de jubilarse. La socialización de los padres está explicada por la teoría del aprendizaje social, que propone que las personas adquieran esquemas y una visión del mundo al observar las experiencias de otros. En relación con la jubilación, la percepción que se tenga de este proceso se adquiere principalmente, de los padres, ya que éstos son los modelos más próximos y familiares que una persona tiene, por tanto un individuo desarrolla su idea de jubilación mediante la observación de la conducta de sus padres.

Los problemas de la jubilación surgen debido a la falta de alternativas para desarrollar actividades e interacciones sociales que el trabajo proveía. Hay diversas maneras en las que la gente puede realizar la transición del trabajo a la jubilación, dos formas generales y pueden ser las siguientes:

- ❖ Un movimiento directo de trabajar a no trabajar, como consecuencia de ser despedido o estar incapacitado, o como consecuencia de haber tomado la decisión de dejar de trabajar y jubilarse.
- ❖ Un movimiento de un trabajo de tiempo completo realizado por muchos años, a un trabajo de tiempo parcial, ocasional o más sencillo, y posteriormente cesar de trabajar completamente.

1.9. RELIGIÓN

La palabra religión proviene del vocablo latín *religare*, con su hermoso significado: “religar”, “reunir”. La religión, cualquiera que sea su nombre, la entendemos como un conjunto de rituales, normas, símbolos, prácticas, creencias, cuya intención es conducirnos a la espiritualidad.

Las personas jubiladas necesitan en sus vidas una estrecha unión con el Ser Superior como cada uno lo conciba. Los jubilados tienen que tomar en cuenta que hay duros momentos en la vida en donde no se sabe de dónde salió la solución, de donde salió el dinero, de donde salió la fuerza, de donde la capacidad de amar incondicionalmente, aunque sea sólo por momentos. Pero en el centro de nosotros mismos, ahí donde somos perfectos, ahí sabemos de dónde salió.

En esta etapa del camino espiritual no se requieren nombres especiales, ni formas específicas ni elementos externos que nos confirmen nada, porque simplemente se sabe y se siente con una profunda certeza, presente en cada célula, en cada átomo, en cada partícula de nuestro ser.

En este punto de nuestro camino espiritual sabemos que Dios no se puede molestar si lo llamamos con ciertos nombres (Jehová, Alá, Jesús, Osiris, Om, Krishna) y sabemos que no sólo ama o escucha a los que lo llaman de determinada forma.

1.10. CALIDAD DE VIDA EN LA JUBILACIÓN.

SALUD FÍSICA:

En la actualidad aún persiste la idea de que al jubilarse aumenta el riesgo de contraer enfermedades y de morir. Esta idea continúa por la disponibilidad de anécdotas de algunos individuos, la tendencia para interpretar a los grandes eventos, la jubilación entre ellos, como causas de enfermedades, la celebración cultural de la importancia del trabajo, etc., lo cual perpetúa esa idea. Estos mitos son falsos, ya que existen investigaciones que así lo han probado.

Otro aspecto importante relacionado con esta idea negativa de la jubilación es que las personas que aún no se han jubilado, sostienen que la jubilación es una amenaza para la salud, porque así se justifican para seguir trabajando. Por otra

parte la clave para que una persona tenga éxito en la jubilación e incremente su calidad de vida es tener una actividad que le apasione y que satisfaga necesidades importantes, así como tener y conservar salud física y mental.

DIETA O NUTRICIÓN:

La jubilación también se asocia con cambios en la alimentación. Un ingreso económico reducido de los jubilados repercute en la compra de comida diferente, y tal vez más barata. En una encuesta realizada a más de 100 personas que estaban a punto de jubilarse se encontró que la mayoría comía mucha grasa y poca fibra, además de que añadían sal a la comida sin haberla probado, lo que significa que sus hábitos eran poco saludables; pero otro estudio demostró que contrario a la creencia popular de que la gente de más edad se resiste a cambiar sus hábitos alimenticios, las personas que están por jubilarse se encuentran muy motivadas a cambiar sus hábitos por comida más saludable.

En esta época una buena recomendación nutricional incluye disminuir los niveles de colesterol en sangre, ingerir más fibras, disminuir el consumo de carne roja, disminuir el consumo de sal, aumentar el uso de aceite de oliva, etc., comer es y debe ser una acción satisfactoria, pero también inteligente.

Nuestra meta debe ser prevenir las enfermedades en lugar de curarlas y esto empieza desde lo que ponemos en nuestra boca. Para cambiar la dieta se debe empezar con pequeñas modificaciones, porque con el tiempo éstas tendrán un efecto significativo. Algunas personas encuentran que al hacer pequeños ajustes van aprendiendo y esto es más atrayente y satisfactorio.

Se debe empezar por examinar los hábitos alimenticios actuales e identificar donde se necesita cambiar de tipo de comida que se ingiere y la cantidad, si es necesario. Para ello, se puede escribir en una hoja de papel las metas que se requieren alcanzar. No trate de comprar comida cuando este hambriento porque será menos objetivo en sus elecciones, y vaya de compras cuando no tenga prisa, lea las etiquetas de los envases con cuidado, y se sorprenderá de lo que encontrará.

La comida que se consume y el nivel de actividad física influyen en un gran número de factores de riesgo relacionados con la longevidad. Adicionalmente, la dieta y el ejercicio son elementos de la salud que tenemos bajo nuestro control y que contribuyen a disminuir el riesgo de contraer enfermedades. Cuando se trata de

ayudar a mejorar o mantener nuestra salud, nuestros hábitos y selecciones ayudan mucho más que todo el sistema médico ya establecido.

EJERCICIO

El ejercicio proporciona beneficios tanto sociales y psicológicos como físicos. La actividad física puede enfrentar a las personas jubiladas a nuevas situaciones y motivarlos a hacer nuevas amistades. Ayuda a reducir la ansiedad y aumenta los sentimientos de bienestar.

Las personas de edad avanzada que hacen ejercicio son menos obesas, tienen menos problemas coronarios y, en consecuencia, un menor índice de mortalidad. Además la actividad física puede retrasar la disminución de la capacidad física asociada a una mayor edad.

Caminar es una actividad muy recomendada para la mayoría de los jubilados, ya que no requiere de equipos costosos y puede realizarse durante todo el año.

- Estoy tan contento y satisfecho de que me jubilé. El hecho es que atribuyo esto a que mantengo un estilo de vida muy activo y saludable. Mi ejercicio diario no sólo me ha mantenido físicamente con un cuerpo saludable sino que ha hecho una diferencia en mi salud mental también.
- Durante unos años supe que tenía que ser más activo y hacer ejercicio regularmente. Establecí metas para mi negocio para aumentar las ventas pero cometí un error al no establecerlas para incrementar la probabilidad de tener una buena salud. Actualmente estoy pagando el precio por mi falta de disciplina.
- Difícilmente transcurre un día sin que se nos recuerde que tenemos que caminar, correr, nadar o tomar clases de ejercicios aeróbicos. Las investigaciones encuentran cada vez con mayor frecuencia evidencias muy tangibles de los grandes beneficios del ejercicio.
- Pase la mitad de mi vida desarrollando mi mente y tratando de alcanzar metas. Ahora que me acerco a la edad de jubilarme he descubierto que la calidad de mi vida no es ni la mitad de lo que debería ser porque mi cuerpo no está en buena condición.

➤ No importa la cantidad de ejercicio, ni la edad a la que se haya empezado a realizar, un programa de ejercicio siempre puede tener beneficios a la salud. La clave está en la consistencia y no en la intensidad. El primer paso es consultar al médico antes de empezar. Después se debe encontrar una actividad que se pueda disfrutar y que se pueda realizar regularmente, por ejemplo, al caminar es difícil lastimarse y se quema más calorías que al correr.

ADICCIONES

Alcoholismo: cerca del 25% de las personas que están a punto de jubilarse toman una copa de alcohol diario. El consumo exagerado e inmoderado de alcohol ocurre entre el 5 y 12% de la población masculina, y entre 1 y 2 % de la población femenina de más de 60 años de edad. El problema es que los médicos no consideran el diagnóstico como alcoholismo; los pacientes pueden esconder este hábito, y la presencia en el abuso en el consumo del alcohol puede ser muy sutil; por ejemplo, el alcohólico de edad avanzada puede caerse, estar confundido o tener accidentes pero se atribuye a la edad y no al alcohol. El alcohol es también un factor determinante en 30% de los suicidios de la gente mayor.

Tabaquismo: en cuanto a la calidad de vida existe controversia acerca de los beneficios de dejar de fumar en la jubilación. En múltiples ocasiones fumar en uno de los placeres que les queda a las personas de edad avanzada si han sobrevivido hasta la edad de la jubilación sin síntomas serios derivados de fumar. Algunos estudios han demostrado que no existen diferencias en mortalidad cardiovascular entre las personas que dejaron de fumar a esta edad y los que no lo hicieron. Otros estudios más recientes han demostrado resultados de los beneficios que se obtienen al dejar de fumar en este grupo de edad, como son respirar con más facilidad, menores síntomas respiratorios y con mejor funcionamiento, reducción en el riesgo de cáncer pulmonar, neumonía, así como enfermedades coronarias.

1.11. ECONOMÍA.

Una de las cosas que les impacta a las personas jubiladas es la situación económica, como resultado de su pase a la jubilación.

El temor real del jubilado es la falta de dinero para seguir manteniendo su nivel de vida anterior, esto lleva a muchas personas a una situación extrema, sobre todo si la pensión no resulta suficiente y adecuada

Mucha gente suele tomarse con calma esta pérdida de poder adquisitivo. Las razones de esta actitud están relacionadas con las ventajas fiscales, la menor cantidad de gastos, descuentos que tienen las personas mayores.

Desde el punto de vista emocional, la jubilación es diferente a cualquier otra adversidad económica de la vida entre otras razones, porque es una contrariedad esperada y no sorprende.

Con esto se entiende que la gente prevé que va a vivir con un presupuesto más limitado después de jubilarse, además no existe la sensación de fracaso que podría sumarse al pesar de las pérdidas económicas acontecidas en periodos previos de la vida, como ser despedido, realizar una inversión imprudente.

PERFIL DEL JUBILADO MEXICANO

El jubilado mexicano promedio en este estudio es femenino, con una edad cronológica de 65 años, que se jubila cuando tiene 60 años y en promedio tiene actualmente 10 años de jubilado.

El jubilado promedio percibe su situación económica antes de jubilarse, buena, el jubilarse disminuyen sus ingresos, su ingreso actual apenas cubre sus necesidades básicas. En pocas ocasiones cuenta con dinero adicional para actividades recreativas cómo viajar, pero considera su jubilación como algo positivo.

El jubilado promedio no planeó su jubilación, ni recibió algún tipo de orientación para la jubilación, sus padres no planearon su jubilación ni en términos financieros ni en términos de actividades. El jubilado promedio extraña su trabajo. En ocasiones extraña a sus compañeros de trabajo, y con frecuencia extraña el sentimiento de hacer un buen trabajo, aunque a veces desea regresar a trabajar y no se preocupa por no tener un trabajo, lo que refleja es que aunque extraña su trabajo y algunos aspectos relacionados con él, realmente no quiere regresar al trabajo.

El jubilado promedio tiene algún tipo de padecimiento o enfermedad, y recibe tratamiento médico. Le hubiera gustado recibir información acerca de enfermedades propias de su edad (hipertensión arterial, problemas cardiacos, dientes, osteoporosis, etc.) y saber qué alimentación es la más adecuada para él. También cuanta con seguro médico. El jubilado promedio no fuma, y sí ingiere bebidas alcohólicas, aunque en menor cantidad a partir de la jubilación.

Manifiesta que realiza actividades recreativas como caminar, viajar, leer, etc., que le parecen satisfactorias. En cuanto al matrimonio, el jubilado promedio lo describe como satisfactorio, no ha tenido cambios en su relación marital después de la jubilación. Asimismo percibe que su matrimonio no está en problemas.

El jubilado promedio participa más en el cuidado del hogar a partir de la jubilación. Le dedica mayor número de horas a su familia e igual número de horas a las relaciones sociales. Se involucra en actividades familiares y amigos, así mismo se siente respetado por su familia y amigos.

El jubilado promedio tiene mucho tiempo libre y reporta sentirse satisfecho por ello. También se encuentra satisfecho con las actividades que realiza con la familia y con los amigos, está satisfecho con el grado de descanso, tranquilidad y paz que tiene.

1.12. MODELOS TEÓRICOS QUE EXPLICAN EL FUNCIONAMIENTO FAMILIAR

Existen varios modelos que tratan de explicar el funcionamiento familiar y en los cuales se han basado varios investigadores de la familia:

MODELO CIRCUMPLEJO DE OLSON, RUSSELL Y SPRENKLE:

Olson, citado en Polaino y Martínez (1998) señala que la dinámica familiar puede concebirse en tres variables que son:

- Cohesión familiar: es definida como el vínculo o ligazón emocional que los miembros de una familia tienen entre sí.
- Adaptabilidad familiar: es la habilidad o capacidad de un sistema conyugal o familiar para cambiar su estructura de autoridad o poder, los roles y las reglas de relación, en respuesta al estrés provocado por una situación concreta y determinada por el desarrollo vital, evolutivo de toda la familia.

- Comunicación familiar: es considerada como un elemento modificable, en función de la posición de los matrimonios y familias a lo largo de las otras dos dimensiones (cohesión y adaptabilidad).

MODELO SISTÉMICO DE BEAVERS

Breavers y Hampson (1995) y Walsh (1993), refiere que este modelo de funcionamiento familiar se basa en dos dimensiones: la primera describe la estructura, flexibilidad y competencia de la familia y la segunda: el estilo familiar. El modelo es transversal, es decir representa a la familia en un momento y espacio determinado.

MODELO DE FUNCIONAMIENTO FAMILIAR DE Mc MASTER (MMFF)

Es un instrumento diseñado por Epstein, Bishop y Baldwin (1982), con el propósito de proporcionar información de la funcionalidad familiar. Se considera el desarrollo integral de sus miembros como la función primaria de la familia, además toma en cuenta aspectos sociales, psicológicos y fisiológicos. El instrumento consta de 7 escalas de la familia en tres niveles de funcionamiento:

- **Severamente perturbadas**
- **No clínicas**
- **Superiores**

Este modelo permite al personal entrenado identificar el área de la familia en la que existen problemas y cada uno de los aspectos a evaluar, lo cual se puede hacer mediante preguntas abiertas y observaciones directas durante la visita domiciliaria. Los rangos de medición van de 1(severamente perturbado) a 4 (superior), cada dimensión es definida por una serie de calificativos que van desde “muy ineficaz” a “muy eficaz”, de este modo un funcionamiento muy eficaz en cualquiera de las tres dimensiones puede confirmar una sintomatología clínica, mientras que una muy eficaz favorece la presencia de una salud física y emocional óptima. El instrumento está integrado por 53 enunciados, puede ser contestado por cualquier persona mayor de 12 años, de este instrumento se deriva el mecanismo de asesoría familiar (FAD). Que abarca las siguientes dimensiones:

Resolución de problemas: esta primera dimensión se refiere a la capacidad de las familias para resolver problemas (problema que amenaza la integridad y capacidad funcional de la familia) a un nivel que mantenga la función familiar efectiva.

Comunicación: la cual es definida como el intercambio de información entre los miembros de la familia. El enfoque es sobre los mensajes verbales si son claros con respecto al contenido y directos, al respecto existen 4 estilos de comunicación:

- a) CLARA Y DIRECTA: “estoy enojada contigo porque no me haces caso”
- b) CLARA E INDIRECTA: “los hombres que no me hacen caso me sacan de quicio”
- c) CONFUSA Y DIRECTA: “hoy te ves fatal”
- d) CONFUSA E INDIRECTA: “fíjate que ciertos hombres me provocan dolor de cabeza”

Este modelo de comunicación contempla aspectos como el contenido, los mensajes múltiples y la forma como es recibida e interpretada por el receptor, ya que algunas veces el diagnóstico determinado exige el análisis de estos aspectos.

Roles: esta dimensión analiza los patrones de conducta a través de los cuales la familia designa las funciones familiares a cada uno de sus integrantes, dichas funciones se clasifican en dos áreas: instrumentales y afectivas y cada una se subclasifica en necesarias y no necesarias. (Atri. 2006).

Involucramiento afectivo: esta dimensión valora tanto en cantidad como en calidad, el interés que muestra la familia como un todo y en forma individual en las actividades e intereses de cada miembro de la misma y se identifican seis tipos de involucramiento:

- a) Ausencia de involucramiento
- b) Involucramiento desprovisto de afecto
- c) Involucramiento narcisista
- d) Empatía
- e) Sobre involucramiento
- f) Simbiosis

Involucramiento afectivo: esta dimensión se refiere a la habilidad de la familia para responder con sentimientos adecuados a un estímulo tanto en calidad (comprende una amplia gama de emociones), como en cantidad (esta vinculada con el grado de respuesta afectiva y describe un continuo, desde la ausencia de respuestas hasta una respuesta exagerada), en esta dimensión se proponen dos categorías de afecto:

estos son sentimientos de bienestar (afecto, ternura, amor, consuelo, felicidad, etc. Y los sentimientos de crisis, (coraje, miedo, depresión, tristeza). (Atri 2006) considera que el punto sano de esta dimensión son las familias que poseen la capacidad de expresar una amplia gama de emociones con una duración razonable y adecuada al estímulo.

Control de conducta: Esta dimensión comprende los patrones que considera una familia para manejar el comportamiento de sus integrantes durante tres situaciones específicas: situaciones que involucran el peligro físico, situaciones que exigen afrontar y expresar necesidades psicológicas, biológicas e instintivas y situaciones que requieren sociabilización (intrafamiliar) y con la gente fuera del sistema familiar (extra familiar). Las familias pueden desarrollar cuatro patrones de conducta:

- a) Control de conducta rígido
- b) Control de conducta flexible
- c) Control de conducta laessez- faire (dejar hacer)
- d) Control de conducta caótico

ESCALA DE EVALUACIÓN DE FUNCIONALIDAD FAMILIAR DE JOAQUINA PALOMAR:

El constructo de este instrumento consta de 10 factores que tienen que ver con la forma en que los miembros de la familia perciben el comportamiento que rige a su familia, los cuales son:

- ❖ Relación de pareja
- ❖ Comunicación
- ❖ Cohesión familiar
- ❖ Falta de redes de apoyo
- ❖ Tiempo que comparten con la familia
- ❖ Roles y trabajo doméstico
- ❖ Autonomía familiar
- ❖ Organización
- ❖ Autoridad
- ❖ Violencia física y verbal

MODELO DEL AMBIENTE FAMILIAR DE MOSS:

Este modelo permite discriminar familias perturbadas psiquiátricamente y familias consideradas “normales”. Este modelo se constituye de diez escalas que son: cohesión y expresividad miden la dimensión de las relaciones familiares (qué tan orgullosos se sienten respecto a ella, el grado en que existe comunicación abierta y conflictos derivados de su relación familiar). Conflicto, independencia, orientación al logro, intelectual-cultural, recreativa y énfasis moral-religioso; miden desarrollo personal, autonomía y competitividad. Organización y control miden el mantenimiento de la estructura familiar.

MODELO DEL ESTILO DE FUNCIONAMIENTO FAMILIAR DE DUNST, TRIVETTE Y DEAL:

Este modelo contempla cuatro componentes: necesidades y aspiraciones, estilo de funcionamiento familiar, soporte social y recursos y ayuda terapéutica. Así este modelo considera que no hay estilos buenos ni malos de funcionamiento familiar, sino que se trata de estilos con diversa efectividad respecto a determinadas situaciones estresantes.

1.13 INSTRUMENTOS QUE MIDEN FUNCIONAMIENTO FAMILIAR

En México, la mayoría de los instrumentos que se han utilizado para medir el funcionamiento de las familias mexicanas, son los que se han realizado en Estados Unidos, lo cual ha dado resultados poco satisfactorios en relación a su validez y confiabilidad. Afortunadamente, hoy en día ya existen algunos instrumentos que se han construido en nuestra cultura y por lo tanto, generan resultados más satisfactorios. A continuación se hace referencia a algunos de los instrumentos que miden funcionamiento familiar.

ESCALA DE EVALUACIÓN DE LA ADAPTABILIDAD Y COHESIÓN FAMILIAR (FACES)

Polaino y Martínez (1998), refiere que fue introducida en 1978 junto con el modelo circumplejo de Olson, Sprenkle y Russell. Se construyó con 111 reactivos.

Después apareció FACES II con 30 ítems. De los cuales 16 se refieren a la cohesión y 14 a la adaptabilidad. Se dispuso de dos ítems para cada una de las variables relacionadas con la cohesión; vínculos emocionales, límites familiares coaliciones, tiempo, espacio, amigos, toma de decisiones, intereses y ocio. En cuanto a las variables relacionada con la adaptabilidad, se dispuso de dos o tres reactivos para cada una de ellas: asertividad, liderazgo, disciplina, negación, roles y normas.

La FACES III fue elaborada por Olson, Potner y Lavee en 1985; se concibió para ser administrada a cualquier familia a lo largo del ciclo vital. Tiene 20 ítems, 10 para cohesión y 10 para adaptabilidad. Se seleccionaron dos reactivos para cada uno de los conceptos relacionados con la cohesión: vínculo emocional, soportes, límites familiares, tiempo, amigos e intereses lúdicos. De igual manera, para los relacionados con la adaptabilidad: liderazgo, control y disciplina. Se destinaron cuatro ítems para la exploración de roles y normas.

ESCALA DE EVALUACIÓN DEL ESTILO DE FUNCIONAMIENTO FAMILIAR (Family Functioning Stiles Scale).

Polaino y Martínez (1998) refieren que fue creada por Dunst, Trivette y Deal. Mide dos aspectos de las fuerzas familiares: el tipo de recursos internos de que dispone una familia y el estilo de funcionamiento que la define como tal. Consta de 26 ítems, mismos que están organizados en tres bloques que representan diversos aspectos del estilo de funcionamiento familiar; la identidad de la familia, la información que comparten todos sus miembros y la movilización de recursos y estrategias de enfrentamiento.

ESCALA DE AMBIENTE FAMILIAR DE MOSS (FES)

Rivera (1999), menciona que esta escala fue creada en 1974 y evalúa los climas sociales de todos los tipos de familia. Se centra en la medición y descripción de las relaciones interpersonales entre los miembros de la familia, en las direcciones de crecimiento personal puestas de relieve en la familia y en la estructura organizacional básica de ésta. Consta de 90m reactivos falso y verdadero, distribuidas en tres dimensiones formadas por 10 escalas: relaciones interpersonales, (cohesión, expresividad y conflicto), crecimiento personal (independencia, orientación al logro, orientación intelectual- cultural, orientación activa, reactiva, énfasis moral- religioso), mantenimiento del sistema (organización, control).

CUESTIONARIO DE EVALUACIÓN DEL FUNCIONAMIENTO FAMILIAR DE MC MASTER (FAD/MMFF).

Palomar (1998), dice que fue elaborado por Epstein, Baldwin y Bishop en 1983. Este cuestionario describe las propiedades organizacionales y estructurales, así como los patrones de interacción entre los miembros de la familia. Muestra la percepción del individuo acerca de su familia y ayuda a distinguir entre las familias sanas e insanas. Consta de 52 ítems distribuidos en seis escalas: resolución de problemas, comunicación, roles, involucramiento afectivo, respuestas afectivas, control de la conducta. Este instrumento permite describir a las familias en tres niveles de funcionamiento: severamente perturbadas, no clínicas y superiores, se califica cada dimensión y los puntajes van desde 1 (severamente perturbada), hasta 7 (superior).

Por lo que en México, Atri (1993) realizó la confiabilidad y validez del cuestionario del cuestionario de evaluación del funcionamiento familiar (EFF) y determinó los patrones disfuncionales de interacción.

El cuestionario de evaluación del funcionamiento familiar (EFF) original estaba constituido por 60 reactivos. Con el estudio de esta investigadora se obtuvieron los siguientes resultados: el instrumento final quedó conformado por 40 reactivos, distribuidos en 6 factores: involucramiento afectivo funcional con un alfa de .92, involucramiento afectivo disfuncional de .87, patrones de comunicación funcional de .61, patrones de comunicación disfuncional de .50, resolución de problemas de .45, y patrones de control de conducta .53, el alfa general fue de .92.

La conclusión a la que llegó Atri (1993) fue que, los resultados confirmaron lo que propone el modelo teórico de McMaster, es decir, la investigación arrojó 6 factores que contenían reactivos de la mayoría de los constructos que dicho modelo incluye.

Por lo que es aplicable en la población mexicana.

EVALUACIÓN DE LAS RELACIONES INTRAFAMILIARES:

Esta escala fue constituida por Rivera (1999). Para su diseño se retomaron seis instrumentos (FES, FOS, EFF, FASES II, BLOMM Y FAD). Está integrada por 56 reactivos agrupados en seis dimensiones:

EXPRESIÓN: Se integra de 22 reactivos y mide la posibilidad de expresar verbalmente las emociones, ideas y acontecimientos de los miembros de la familia dentro de un ambiente de respeto.

DIFICULTADES: está formada por 23 reactivos y se refiere a los aspectos de las relaciones intrafamiliares, considerados (ya sea por el individuo o la sociedad) como indeseables, negativos, problemáticos o difíciles.

UNIÓN: está integrada por 11 reactivos y mide la tendencia de la familia para realizar actividades en conjunto, convivir y apoyarse mutuamente.

Existe una alta y significativa correlación entre las tres dimensiones antes mencionadas: expresión con dificultades se correlacionan en un .68, expresión con unión en .84, y dificultades con unión en .61.

Como se puede observar, son numerosos los autores que han realizado investigaciones respecto al funcionamiento familiar y muchos los instrumentos de medición familiar que han sido creados. Cada uno de ellos ha dado aportaciones muy interesantes y valiosas para la mejor comprensión de dicho fenómeno, aunque claro está, el recorrido es inmenso y falta mucho por hacer.

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

Es importante conocer la etapa de jubilación en los pacientes, ya que el médico debe de dar una orientación en el estilo de vida, identificar factores de riesgo, ejercicios físicos suficientes, un alimento nutritivo y la obtención de una vida afectiva satisfactoria.

Otro factor que se analizará es la relación afectiva existente entre el jubilado y su esposa, que tipo de apoyo recibe al inicio de esta etapa y si vive con sus hijos como se entiende con ellos y con sus nietos, lo cual es de vital importancia para un buen funcionamiento familiar.

El tema del envejecimiento de la población ha cobrado una importancia fundamental en el contexto de la coyuntura económica internacional **-globalización-** en curso y por los efectos que desencadena en el empleo, la seguridad social. La transición demográfica se está presentando rápidamente, prácticamente en todas las sociedades del mundo, incluso en ciertas europeas y asiáticas se encuentra en marcha desde los años setentas y ochentas. Su estudio advierte que este evento

demográfico ha dejado de ser un fenómeno para convertirse en la actualidad en un claro proceso por el que transitan prácticamente la mayoría de las sociedades del mundo.

El envejecimiento de la población está provocando cambios excepcionales y sumamente acelerados en campos como los mercados de trabajo, el financiamiento de las pensiones, el ahorro, el consumo, el ingreso familiar, los servicios financieros, el segmento de los seguros y, más visiblemente en la salud, la alimentación, las comunicaciones, el transporte, la vivienda, el ocio, al igual que los cuidados y servicios médicos.

En nuestro medio también se están presentando cambios agudos que requieren nuestra atención: los pacientes también envejecen y por lo tanto requieren de un tratamiento laboral, financiero y académico específicos.

Por lo que se hace la siguiente pregunta de investigación.

¿Cuál es la percepción del funcionamiento familiar de los pacientes jubilados que acuden a consulta en la Clínica Rancho la Mora del ISSEMYM?

3. JUSTIFICACIÓN.

El motivo de la realización de este trabajo de investigación es porque en La Clínica de consulta externa Rancho la Mora de ISSEMYM, se ha visto que existen muchos pacientes en edad de jubilarse, tanto hombres como mujeres cuyo entorno familiar se ve afectado, por lo mismo caen fácilmente en depresión. Aunado a esto su salud física se ve afectada porque la edad promedio de jubilación es a partir de los 60 años, momento en que su salud física empieza a sufrir deterioros notables como por ejemplo: Hipertensión arterial, diabetes Mellitus o artritis, por mencionar algunas.

La población de la clínica en gran número son pacientes jubilados, algunos viven solos, otros con sus esposas, otros con algún hijo o hija y sus familias.

Este trabajo ayudará a describir el funcionamiento familiar de los pacientes jubilados, para detectar los principales problemas a los que se enfrenta el adulto mayor en su etapa de jubilación, después de estar fuera de su casa durante muchos años de trabajo y surgen dos cambios muy drásticos que son primero dejar de salir a su

trabajo y quedarse en casa sin ninguna ocupación ex profeso o sin tener un plan de vida trazado que los ayude a superar esta etapa, en la que solo se necesita un proceso de adaptación a un nuevo estilo de vida que le puede llenar de satisfacción como su vida laboral activa. Segundo, el cambio en su ingreso económico.

Para muchos puede significar libertad y alegría de haber dejado atrás horarios estrictos y recibir ordenes, para otros, depresión, sensación de inseguridad y falta del apoyo económico.

Hay personas que no reciben este apoyo y en el peor de los casos ya en edad avanzada son recluidos en asilos para ancianos, en nuestro medio también se da con frecuencia las familias en que los abuelos participan abiertamente en el seno familiar, esta situación que conlleva el riesgo de provocar injerencias peligrosas en la toma de decisiones, también permite perpetuar la protección de los ancianos, aprovechando su experiencia y sabiduría, costumbre que asumida con responsabilidad y cautela no debe perderse, porque es signo viviente de nuestra tradición cultural.

4 OBJETIVOS

4.1. OBJETIVO GENERAL:

Conocer el funcionamiento familiar en pacientes jubilados que acuden a la clínica de consulta externa Rancho la Mora del ISSEMYM.

4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- 1.- Conocer el involucramiento afectivo tanto funcional como disfuncional del paciente jubilado que acude a la consulta externa Rancho la Mora de ISSEMyM.
- 2.- Describir cómo es la comunicación tanto positiva como negativa en el paciente jubilado.
- 3.- Señalar la forma en que el paciente jubilado soluciona sus problemas con su familia.
- 4.- Conocer cómo es el control de conducta del paciente jubilado ante su familia.
- 5.- Identificar cuál es el género que predomina en los pacientes jubilados.
- 6.- Conocer cuál es la edad promedio a la que se jubilan los pacientes entrevistados.
- 7.- Identificar el Estado Civil que predomina en los pacientes jubilados.

- 8.- Investigar cuál es el grado de escolaridad del paciente jubilado.
- 9.- Conocer cuánto tiempo llevan de jubilados.
- 10.- Investigar con quién viven los pacientes jubilados.
- 11.- Describir si existe algún padecimiento crónico degenerativo en el paciente jubilado.
- 12.- Identificar el tipo de pasatiempo del paciente jubilado.
- 13.- Conocer el tipo de religión que profesa el paciente jubilado.
- 14.- Investigar si todavía son población económicamente activa independientemente del sueldo jubilatorio.

5. METODOLOGÍA

5.1 TIPO DE ESTUDIO

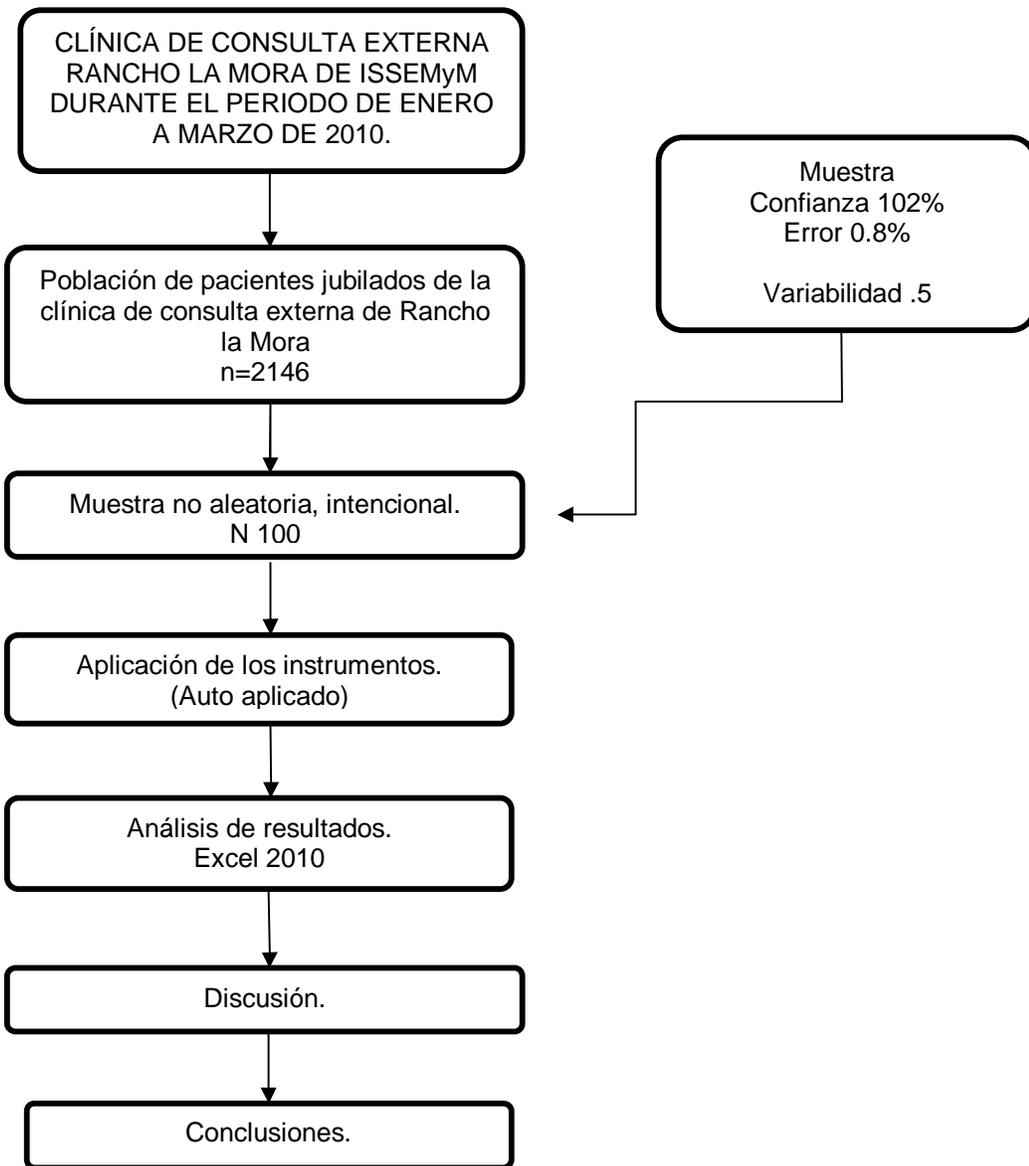
La investigación fue de tipo descriptivo, observacional y transversal.

5.2. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

Fue post facto y no se puede controlar porque ya aconteció.

Los pasos que se siguieron en esta investigación fueron:

- Se seleccionó el tema y se planteó el tipo de estudio
- Se buscó la información
- Se seleccionó el universo y muestra de estudio
- Se seleccionó el instrumento
- Se realizaron los trámites con las autoridades de la institución para la realización de la investigación
- Se buscó en total de pacientes jubilados que acuden a la clínica
- Se aplicó el instrumento
- Se procesó la información
- Se analizaron los resultados
- Se interpretaron los resultados
- Se sacaron las conclusiones
- Se emitieron las recomendaciones



5.3. POBLACIÓN, LUGAR Y TIEMPO

Pacientes adscritos a la clínica Rancho La Mora en el periodo comprendido de enero a marzo de 2010.

5.4. MUESTRA

5.4.1. TAMAÑO DE LA MUESTRA

Se trabajó con un universo de 100 pacientes jubilados adscritos a la clínica Rancho La Mora. Teniendo en cuenta que se utilizó una muestra no probabilístico de tipo intencional.

A esta muestra se adicionaron 8 más, las cuales fueron eliminadas por no contar con los criterios de inclusión, manteniendo de esta forma el nivel de confianza establecido (Dr. Ponce Rosas ER. 2007), de acuerdo a la fórmula estadística para muestras pequeñas, que nos permita comprobar en un 70% de las encuestas aplicadas, la percepción del funcionamiento familiar de los pacientes jubilados.

$$n_o = \frac{z^2 pq}{E^2}$$

Valores a estimar

- n_o = 102.0 primera aproximación al tamaño de la muestra
 z = 1.81 para 93% de confianza seleccionado
 E^2 = 0.08% precisión y/o error
 p = 0.7 variabilidad de la población
 q = 0.3 variabilidad de la población

5.5. CRITERIOS

5.5.1. CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Todo paciente perteneciente a familias derechohabientes de la Clínica de consulta externa Rancho la Mora.
- Pacientes entre 45 y 85 años de edad, ambos sexos.
- Que acepten participar en el estudio.
- Pacientes que sean jubilados.

5.5.2. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Pacientes menores de 45 años y mayores de 85 años.
- Pacientes que no acepten participar en el estudio.
- Pacientes que no acudan a consultas subsecuentes.
- Pacientes que no sean jubilados

5.5.3. CRITERIOS DE ELIMINACIÓN

- Pacientes que entregaron cuestionarios mal llenados, incompletos o ilegibles.

5.6. VARIABLES

5.6.1.- DEFINICIÓN CONCEPTUAL Y OPERATIVA DE LAS VARIABLES

VARIABLE	TIPO Y ESCALA	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	INDICADOR
EDAD	Cuantitativa continua	Lapso de tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta el instante o periodo que se estima de la existencia de una persona.	a) números enteros.
SEXO	Cualitativa nominal	Diferencia física y de conducta que distingue a los organismos individuales según las funciones que realizan en el proceso de reproducción.	a)Femenino b)Masculino
ESTADO CIVIL	Cualitativa nominal	Situación de las personas físicas determinadas por sus relaciones de familia, provenientes del matrimonio o parentesco, que establece ciertos derechos y deberes.	a)Soltero b)Casado c)Unión libre d)Divorciado e)Viudo
INVOLUCRAMIENTO AFECTIVO FUNCIONAL	Cualitativa nominal	Representa el grado en el que la familia muestra interés y valora a cada miembro.	EFF: Totalmente de acuerdo (5) De acuerdo (4) Ni de acuerdo ni en desacuerdo(3) En desacuerdo (2) Totalmente en desacuerdo (1)
INVOLUCRAMIENTO AFECTIVO DISFUNCIONAL	Cualitativa nominal	Implica una sobrecarga en algún miembro de la familia que lo convierte en receptor de los aspectos negativo.	EFF: Totalmente de acuerdo (5) De acuerdo (4) Ni de acuerdo ni en desacuerdo(3) En desacuerdo (2) Totalmente en desacuerdo (1)
COMUNICACIÓN DISFUNCIONAL	Cualitativa nominal	Se agrupan 4 reactivos negativos de la comunicación, tanto de nivel verbal como en el no verba.l	EFF: Totalmente de acuerdo (5) De acuerdo (4) Ni de acuerdo ni en desacuerdo(3) En desacuerdo (2) Totalmente en desacuerdo (1)

COMUNICACIÓN DISFUNCIONAL	Cualitativa nominal	Se refiere al intercambio de información verbal, principalmente en el área instrumental.	(1) EFF: Totalmente de acuerdo (5) De acuerdo (4) Ni de acuerdo ni en desacuerdo(3) En desacuerdo (2) Totalmente en desacuerdo (1)
RESOLUCIÓN DE PROBLEMAS	Cualitativa nominal	Revela que la familia es capaz de ponerse de acuerdo y que tiene una buena organización familiar, se refiere a que pueden resolver los problemas instrumentales que tienen.	EFF: Totalmente de acuerdo (5) De acuerdo (4) Ni de acuerdo ni en desacuerdo(3) En desacuerdo (2) Totalmente en desacuerdo (1)
PATRONES DE CONTROL DE CONDUCTA	Cualitativa nominal	Se refiere a los patrones que adopta una familia para manejar el comportamiento, los patrones son razonables con posibilidad de negociación y cambio dependiendo del contexto.	EFF: Totalmente de acuerdo (5) De acuerdo (4) Ni de acuerdo ni en desacuerdo(3) En desacuerdo (2) Totalmente en desacuerdo (1)

5.7. MÉTODO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

El instrumento consto de 3 secciones a través de una entrevista directa.

SECCIONES	NOMBRE	NUMERO DE VARIABLES
SECCION 1	folio y consentimiento informado	1
SECCION 2	Ficha de identificación	3
SECCION 3	Cuestionario EFF	6

5.7.1 CUESTIONARIO DE EVALUACIÓN DEL FUNCIONAMIENTO FAMILIAR (EFF).

El cuestionario fue elaborado a partir del modelo Mc. Máster de funcionamiento familiar (Epstein et al., 1981). Se generó un banco de 200 reactivos con base en este

marco teórico, se realizó una primera selección de reactivos utilizando como criterio la claridad y pertinencia con la escala y quedaron 151 reactivos distribuidos de la siguiente manera: 25 correspondían al área de resolución de problemas, 25 al área de comunicación, 26 al área de roles, 25 al área de respuestas afectivas, 22 al área de involucramiento afectivo, y 28 al área de control de conducta. Éstos se repartieron a 20 expertos para efectuar la validación por jueces, quienes eligieron los 10 reactivos más significativos de las seis dimensiones, los cuales se repartieron aleatoriamente para formular el cuestionario original.

El cuestionario de evaluación del funcionamiento familiar (EFF) es del tipo Likert que utiliza cinco opciones para valorar cada reactivo, totalmente de acuerdo (5), de acuerdo (4), ni de acuerdo ni en desacuerdo (3), en desacuerdo (2), y totalmente en desacuerdo (1).

5.7.1.1 VALIDEZ Y CONFIABILIDAD

Para obtener la validez de constructo del instrumento se realizó un análisis de componentes principales de los métodos de rotación de los ejes; el de solución Varimax y el de rotación oblicua.

La solución Varimax dio 16 factores con valores Eigen superiores a uno, que acumularon 63.5% de la varianza total. Se rotaron los ejes para encontrar factores aún más reducidos. En la rotación oblicua esos 16 factores se redujeron a seis con valores Eigen superiores a uno, que acumularon 61.8% de la varianza total.

En una rotación Varimax, esos 16 factores de la solución original se redujeron también a seis factores con valores Eigen superiores a uno que acumularon 75.4% de la varianza, razón por la cual, se decidió utilizarla para la validación del instrumento; en el primer factor se obtuvo 48.3% de la varianza, en el segundo 9.3%, en el tercero 5.1%, en el cuarto 4.6%, en el quinto 4.2% y el sexto acumuló 3.9% de la varianza

Debido a que éste estudio es de carácter exploratorio, se realizaron todas aquellas rotaciones consideradas pertinentes y que se ajustan mejor al tipo de datos. Se eligió la derivada Varimax como solución para analizar los datos, lo cual representó la mejor opción empírica para explicar la estructura factorial subyacente, porque

acumuló mayor porcentaje de varianza explicada y se ajustó mayor a la evaluación de aspectos que no se estima sean dependientes teóricamente.

La teoría de McMaster había planteado seis constructos: resolución de problemas, comunicación, roles, involucramiento afectivo, respuestas afectivas y control de conducta. Sin embargo, al efectuar el análisis de componentes principales surgieron también seis factores, pero, a diferencia del modelo Mc. Máster, el resultado hace notar la imposibilidad de separar o discriminar los constructos propuestos originalmente.

En la escala original, el primer factor resolución de problemas, es un concepto que se limita a una sola dimensión; en cambio a partir de los resultados empíricos surge un factor que agrupa reactivos de todas las áreas; por lo tanto proporciona una amplia gama de dimensiones englobadas en un sólo factor.

Optamos por denominar al primer factor involucramiento afectivo funcional con 17 reactivos. En este primer factor, todos los reactivos tienen que ver con aspectos positivos en el nivel afectivo del funcionamiento familiar. Representa el grado en que la familia muestra interés y valora a cada miembro de la familia, y denota la habilidad para responder con una amplia gama de emociones, así como la capacidad de proporcionar cuidados, afecto y bienestar.

El segundo factor incluyó 11 reactivos que tienen que ver con aspectos negativos del funcionamiento familiar, sobretodo en el nivel afectivo, implica una sobrecarga en algún miembro de la familia que lo convierte en receptor de los aspectos negativos de la familia se optó por denominar a este factor involucramiento afectivo disfuncional.

El tercer factor agrupó cuatro reactivos y tiene que ver con aspectos negativos de la comunicación, tanto en el nivel verbal como en el no verbal. Se enfoca a una marcada dificultad en el intercambio de información en el área afectiva. Se denominó este factor patrones de comunicación disfuncionales.

El cuarto factor quedó formado por tres reactivos que tienen que ver con aspectos positivos de la comunicación: se refiere al intercambio de información verbal principalmente en el área instrumental. Se le ha denominado patrones de comunicación funcionales.

El quinto factor reúne tres reactivos y engloba áreas como resolución de problemas, control de conducta, y roles: revela que la familia es capaz de ponerse de acuerdo y que tiene una buena organización familiar; por lo tanto se refiere a que pueden resolver los problemas instrumentales que se les presentan. Se le denominó resolución de problemas.

El sexto factor incluyó sólo dos reactivos, ambos pertenecientes al área de control de conducta: se refiere a los patrones que adopta una familia para manejar el comportamiento; los patrones son razonables con posibilidad de negociación y cambio, dependiendo del contexto. Se le ha denominado patrones de control de conducta.

Así, el EFF está constituido básicamente por seis escalas, que contienen en total 40 reactivos.

5.7.1.2. CONSISTENCIA INTERNA

Una vez obtenidos los factores empíricos, se procedió a obtener el índice de consistencia interna de ellos y de las variables cuyos pesos factoriales cargaron en forma importante (igual o mayor a 0.40). Se obtuvieron alfas de Cronbach que para el factor uno fue de 0.92, el factor dos de 0.87, el factor tres de 0.50, el factor cuatro de 0.61, el factor cinco de 0.41, y el factor seis de 0.53, y para el inventario general fue de 0.92.

1.- El instrumento tiene una estructura multifactorial de seis factores que agrupan los constructos teóricos propuestos inicialmente.

2.- A nivel del análisis por escalas, el patrón del factor refleja, en términos generales, comunalidades que varían entre leves de 0.35 y excelentes de 0.76 según Cromrey, citado en Tabachnick (1986). Las dimensiones o áreas originales se redefinieron, y quedaron seis escalas relevantes.

3.- Se recomienda seguir haciendo trabajos de investigación para enriquecer el instrumento, ampliando la muestra a otros sectores socioeconómicos de la población mexicana; realizar análisis factoriales por sexos, y utilizarlos con fines predictivos, por ejemplo; con familias que tengan algún miembro hospitalizado psiquiátricamente, entre otras cosas.

5.7.1.3. LIMITACIONES

En este aspecto es importante enfatizar que el EFF, por ser un instrumento de auto evaluación, proporciona datos sesgados sobre el funcionamiento familiar a nivel interaccional, ya que cada miembro puede tener diferentes percepciones de la familia; pero se espera que sea útil como instrumento de medición con fines terapéuticos y que ayude a identificar áreas problemáticas o discrepancias entre los miembros de la familia, proporcionando al terapeuta información confiable con base a un marco teórico de referencia.

En cuanto a la consistencia interna, observamos que las escalas tres, cuatro, cinco y seis muestran una confiabilidad baja. La causa de esto posiblemente sea que agrupan muy pocos reactivos. El tiempo de espera aproximado para pasar con el Médico es de 5 minutos y el promedio de respuesta del cuestionario es de 15 minutos.

5.7.1.4. FORMA DE CALIFICACION DEL CUESTIONARIO EFF

Para obtener la calificación es necesario:

- a) Seleccionar los reactivos que pertenecen a cada factor.
- b) Sumar la calificación de los puntajes (1, 2, 3, 4, o 5) dados por el sujeto.
- c) El puntaje obtenido es la calificación para ese factor.
- d) Comparar el puntaje con el punto medio o punto de corte, tomando en cuenta también el puntaje máximo que podemos obtener, así como el mínimo.

Para saber si la calificación de cada factor tiende hacia la categoría o definición de ese factor, habrá de obtenerse el punto medio del puntaje también llamado **punto de corte**, que es diferente en cada factor, este punto de corte o punto medio se obtiene multiplicando el número total de reactivos de cada factor por 3, que en la escala Likert es el puntaje medio. Para obtener el puntaje máximo se multiplica el número total de reactivos de cada factor por 5, que en la escala de Likert es el punto más alto, y para obtener el puntaje mínimo se multiplica el número total de reactivos de cada factor por 1 que en la escala de Likert es el puntaje más bajo asignado.

Factor 1: involucramiento afectivo funcional.

Reactivos: 1, 2, 4, 10, 11, 12, 13, 18, 19, 20, 21, 24, 26, 29, 33, 35 y 38

Se calificará de la siguiente manera:

Hacer la suma de los puntajes obtenidos en los reactivos de este factor y comparar con el punto de corte:

$17 \times 3 = 51$ (punto de corte o punto medio)

La suma de los puntajes por arriba de 51 puntos indica el nivel de involucramiento afectivo funcional.

El máximo puntaje a obtener es de 85 y el mínimo de 17.

Factor 2: involucramiento afectivo disfuncional.

Reactivos: 3, 6, 7, 14, 15, 22, 30, 32, 34, 37 y 39

Se calificará de la siguiente manera:

Hacer la suma de los puntajes obtenidos en los reactivos de este factor y comparar con el punto de corte:

$11 \times 3 = 33$ (punto de corte o punto medio)

La suma de los puntajes por arriba de 33 puntos indica el grado de involucramiento afectivo disfuncional.

El máximo de puntaje a obtener es de 55 y el mínimo es de 11.

Factor 3: patrones de comunicación disfuncionales.

Reactivos: 5, 16, 25 y 27

Se calificará de la siguiente manera:

Hacer la suma de los puntajes obtenidos en los reactivos de este factor y comparar con el punto de corte:

$4 \times 3 = 12$ (punto de corte o punto medio)

La suma de los puntajes por arriba de 12 puntos indica el grado de patrones de comunicación disfuncionales.

El máximo de puntaje a obtener es de 20 y el mínimo es de 4.

Factor 4. Patrones de comunicación funcionales.

Reactivos: 8, 36 y 40

Se calificará de la siguiente manera:

Hacer la suma de los puntajes obtenidos en los reactivos de este factor y comparar con el punto de corte:

$3 \times 3 = 9$ (punto de corte o punto medio)

La suma de los puntajes por arriba de 9 puntos indica el grado de patrones de comunicación funcionales.

El máximo de puntaje a obtener es de 9 y el mínimo es de 3.

Factor 5: resolución de problemas.

Reactivos: 17, 23 y 31

Se calificará de la siguiente manera:

Hacer la suma de los puntajes obtenidos en los reactivos de este factor y comparar con el punto de corte:

$3 \times 3 = 9$ (punto de corte o punto medio)

La suma de los puntajes por arriba de 9 puntos indica el grado de resolución de conflictos.

El máximo puntaje a obtener es de 9 y el mínimo es de 3.

Factor 6: patrones de control de conducta.

Reactivos: 9 y 28

Se calificará de la siguiente manera:

Hacer la suma de los puntajes obtenidos en los reactivos de este factor y comparar con el punto de corte:

$2 \times 3 = 6$ (punto de corte o punto medio)

La suma de los puntajes por arriba de 6 puntos indica el grado de patrones de control de conducta.

El máximo de puntaje a obtener es de 10 y el mínimo es de 2.

5.8. MANIOBRAS PARA EVITAR SEGOS:

SESGO DE INFORMACIÓN: Se pudo haber presentado, ya que depende de la veracidad del entrevistado se les explicó sobre la confidencialidad de sus respuestas, para evitar este sesgo lo más posible.

SESGO DE SELECCIÓN: Si hubo, ya que la participación fue voluntaria.

SESGO DE MEDICIÓN: Se eligieron las variables que presentan mayor confiabilidad. La confiabilidad se corrobora con la prueba t de Student. El cuestionario fue aplicado por el investigador.

5.9. PROCEDIMIENTO ESTADÍSTICO:

Identificar la funcionalidad familiar mediante el cuestionario EFF en los pacientes jubilados.

Se utiliza estadística descriptiva para obtener los promedios y porcentajes de la aplicación de los cuestionarios para llegar al resultado.

Se investigó un solo grupo.

Se realizó una medición.

5.10. CRONOGRAMA (ANEXO 4).

5.11. RECURSOS HUMANOS, MATERIALES, FÍSICOS Y FINANCIEROS;

Se utilizaron hojas blancas, impresiones, fotocopias, computadora, USB y programa Excel.

5.12. CONSIDERACIONES ÉTICAS:

Este trabajo se apega a las consideraciones de la declaración de Helsinki y la Ley General de Salud, el Reglamento General de Salud, en materia de investigación para la salud, de acuerdo a éste, en su artículo 14 menciona que la investigación contará con el consentimiento informado y por escrito, esto se realizó en el trabajo, se entregó una hoja de consentimiento de participación voluntaria (anexos) antes de aplicar el instrumento donde se les explica el objetivo del estudio, así como el poder dejar de contestarlo.

Art. 16.- En las investigaciones en seres humanos se protegerá la privacidad del individuo sujeto de investigación, identificándolo solo cuando los resultados lo requieran y éste lo autorice. El cuestionario fue manejado por folio y fue de manera anónima.

Art.17.- En el presente estudio entra en la categoría uno, investigación sin riesgos, siendo éste un estudio el cual emplea métodos y técnicas de investigación documental, en el cual no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada en las variables fisiológicas, psicológicas y sociales de los individuos que forman parte del estudio. Se aplicó un cuestionario, integrado por una ficha de

identificación con datos generales de los pacientes y el test (EFF) de evaluación de funcionamiento familiar.

Declaración de Helsinki: De la asociación Médica mundial, ha promulgado la declaración de Helsinki como una propuesta de principios éticos que sirvan para orientar a los Médicos y a otras personas que realizan investigación médica en seres humanos.

El propósito principal de la investigación Médica en seres humanos es mejorar los procedimientos preventivos, diagnósticos y terapéuticos, y también comprenden la etiología y la patogenia de las enfermedades. Incluso, los mejores métodos preventivos, diagnósticos y terapéuticos tienen que ponerse a prueba continuamente a través de la investigación para que sean eficaces, efectivos, accesibles y de calidad. Además se menciona que la investigación Médica solo se justifica si existen posibilidades razonables de que la población sobre la que la investigación se realiza podrá beneficiarse de sus resultados.

6. RESULTADOS

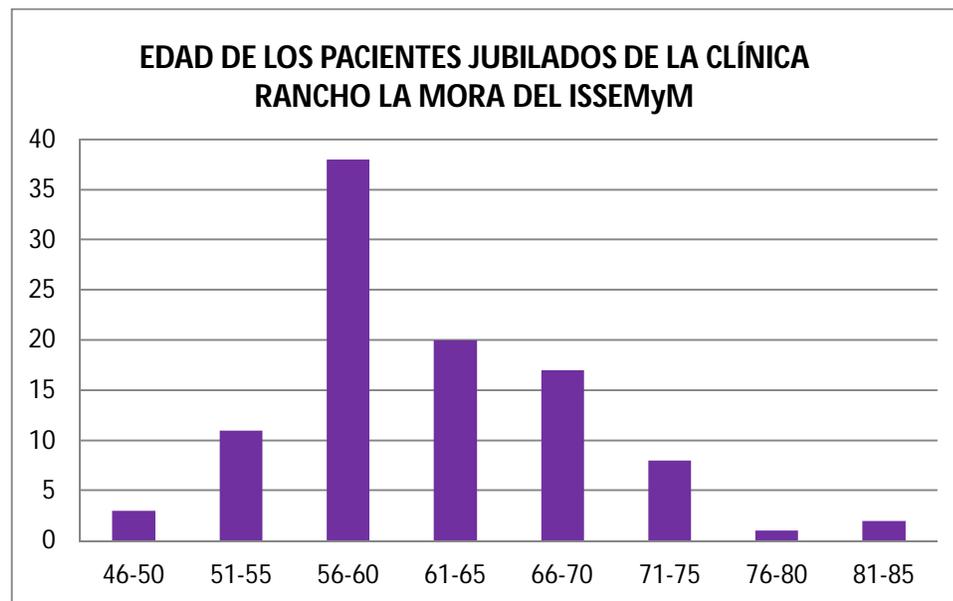
De los 108 pacientes jubilados encuestados, solo se calificaron 100 encuestas, ya que 8 se eliminaron por letra ilegible (1), no aceptaron participar (5) y dos de ellos fueron encuestas mal llenadas.

Los resultados obtenidos en los 100 pacientes jubilados que fueron entrevistados son los siguientes:

EDAD DE LOS JUBILADOS:

Se observan los resultados obtenidos del agrupamiento por quinquenios de las edades de los pacientes jubilados: 46-50 (3%), 51-55 (11%), 56-60 (38%), 61-65 (20%), 66-70 (17%), 71-75 (8%), 76-80 (1%) y 81-85 (2%); observándose que la edad predominante es de 56 a 60 años, representado en la gráfica 1.

Gráfica No. 1

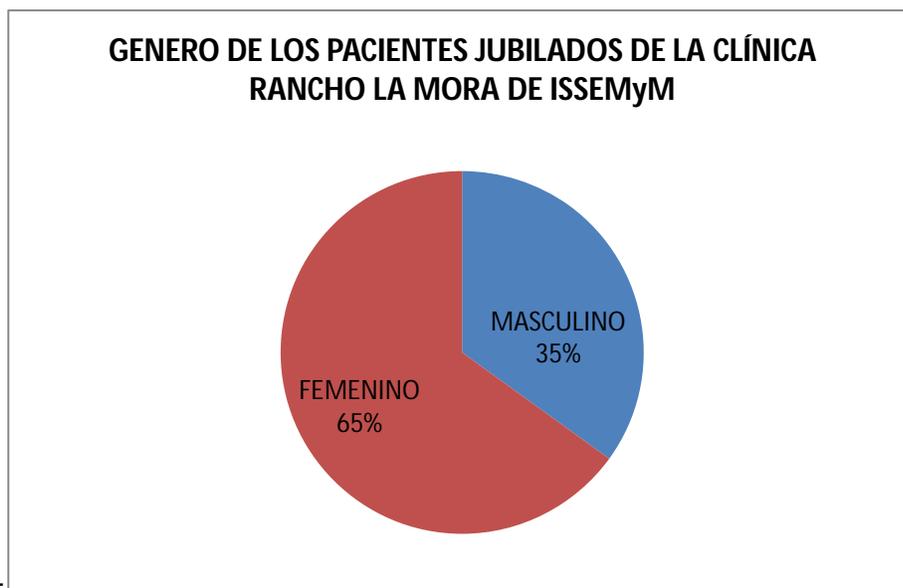


*Fuente: encuesta aplicada a los pacientes jubilados que acuden a la clínica de consulta externa "Rancho la Mora".

GÉNERO DE LOS PACIENTES JUBILADOS:

Se encontró que 65 (65%) pacientes jubilados corresponden al sexo femenino y 35 pacientes (35%) corresponden al sexo masculino, como se observa en la gráfica 2.

Gráfica No. 2

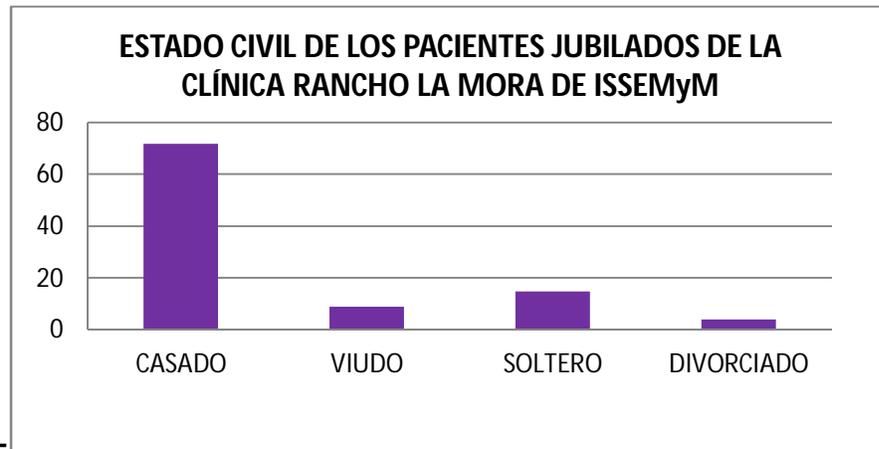


*Fuente: encuesta aplicada a los pacientes jubilados que acuden a la clínica de consulta externa "Rancho la Mora".

ESTADO CIVIL DE LOS JUBILADOS:

El estado civil de los pacientes jubilados reportó que 72 (72%) son casados, viudos 9 (9%), solteros 15 (15%) y 4 pacientes (4%) divorciados. Como se observa en la gráfica 3.

Gráfica No. 3

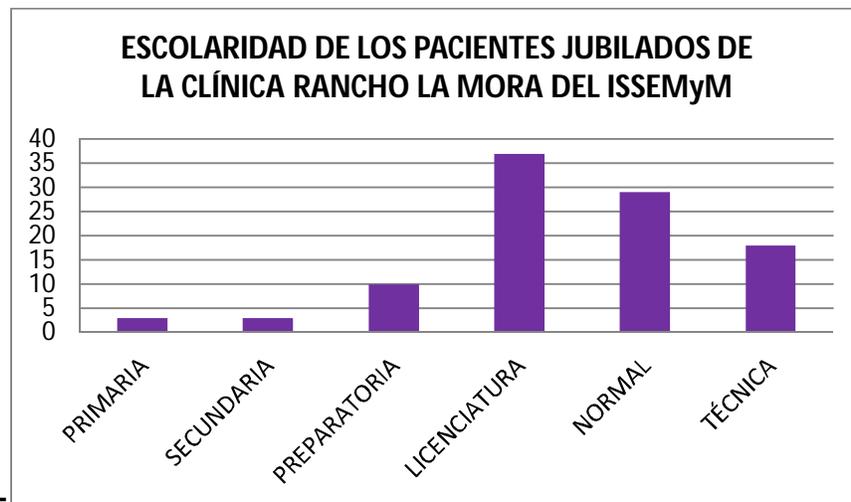


*Fuente: encuesta aplicada a los pacientes jubilados que acuden a la clínica de consulta externa "Rancho la Mora".

ESCOLARIDAD DE LOS PACIENTES JUBILADOS:

Se observa que la escolaridad de los pacientes jubilados predomina la licenciatura 37 (37%), y las demás, a continuación se describen: 3 de Primaria (3%), 3 de Secundaria (3%), 10 de Preparatoria (10%), 29 de Normal (29%) y 18 de Técnica (18%). Ilustrado en la gráfica 4.

Gráfica No. 4

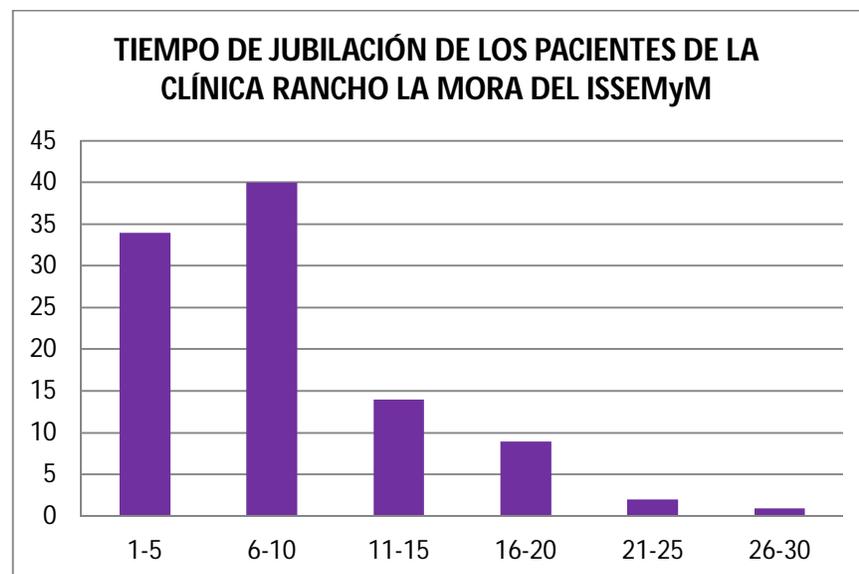


*Fuente: encuesta aplicada a los pacientes jubilados que acuden a la clínica de consulta externa "Rancho la Mor".a

TIEMPO DE JUBILACIÓN:

Los resultados obtenidos agrupándolos en quinquenios son: 1-5 (34%), 6-10 (40%), 11-15 (14%), 16-20 (9%), 21-25 (2%) y 26-30 (1%); observándose una jubilación entre 6 a 10 años predominante, como se muestra en la gráfica 5.

Gráfica No. 5

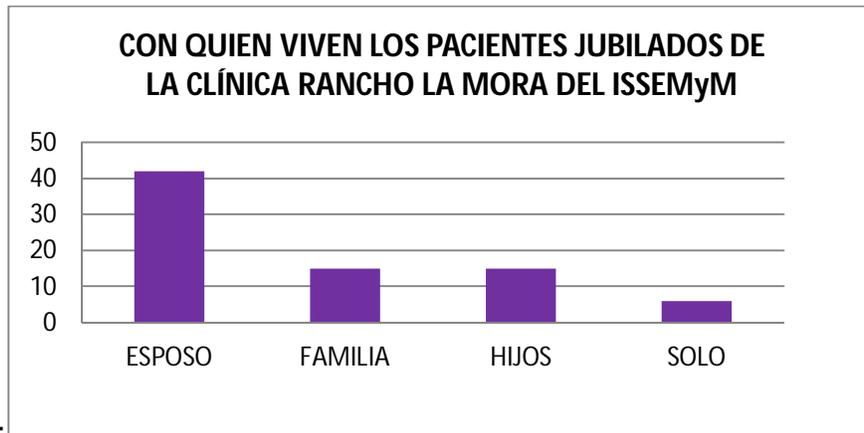


*Fuente: encuesta aplicada a los pacientes jubilados que acuden a la clínica de consulta externa "Rancho la Mora".

CON QUIEN VIVEN LOS PACIENTES JUBILADOS:

La mayoría de los pacientes jubilados vive sólo con su cónyuge, que corresponde a 42 de ellos (42%), con su familia 15 de ellos (15%), con un hijo 15 de ellos (15%) y 6 de ellos (6%) viven solos, como se ilustra en la gráfica 6.

Gráfica No. 6

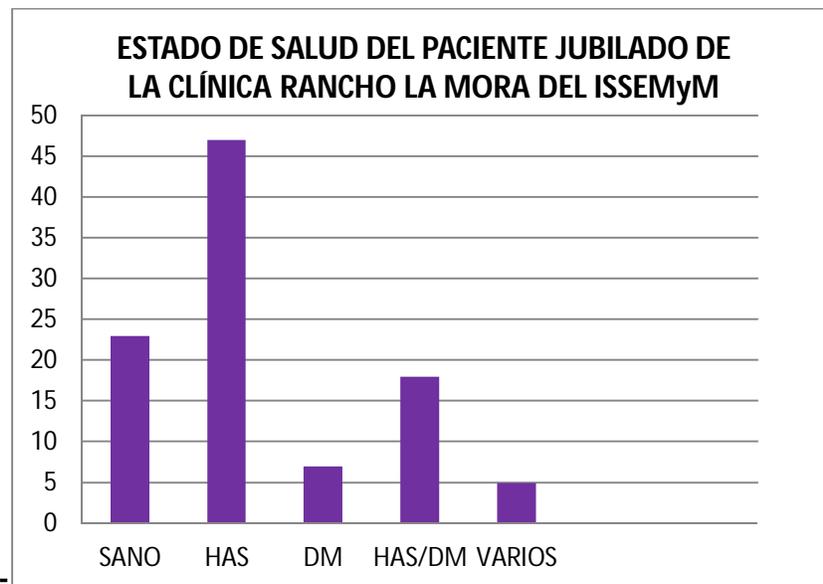


*Fuente: encuesta aplicada a los pacientes jubilados que acuden a la clínica de consulta externa "Rancho la Mora".

ESTADO DE SALUD DE LOS PACIENTES JUBILADOS:

Se obtuvo como resultado que solo 23 de ellos (23%) son sanos, 47 de ellos (47%) padece una enfermedad crónico degenerativa en este caso Hipertensión arterial, 7 de ellos Diabetes Mellitus (7%), 18 de ellos Hipertensión y diabetes (18%) y 5 de ellos (5%), sus padecimientos van de gastritis, artritis y Dislipidemia; como se muestra en la gráfica 7.

Gráfica No. 7

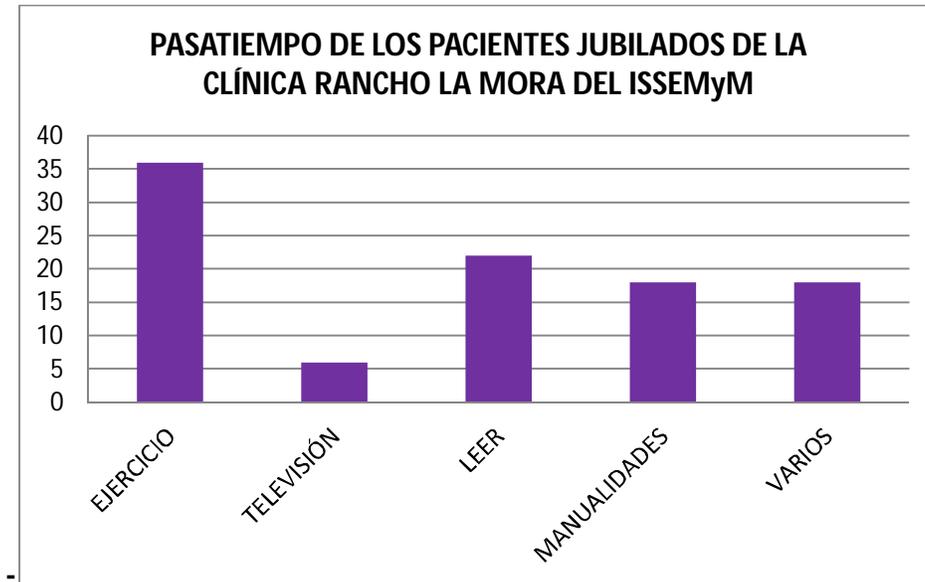


*Fuente: encuesta aplicada a los pacientes jubilados que acuden a la clínica de consulta externa "Rancho la Mora".

PASATIEMPO DEL PACIENTE JUBILADO:

El pasatiempo predominante en los pacientes jubilados es el ejercicio que corresponde a 36 de ellos (36%), 6 de ellos gustan de ver televisión (6%), 18 realizan manualidades (18%), 22 de ellos prefieren leer (22%) y 18 de ellos (18%), realizan diversas actividades (ocuparse de un rancho, cuidar nietos, realizar mandados, convivir con amigos). Como de observa en la gráfica 8.

Gráfica No. 8

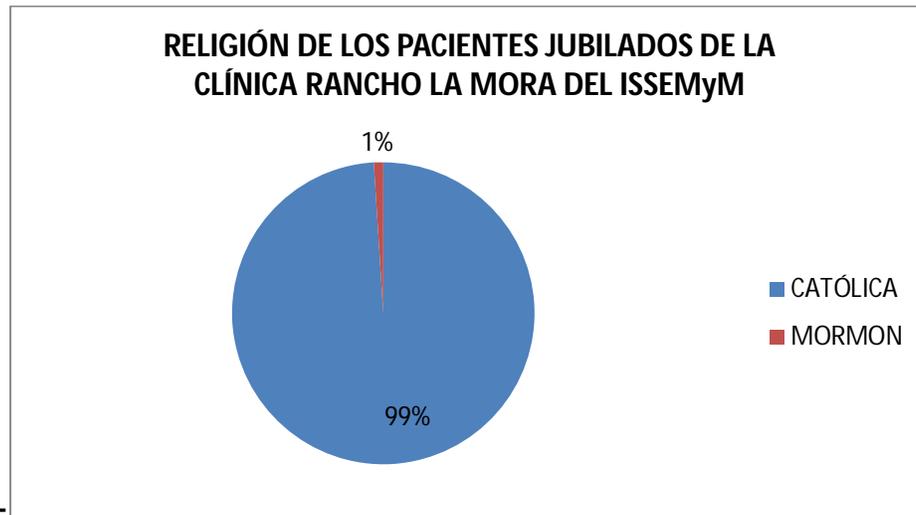


*Fuente: encuesta aplicada a los pacientes jubilados que acuden a la clínica de consulta externa "Rancho la Mora".

RELIGIÓN DE LOS PACIENTES JUBILADOS:

99 de ellos profesan la religión católica (99%), y solamente uno de ellos (1%), es mormón. Ilustrado en la gráfica 9.

Gráfica No. 9

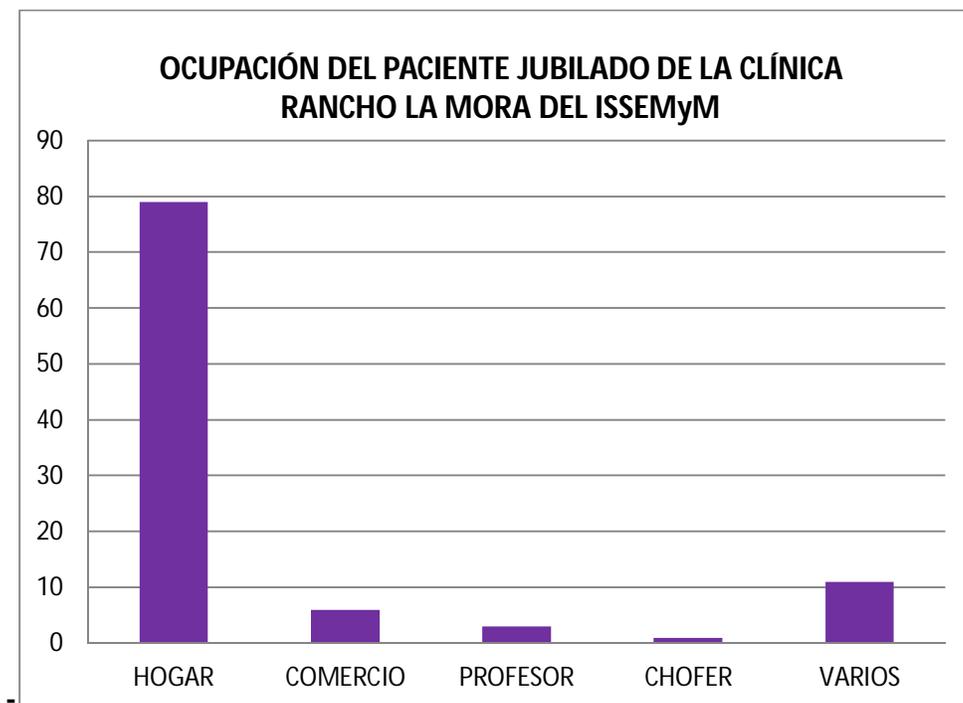


*Fuente: encuesta aplicada a los pacientes jubilados que acuden a la clínica de consulta externa "Rancho la Mora".

OCUPACIÓN DEL PACIENTE JUBILADO:

Se observa que 79 de ellos (79%), se dedican al hogar, 6 al comercio (6%), 3 son profesores (3%), 1 es chofer (1%), el resto de los pacientes jubilados que son 11 (11%) realizan diversas actividades (ayudantes, litigan, empleado). Como se observa en la gráfica 10.

Gráfica No. 10



*Fuente: encuesta aplicada a los pacientes jubilados que acuden a la clínica de consulta externa "Rancho la Mora".

RESULTADOS DEL INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN DEL FUNCIONAMIENTO FAMILIAR (EFF) EN LOS PACIENTES JUBILADOS DE “RANCHO LA MORA”.

Al analizar la funcionalidad por los factores de acuerdo al EFF, los resultados obtenidos son los siguientes:

En la siguiente tabla se observa un concentrado de los resultados, tomando en cuenta el punto de corte, además agregamos todos aquellos que se encontraban justo en este punto, ya que son pacientes que tienen riesgo de disfuncionalidad y por lo tanto se les debe dar seguimiento. Tabla 1.

TABLA 1.

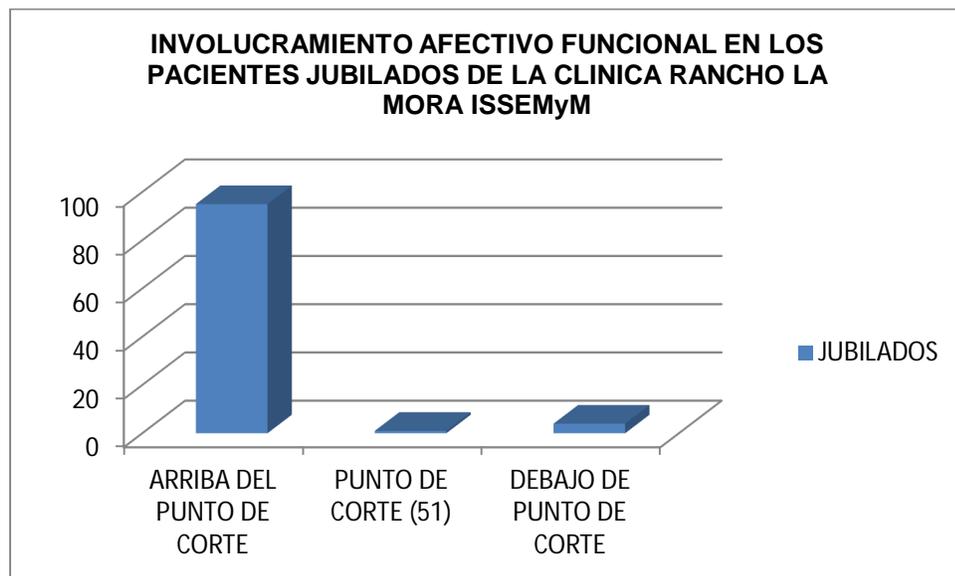
FACTORES	PUNTO DE CORTE (PC)	ARRIBA DEL PUNTO DE CORTE	ABAJO DEL PUNTO DE CORTE
1: Involucramiento familiar funcional. PC 51	1	95	4
2: Involucramiento afectivo disfuncional PC 33	4	26	70
3: Patrones de comunicación disfuncional PC 12	31	54	15
4: Patrones de comunicación funcional PC 9	7	88	5
5: Resolución de problemas. PC 9	19	76	5
6: Patrones de control de conducta PC 6	15	75	10

*Fuente: encuesta aplicada a los pacientes jubilados que acuden a la clínica de consulta externa “Rancho la Mora”.

FACTOR 1 INVOLUCRAMIENTO AFECTIVO FUNCIONAL:

En este primer factor 95 pacientes (95%), se encuentran por arriba del punto de corte, siendo entonces pacientes que muestran interés y valoran a cada miembro de la familia, teniendo la habilidad de responder tanto a emociones positivas como negativas, además de la capacidad de proporcionar cuidado, afecto y bienestar. 4 pacientes (4%), se encontraron por debajo del punto de corte y 1 paciente (1%), en el punto de corte. Gráfica 11.

GRÁFICA 11

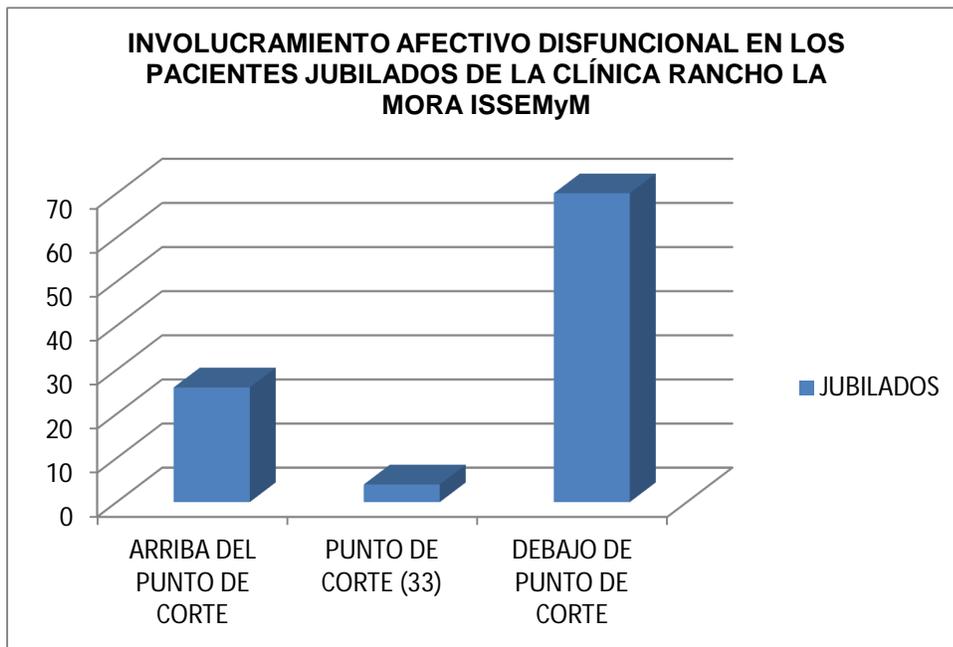


*Fuente: encuesta aplicada a los pacientes jubilados que acuden a la clínica de consulta externa "Rancho la Mora".

FACTOR 2 INVOLUCRAMIENTO AFECTIVO DISFUNCIONAL:

En este factor 26 pacientes (26%) se encuentran por arriba del punto de corte, lo que significa que el paciente jubilado tiene una sobrecarga de los aspectos negativos de la familia, sobretodo en el nivel afectivo, 70 de ellos (70%), se encuentran por debajo del punto de corte, por lo que no hay disfuncionalidad en el involucramiento afectivo y 4 de ellos (4%) se encuentran justo en el punto de corte. Se ilustra en la gráfica 12.

GRÁFICA 12

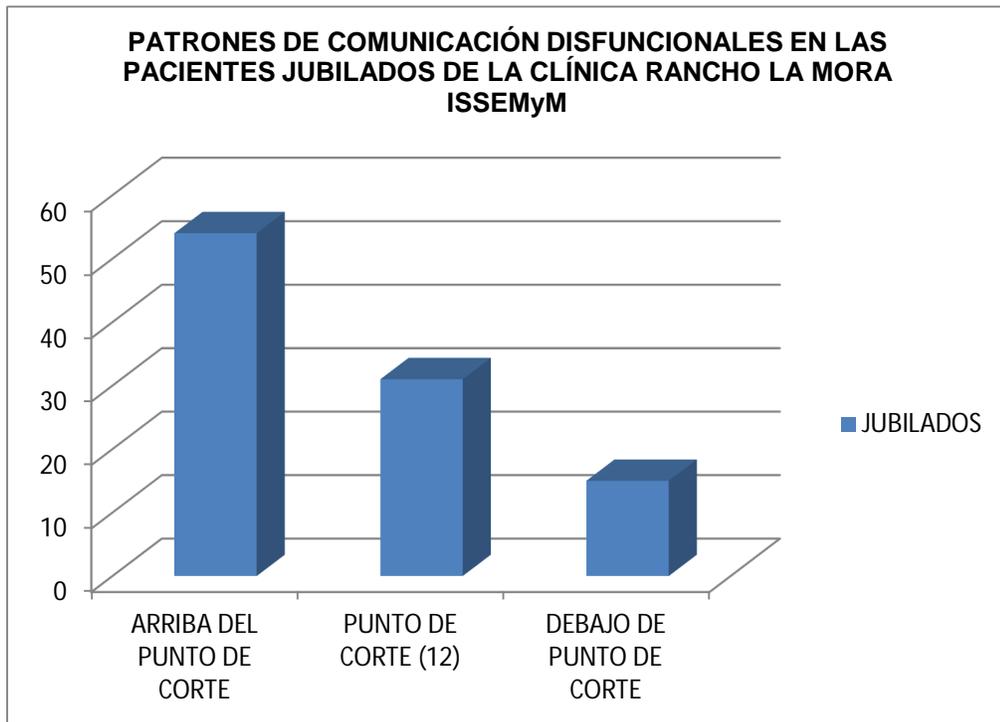


*Fuente: encuesta aplicada a los pacientes jubilados que acuden a la clínica de consulta externa "Rancho la Mora".

FACTOR 3 PATRONES DE COMUNICACIÓN DISFUNCIONAL

Se encontró que 54 pacientes (54%) se encuentran por arriba del punto de corte, por lo que tienen problema en la comunicación tanto verbal como no verbal, ocasionando una marcada dificultad en el intercambio de información sobretodo del área afectiva, 15 pacientes (15%) se encuentran por debajo del punto de corte y 31 de ellos (31%) se encuentran justo en el punto de corte, como se observa en la gráfica 13.

GRÁFICA 13

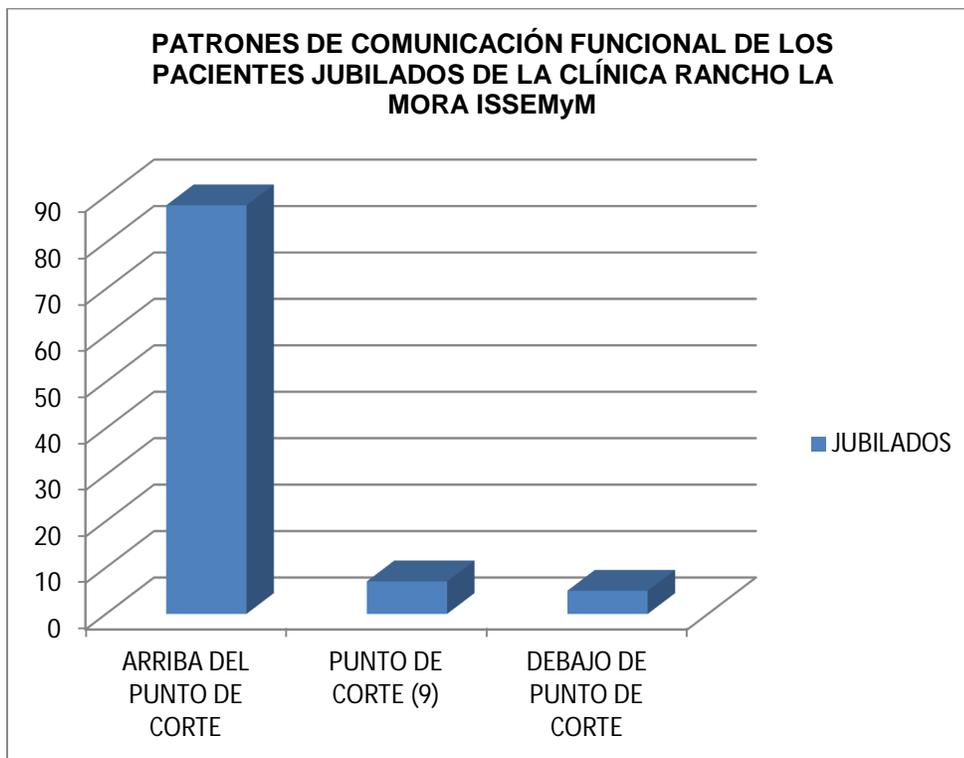


*Fuente: encuesta aplicada a los pacientes jubilados que acuden a la clínica de consulta externa "Rancho la Mora".

FACTOR 4 PATRONES DE COMUNICACIÓN FUNCIONAL

En este factor se encontró que 88 de los pacientes (88%) están por arriba del punto de corte por lo que el intercambio de información verbal principalmente en el área instrumental (sustento económico, alimento, ropa, casa, transportación) se encuentra funcional, 5 pacientes (5%) están por debajo del punto de corte y 7 pacientes (7%) se encuentran justo en el punto de corte, esto se observa en la gráfica 14.

Gráfica 14.

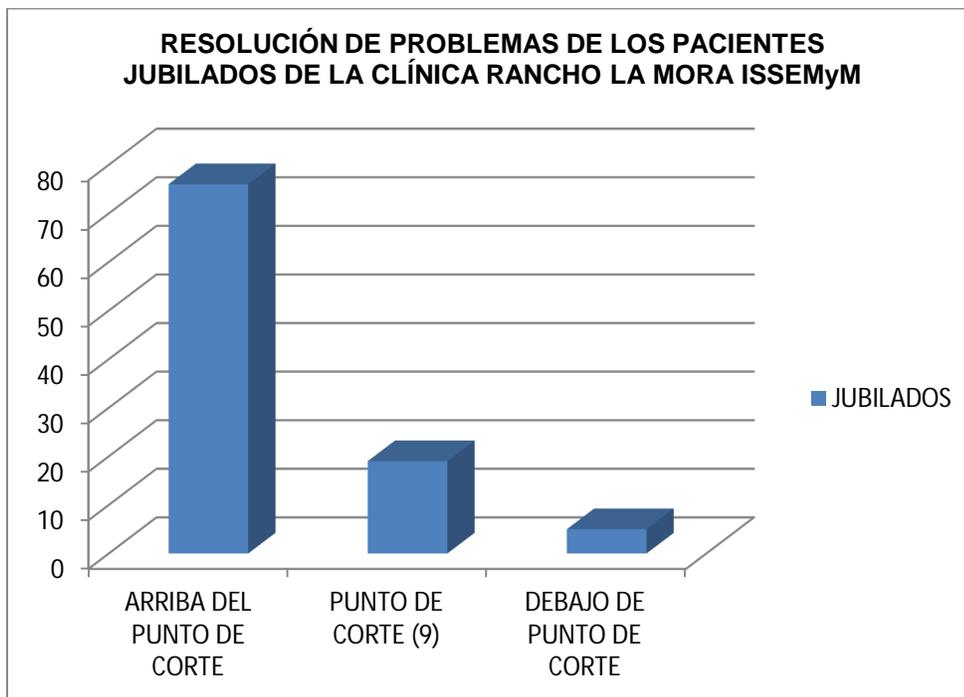


*Fuente: encuesta aplicada a los pacientes jubilados que acuden a la clínica de consulta externa "Rancho la Mora".

FACTOR 5 RESOLUCIÓN DE PROBLEMAS

Se encontró que 76 pacientes (76%) se encuentran por arriba del punto de corte, por lo que los pacientes jubilados revelan que son capaces de ponerse de acuerdo con su familia, así mismo que tienen una buena organización familiar, por lo que de acuerdo a este factor pueden resolver los problemas instrumentales que se les presentan; 5 pacientes (5%) se encuentran por debajo del punto de corte y 19 pacientes están justo en el punto de corte. Esto se observa en la gráfica 15.

Gráfica 15.

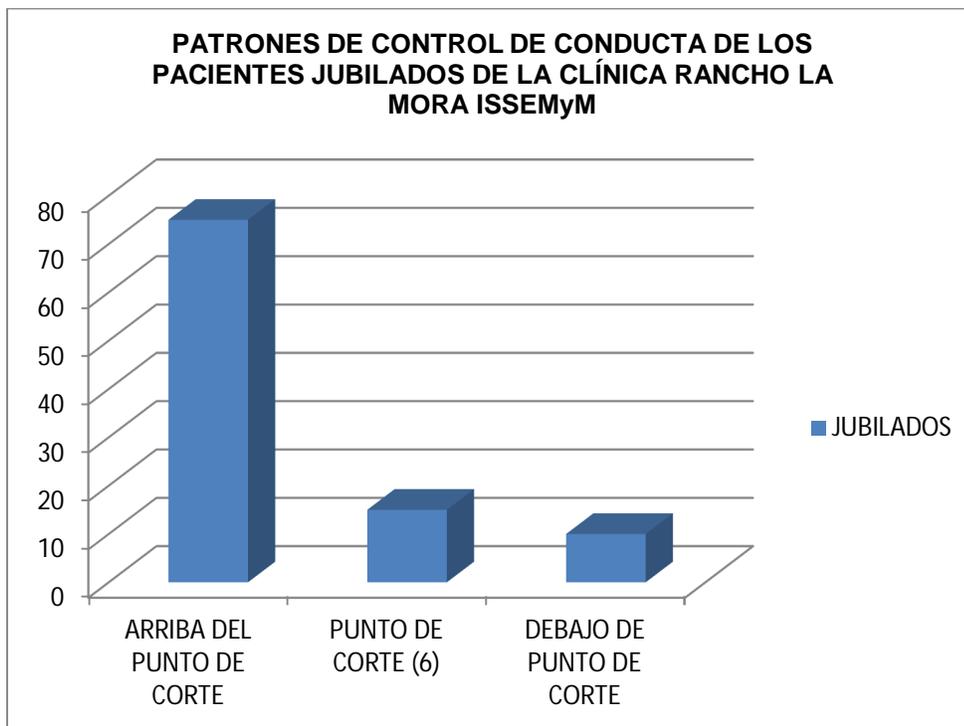


*Fuente: encuesta aplicada a los pacientes jubilados que acuden a la clínica de consulta externa "Rancho la Mora".

FACTOR 6 PATRONES DE CONTROL DE CONDUCTA

75 pacientes (75%) se encuentran por arriba del corte, por lo que los patrones que adopta el paciente jubilado con su familia para manejar su comportamiento son razonables y con posibilidad de negociación y cambio, 10 pacientes (10%) están por debajo del punto de corte y 15 de ellos (15%) se encuentran justo en el punto de corte. Esto se observa en la gráfica 15.

Gráfica 15.



*Fuente: encuesta aplicada a los pacientes jubilados que acuden a la clínica de consulta externa "Rancho la Mora".

7. DISCUSIÓN:

En el artículo de García (2007), se observó que el rango de edad de jubilación es de 60-70 años, predominando el género masculino en un 52% y en cuanto a la religión se comenta que el 98% corresponden a la religión católica; en el estudio de pacientes jubilados de la clínica "Rancho la Mora" se observó que el rango de edad de jubilación es de 56-60 años, predominando el género femenino y el 99% son católicos.

De acuerdo a Zabala (2009) comenta que la enfermedad predominante en los pacientes jubilados es la Diabetes Mellitus en un 53% y la Hipertensión Arterial en un 37%, no así en el estudio realizado en la clínica "Rancho la Mora" donde se observa una inversión del patrón quedando como primer lugar la Hipertensión Arterial con un 47% y la Diabetes Mellitus en un 7%.

Midanik (1995) refiere que dentro de la principal actividad diaria del paciente jubilado para eliminar el estrés y conservar la salud física y mental es el ejercicio, concordando con este estudio que se realizó en la clínica Rancho la Mora que reportó un 36%.

De la Cruz (2008), menciona que el 83.82% de los jubilados viven en casa propia y el 16.18% vive en casa de algún familiar que concuerda con el estudio realizado ya que el 85% vive con su cónyuge en casa propia mientras que el 15% vive con sus hijos.

Zaya (2011) comenta que después de jubilarse no fue muy significativo el resultado de seguir trabajando, que corresponde a un 73.3%, y un 26.7% sí trabaja. Comparado con el estudio realizado donde hay similitud ya que el 79% no trabaja y el 21% si lo hace.

Satir (1982) indica que en los criterios para determinar el grado de funcionalidad familiar uno de los más importantes es la comunicación entre sus miembros que debe ser clara, directa, específica y congruente, siempre respetando la autonomía de sus miembros; en este estudio realizado se observó que el 54% de los pacientes jubilados tienen una comunicación disfuncional de tipo afectiva más no en la

instrumental que se encuentra en el 88% tomando en cuenta los factores 3 y 4 respectivamente.

8.- CONCLUSIONES:

La vida del jubilado supone un estancamiento en el desarrollo de la familia. El objetivo fundamental del reconocimiento de la disfunción familiar del paciente jubilado será para restablecer la homeostasis normal del ciclo vital familiar ya que es muy importante para determinar el momento y el modo en que una transición normal del ciclo vital familiar se transforme en un estado de crisis.

El objetivo de este estudio se alcanzo ya que se identifico la funcionalidad familiar a través del cuestionario de Evaluación del Funcionamiento Familiar (EFF), no solo de manera general sino en cada uno de los factores que representa.

La identificación oportuna de la disfuncionalidad familiar en el jubilado busca dotar de herramientas teóricas y metodológicas idóneas a los jubilados para ofrecerles una atención integral, continua y anticipatoria al riesgo, por lo que resulta de mucha importancia conocer los problemas biopsicosociales a los que se enfrenta el jubilado.

Se concluye entonces con este estudio que en el factor de involucramiento afectivo funcional de los pacientes jubilados se encontraron con un buen funcionamiento familiar, aunque no para el nivel afectivo donde se encontró mayor disfuncionalidad; en cuanto a la comunicación tenemos disfuncionalidad sobretodo del área afectiva, porque en el área instrumental se encuentra funcional; pueden resolver sus problemas sobretodo los de tipo instrumental; en relación a su control de conducta manejan adecuadamente su comportamiento y son abiertos a una negociación y/o cambio.

De acuerdo a la literatura revisada y tomando como base el objetivo planteado y el marco teórico que apoyaron esta investigación es importante mencionar que la familia es base fundamental para que pueda existir una percepción del funcionamiento familiar favorable, ya que la familia es un elemento clave del medio social. Aunque el modelo familiar puede variar de una cultura a otra y de una generación a otra, la noción de la familia es universal. La percepción del funcionamiento familiar desempeña un papel primordial en la funcionalidad familiar para el planteamiento de sus problemas y formar parte si duda de su solución.

Por tal motivo se tendría que valorar redes de apoyo con las que cuenten los pacientes jubilados como pueden ser apoyo psicológico, actividades, integración a grupos de misma edad, pláticas, asesorías individuales y/o de grupo, entre otros esto con la finalidad de implementar una comunicación verbal y no verbal adecuada no solo en lo instrumental sino también en lo afectivo e integrar a la familia en este proceso; y claro esta darle seguimiento para que se cumpla el objetivo, quizá no se pueda evitar la crisis pero si de que esta no provoque un desequilibrio en el ámbito personal y mucho menos familiar y que esto cause una disfunción familiar.

Como médicos familiares es importante conocer de forma integral a los pacientes y las características de sus familias, ya que el apoyo que tenga el paciente es un factor importante para la conservación en el proceso salud-enfermedad.

A pesar de que sí se cumplió el objetivo de identificar funcionalidad familiar en los jubilados, el trabajo tiene sus limitaciones, por lo que es importante señalarlos; así como la aplicabilidad práctica de los resultados, por lo que se pueden buscar otras alternativas para explorar a las familias de los jubilados, ya que el instrumento señala la literatura debe ser aplicado por expertos en el área debido a que su interpretación resulta difícil.

El estudio resulta interesante como línea en la investigación educativa y llevar a cabo investigaciones que analicen otros aspectos que pudieran identificar funcionalidad familiar en esta población y no necesariamente situar a la jubilación como agente causal de disfuncionalidad.

9.- REFERENCIAS

- 1.- Amad, S. Joan. Prepare a tiempo su jubilación. Gestión 2000, España (1997)
- 2- Atchley R.C., The Sociology of retirement, Schenkman Publishing Company, EEUU, (1996).
- 3.- Atri, Z.R. Confiabilidad y validez del cuestionario de Evaluación del Funcionamiento Familiar (EFF). Revista Mexicana de Psicología. 10,49-54. (1993).
- 4.- Atri, Z.R. Instrumentos de evaluación en terapia familiar y de pareja. Ed. Pax México, (2006)
5. - Breavers, W y Hampson, R. Familias exitosas. Barcelona, Piados. (1995).
- 6.- Buendía José (Comp.) Envejecimiento y psicología de la salud, Siglo XXI Editores, España (1994).
- 7.-Coolican, H. Métodos de investigación y estadística en Psicología, Manual moderno, México, (2005).
- 8.- De la Cuesta, D., Pérez, E. y Louro, I. (1999). Funcionamiento familiar. Revista Cubana Med. Gen Interg. Serie en red, 15 (4), 439-445.
- 9.- Dorsh, Diccionario de Psicología. México. Pretence Hall. (1985).
10. - Elterman, Z.H. (2002). Violencia en la familia: propuesta de un programa con perspectiva humanista para mujeres que viven una relación de violencia. Disertación doctoral no publicada, Universidad Iberoamericana, México, D.F.
- 11.- Espinosa, G.M. (2000). Inventario Multifactorial de Problemas Familiares. La Psicología Social en México. VIII, 283-289.
- 12.- Estrada, El ciclo de la familia. México. Posada. (1995).
- 13.- García Madrid G. Funcionalidad familiar y capacidad física de adultos mayores, Revista enfermería Instituto Mexicano del Seguro Social, 2007; 15 (1); 21-26
- 14.- Hernández, Metodología de la Investigación. Ed. Mc. Graw Hill (2009).
- 15.- Ibáñez, B. Manual para la elaboración de tesis. Ed. Trillas. (1990).
- 16.- Irigoyen, Fundamentos de medicina Familiar. Ed. Medicina familiar mexicana (2000).
- 17.- Kerlinger, Investigación del comportamiento: Técnica y Metodología. Mc. Graw Hill (1980).
- 18.-Ley de Seguridad Social para los Servidores Públicos del Estado de México y Municipios (2000).
- 19.- Máster, W; Johnson, Investigaciones en la respuesta sexual. En: Respuesta Sexual Humana. Revolucionaria. (1967).
- 20.- Máster, W; Johnson. V. Kolodny, R. La Sexualidad Humana. Científico Técnico (1987).

- 21.-Midanik, L et al., "The effect of retirement on mental health and health behaviors: The Kaiser Permanent Retirement Study", en Journal of Gerontology, EEUU, (1995).
- 22.- Minuchin, S. Técnicas de terapia familiar. México. Paidós. (1999).
- 23.- Moragas, M. Ricardo. La Jubilación una oportunidad vital. Hender. (2001).
- 24.- Motrico, E., Fuentes, M.J. y Bersabé, R. (2000). Discrepancias en la percepción de los conflictos entre padres e hijos/as a lo largo de la adolescencia. Anales de Psicología. 17 (1), 1-13.
- 25.- Olvera Arreola S., Salazar Gómez T., Impacto del apoyo familiar en la adherencia terapéutica de pacientes hipertensos, Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica, (2009), 17 (1-3): 10-13.
- 26.-Ortíz, M. T. y Louro, I. (1999). Salud Familiar. Revista Cubana Med Gen Inter, serie en red, 15 (4), 439-445.
- 27.- Palomar, L.J. (1998). Funcionamiento Familiar y calidad de vida. Disertación doctoral no publicada, UNAM, México, D.F.
- 28.- Pardiñas Felipe, Metodología y técnicas de investigación en ciencias sociales, Ed. Siglo Veintiuno, Colombia, (1980).
- 29.- Peña V. y Padilla M. La Familia y la Comunidad como red de soporte social. Lima. Cedro. (1997).
- 30.- Pick, Cómo investigar en las ciencias sociales. Ed. Trillas (1999).
- 31.-Polaino, L.A. Y Martínez, C.P. (1998). Evaluación Psicológica y Psicopatológica de la familia. España, Ediciones Rialp, S.A.
- 32.- Ramírez, D. Clima Familiar en niños con dislalia. Tesis no publicada. Licenciatura CUI Escuela Profesional de Psicología. (2004).
- 33.- Rivera, H.M.E.(1999). Evaluación de las relaciones intrafamiliares: construcción y validación de una escala. Tesis de maestría no publicada, UNAM, México. D.F.
- 34.- Rocabrundo M; Prieto R. Sexualidad en la tercera edad. En. Gerontología y Geriatria Clínica. Ciencias Médicas. (1992).
- 35.- Rodríguez, M.; Corona, D. Creatividad del adulto mayor. UAEM (2005).
- 36.- Rojas, Métodos para la investigación social: Una proposición dialéctica. Ed. Plaza y Valdez.(1992).
- 37.- Rojas, Investigación Social, Teoría y praxis. Ed. Plaza y Valdez. (1993).
- 38.-Salwatierra, V. Alteraciones Psicológicas y Sexuales durante la menopausia. En Climaterio y Menopausia. Grefol: (1992)
- 39.-Sandoval. D. El Mexicano, Psicodinámica de relaciones Familiares. México. (1990).
- 40.- Sandoval. F. Compendio de derecho Familiar para trabajadores sociales. Fa.Ci.Co. U.A.E.M. (1997).

- 41.-Santiago, S.E. Relación del Clima Familiar con el bajo rendimiento escolar en adolescentes con bajo rendimiento escolar en adolescentes. Tesis no publicada. Licenciatura C.U.I. Escuela Profesional de Psicología.
- 42.-Sátir, V. (1982). Terapia familiar conjunta. México: La prensa mexicana.
- 43.-Sauceda, J.M. y Foncerrada, M. (1985). Los problemas familiares y sus repercusiones en el niño. Revista Médica del IMSS. 23, 159-166.
- 44.- Sloninsky, T. Familia y relaciones interpersonales. Omeba. (1992).
- 45.- Taylor Robert B. Medicina de familia, Principios y práctica. 6º Ed. España, Masson S.A. (2006).
- 46.- Tuirán R. Envejecimiento demográfico en México: Retos y Perspectivas, Consejo Nacional de Población, Primera edición, Redalyc. ISBN: 970-628-369-2. (1999)
- 47.- Velasco y Luna, Instrumentos de evaluación en terapia familiar y de pareja. México. Ed. Pax México. (2006)
- 48.- Villa Carrandi, María Covadonga, Factores Psicológicos y Sociológicos der la jubilación en México: El caso de empresas privadas, Tesis doctoral, México, (2001).
49. - Walsh, F. (1993). Normal Family Processes. Nueva York: Guilford Press. 2a edición.
50. - Yeung, W.J., Sandberg, J.F., Daviskean, P.E. y Hofferth, S.L. (2000). Children s time with fathers in intact families. Journal of Marriage and Family. 63 (!), 136-154.
- 51.- Zavala Rodríguez R., Ríos Guerra c., Funcionalidad familiar y ansiedad en pacientes adultos con enfermedad crónica, Universidad de la Sabana, Bogotá, Sep. - Dic. (2009)

10.- ANEXOS

Anexo 1

10.1. CONSENTIMIENTO DE PARTICIPACIÓN VOLUNTARIA.

El presente trabajo tiene como objetivo conocer el funcionamiento familiar en pacientes jubilados de la clínica de consulta externa Rancho la Mora. La información que se obtenga en este trabajo será utilizado con fines de identificación, será de carácter confidencial y obtenido de manera voluntaria.

La investigación tiene la autorización por parte del comité de ética de realizarse en la clínica de consulta externa de Rancho la Mora. En caso de sentirse incómodo con algunas de las preguntas tiene la libertad de no seguir contestando.

¿Acepta usted contestar?

Sí _____ No _____

Muchas gracias por su participación.

Anexo 2

10.2. FICHA DE IDENTIFICACIÓN.

NOMBRE:

EDAD _____ SEXO _____ ESTADOCIVIL _____

ESCOLARIDAD _____ TIEMPO DE JUBILACIÓN _____

ESTADO DE SALUD _____ CON QUIÉN VIVE _____

RELIGIÓN _____ PASATIEMPO _____

OCUPACIÓN _____ RECIBE PENSIÓN _____

Anexo 3

10.3 CUESTIONARIO DE EVALUACIÓN DE FUNCIONAMIENTO FAMILIAR (EFF)

Por favor, lea cuidadosamente las instrucciones antes de contestar.

A continuación presentamos una serie de enunciados, los cuales le suplicamos contestar de la manera más sincera y espontánea posible. La información que usted nos proporcione será absolutamente confidencial.

Todos los enunciados se refieren a aspectos relacionados con su familia (con la que vive actualmente). Le agradecemos de antemano su cooperación.

Por favor, no deje enunciados sin contestar. La forma de responder es cruzando con una X el número que mejor se adecue a sus respuestas, con base en la siguiente escala.

Totalmente de acuerdo (5)

De acuerdo (4)

Ni de acuerdo ni en desacuerdo (3)

En desacuerdo (2)

Totalmente en desacuerdo (1)

1	Mi familia me escucha.	1	2	3	4	5
2	Si tengo dificultades, mi familia estará en la mejor disposición de ayudarme.	1	2	3	4	5
3	En mi familia ocultamos lo que nos pasa.	1	2	3	4	5
4	En mi familia tratamos de resolver los problemas entre todos.	1	2	3	4	5
5	No nos atrevemos a llorar frente a los demás miembros de la familia.	1	2	3	4	5
6	Rara vez platico con la familia sobre lo que me pasa.	1	2	3	4	5
7	Cuando se me presenta algún problema, me paralizó.	1	2	3	4	5
8	En mi familia acostumbramos discutir nuestros problemas.	1	2	3	4	5
9	Mi familia es flexible en cuanto a las normas.	1	2	3	4	5
10	Mi familia me ayuda desinteresadamente.	1	2	3	4	5

11	En mi familia expresamos abiertamente nuestras emociones.	1	2	3	4	5
12	Me siento parte de mi familia.	1	2	3	4	5
13	Cuando me enojo con algún miembro de la familia se lo digo.	1	2	3	4	5
14	Mi familia es indiferente a mis necesidades afectivas.	1	2	3	4	5
15	Las tareas que me corresponden sobrepasan mi capacidad para cumplirlas.	1	2	3	4	5
16	Cuando tengo algún problema, se lo platico a mi familia.	1	2	3	4	5
17	En mi familia nos ponemos de acuerdo para repartir los quehaceres de la casa.	1	2	3	4	5
18	En mi familia expresamos abiertamente nuestro cariño.	1	2	3	4	5
19	Me siento apoyado (a) por mi familia.	1	2	3	4	5
20	En casa acostumbramos expresar nuestras ideas.	1	2	3	4	5
21	Me duele ver sufrir a otro miembro de mi familia.	1	2	3	4	5
22	Me avergüenza mostrar mis emociones frente a mi familia.	1	2	3	4	5
23	Si falla una decisión, intentamos una alternativa.	1	2	3	4	5
24	En mi familia hablamos con franqueza.	1	2	3	4	5
25	En mi casa mis opiniones no son tomadas en cuenta.	1	2	3	4	5
26	Las normas familiares están bien definidas.	1	2	3	4	5
27	En mi familia nos expresamos abiertamente los problemas.	1	2	3	4	5
28	En mi familia, si una regla no se puede cumplir, la modificamos.	1	2	3	4	5
29	Somos una familia cariñosa.	1	2	3	4	5
30	En casa no tenemos un horario para comer.	1	2	3	4	5
31	Cuando no se cumple una regla en mi casa, sabemos cuales son las consecuencias.	1	2	3	4	5
32	Mi familia no respeta mi vida privada.	1	2	3	4	5
33	Si estoy enfermo, mi familia me atiende.	1	2	3	4	5
34	En mi casa, cada quién se guarda sus problemas.	1	2	3	4	5
35	En mi casa nos decimos las cosas abiertamente.	1	2	3	4	5
36	En mi casa logramos resolver los problemas cotidianos.	1	2	3	4	5
37	Existe confusión acerca de lo que debemos hacer cada uno de nosotros dentro de la familia.	1	2	3	4	5
38	En mi familia expresamos la ternura que sentimos.	1	2	3	4	5
39	Me molesta que mi familia me cuente sus problemas.	1	2	3	4	5
40	En mi casa respetamos nuestras reglas de conducta.	1	2	3	4	5

Anexo 4.

10.4. CRONOGRAMA

Etapa de Planeación (Trimestre)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2
Etapa de Planeación (Proyecto)	X	X	X									
Marco teórico		X	X	X	X							
Material y Métodos				X	X							
Registro y Autorización del Proyecto					X							
Etapa de ejecución proyecto					X	X	X					
Recolección de datos								X	X			
Almacenamiento de datos								X	X			
Análisis de datos										X		
Descripción de los resultados										X	X	
Discusión de los resultados										X	X	
Conclusiones del estudio											X	
Integración y revisión final											X	X
Autorizaciones												X
Impresión del trabajo final												X
Solicitud de examen de tesis												X

