

11226.  
Zej  
149



# UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

Instituto Mexicano del Seguro Social

## EL AREA AFECTIVA EN LOS JUBILADOS.



# T E S I S

Que Presenta

Angel Salvador Jiménez Guevara

Para acreditar la Especialidad de:

## MEDICINA FAMILIAR

México, D. F.

1985

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**



## **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 está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

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

# TESIS CON FALLA DE ORIGEN

## I N D I C E

	Página
INTRODUCCION .....	1
OBJETIVO GENERAL .....	2
OBJETIVOS ESPECIFICOS .....	3
MARCO TEORICO .....	4
GENERALIDADES DE LOS SEGUROS DE INVALIDEZ, VEJEZ Y CESANTIA EN EDAD AVANZADA .....	12
OBSERVACION .....	18
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA .....	19
HIPOTESIS .....	20
UNIVERSO DE TRABAJO .....	21
RECURSOS .....	22
PROGRAMA DE TRABAJO .....	23
J1 CUADRADA .....	26
RESULTADOS .....	35
ANALISIS ESTADISTICO DE LOS DATOS ....	42
CONCLUSIONES .....	44
COMENTARIO FINAL .....	46
BIBLIOGRAFIA .....	47
<b>ANEXOS</b>	
1	
2	
<b>GRAFICAS</b>	

## I N T R O D U C C I O N

El retiro es una de las fases del ciclo vital de la familia; corresponde al médico familiar el proporcionar atención de primer contacto en forma adecuada y oportuna, de las diversas patologías que presente el jubilado y su familia.

La ansiedad y depresión son estados emocionales frecuentes en el ser humano; de ahí que a menudo el médico de un diagnóstico equivocado, y esto expone al paciente y a su familia a sufrir una disfunción familiar.

En consideración a que la fase de retiro es un factor de riesgo para aquellas personas que no están preparadas a su nueva forma de vida; así como las alteraciones que se producen en la dinámica familiar, es indispensable buscar medidas de prevención y tratamiento que contribuyan al bienestar afectivo del jubilado y su familia.

La finalidad de este trabajo, es hacer notar los cambios afectivos que se presentan en la fase de retiro, para que el médico familiar en colaboración con el equipo de medicina familiar, pueda tomar medidas de prevención y tratamiento oportuno en la población derechohabiente del Instituto Mexicano Del Seguro Social que esté a su cargo.

## OBJETIVO GENERAL

El propósito del presente estudio, es el realizar una correlación objetiva entre el proceso de la jubilación del hombre, la ansiedad y la depresión como causa secundaria del primero y por ende su repercusión sobre el núcleo familiar, considerando que de esta forma, el médico familiar identificará, comprenderá y creará conciencia, acerca de la problemática que presentan los derechohabientes jubilados sujetos a padecer cuadros de ansiedad y depresión al encontrarse desocupados, considerándose una carga para la familia, repercutiendo con esto en el núcleo familiar. Lográndose de esta manera promover el bienestar de la familia y la adaptación del jubilado a su nuevo ciclo de vida.

## OBJETIVOS ESPECIFICOS

- 1) Investigar las repercusiones en el área afectivo-emocional que trae consigo la jubilación.
- 2) Identificar el rol previo a la jubilación y el actual.
- 3) Investigar las repercusiones familiares que causa la presencia del jubilado.

## MARCO TEORICO

El entusiasmo que caracteriza el inicio del ciclo vital familiar, contrasta con la incertidumbre que se advierte al iniciar la fase final del ciclo. Y uno de los ejemplos del cambio de rol que experimentan los individuos, es el fenómeno de la jubilación.<sup>8,11</sup>

El paso de la jubilación, es decir, el quedar sin trabajo provoca tensión en el individuo cuando percibe que los demás no le consideran útil y capaz. Los hombres interpretan el dejar de trabajar como una pérdida que tiene como consecuencia que repentinamente se les "obligue" a pasar de un estado de actividad, en el que permanecían la mayor parte del tiempo fuera de su casa, a un estado de relativa inactividad en el que permanecen dentro de su hogar; esto tiene como resultado una gran depresión que puede llevar a la muerte. Ya que se ha observado una relación entre las jubilaciones y las defunciones masculinas debido precisamente a la situación depresiva en que se encuentran. En cambio las mujeres se adaptan más fácilmente al cambio de actividades que presupone el dejar de trabajar repentinamente, esto tal vez puede explicarse porque generalmente siguen dedicadas a las actividades del hogar que las mantienen ocupadas durante muchas horas.<sup>9</sup>

El hombre común es considerado una persona, que ha basado gran parte de su sentido del valor en su capacidad para sostener económicamente a su familia y para cumplir con sus responsabilidades laborales, por lo que se puede sentir perdido sin un trabajo al cual ir por la mañana. Y

al quedar retirado del trabajo pierde fácilmente el contacto con sus compañeros y se encuentra sin más amparo que el de la familia; donde incapaz de rendir un servicio productivo su dignidad sufre y su prestigio disminuye. La respuesta ante esta situación varía de un individuo a otro, según el tipo de trabajo que se desempeñaba y según la personalidad y los intereses ajenos a la ocupación.<sup>9,12</sup>

Uno de los problemas que frecuentemente se encuentra, es cuando el jubilado regresa a su casa, esta vez para siempre, e invade los terrenos que antes sólo fueron del dominio de su esposa. Este simple hecho representa una situación amenazante a la individualidad y diferenciación de ambos. No es nada raro que una mujer se vuelva alarmantemente agresiva, atemorizada por el hecho de que la jubilación de su esposo pueda violar su territorio en el hogar y en la vida social. Esta situación sólo puede ser aliviada mediante el límite claro de los espacios en donde cada quien pueda funcionar independientemente. De lo contrario existe el peligro de que se lleguen a perder la estima y el respeto y aparezcan la ansiedad, la tensión y los estados depresivos.<sup>7,12</sup>

También son fuentes de tensión, que el ingreso personal disminuye con la jubilación, los cambios fisiológicos y psicológicos asociados con la disminución de la capacidad sexual pueden disminuir la dignidad y la salud mental pudiendo conducir al preludio de una depresión tan severa que requiera hospitalización.<sup>3,16,13</sup>

En el caso del jubilado inactivo, el no-trabajo se traduce para él en una expulsión de la sociedad y su comportamiento ya no es social sino "natural", siendo su consumo

de supervivencia y ligado sólo a las necesidades naturales. Los comportamientos cotidianos ligados a esta práctica serán casi exclusivamente formados por actos reflejos destinados a mantener la vida, sin observar ninguna conducta que exprese alguna inserción social. Por lo que el campo social se encuentra reducido al extremo y lo biológico domina el conjunto de las conductas. Pero no todos los jubilados permanecen retirados. Muchos continúan activos en campos relacionados con inclinaciones que han tenido toda su vida; otros cultivan nuevas aficiones o vuelven a algunas que antes no pudieron realizar, variando de un individuo a otro la actividad creativa.<sup>9,12</sup>

La etapa final de la jubilación se convierte en una preocupación y un tema recurrente en la conversación de los hombres. La mayoría afirma sentirse preocupados por el dinero. Pero ésta es muchas veces una preocupación irreal, porque lo que verdaderamente les preocupa es que cuando llegue el momento, que podrán hacer para conservar la sensación de haberse eficientes o diestros.

Su necesidad consiste en desarrollar una mayor sensación de eficiencia personal para relacionarse con otros, dentro y fuera de la familia.<sup>8</sup>

Obviamente, la ansiedad ha existido desde la aparición de la primera especie homo, es decir; desde el primer día de su existencia como sujeto pensante, hasta nuestros días actuales, variando solo el medio externo. Pero la ansiedad no fue reconocida totalmente como una condición concreta y penetrante de la humanidad sino hasta nuestros días. Freud llamó la atención sobre dos fuentes potenciales de peligro: la primera fuente se refiere al mundo exterior y los pro-

pios impulsos interiores de la persona. Si la fuente de peligro se encontraba en el mundo exterior, esto daba por resultado una reacción objetiva de ansiedad. A las reacciones de ansiedad provocadas por los impulsos internos prohibidos o inaceptables se les llamó ansiedad neurótica.

Para Freud, la ansiedad objetiva y el miedo eran sinónimos; ambos términos se refieren a la desagradable sensación producida por la anticipación de algún daño o herida causada por algún peligro externo. Cuando se considera que el peligro real, en el mundo exterior, es verdaderamente amenazador, esto da por resultado una reacción objetiva de ansiedad. Y una característica importante de la reacción objetiva de ansiedad o miedo, es que la intensidad de la sensación desagradable es proporcional a la magnitud del peligro externo que la causa.

Las reacciones de ansiedad neurótica se basan originalmente en las ansiedades objetivas. El proceso por el cual la ansiedad objetiva se convierte en ansiedad neurótica se inicia cuando los estímulos internos o las señales ligadas a los castigos previos despiertan la ansiedad objetiva. Y si los esfuerzos para reducir la ansiedad objetiva llevan a la regresión de las señales internas, es decir, a alejar de la conciencia todos los pensamientos y recuerdos ligados a los comportamientos previos castigados, el escenario queda listo para la futura aparición de la ansiedad neurótica. Y como el recuerdo real del acontecimiento traumático reprimido permanece enterrado en el inconsciente, la fuente de peligro, en la ansiedad neurótica no se reconoce. En consecuencia, las reacciones de ansiedad neurótica son experimentadas típicamente como algo "sin objeto" o caren-

te de causa.<sup>16</sup>

Eiland diferencia la ansiedad del temor, señala que la ansiedad se asocia con aprensión acerca de una amenaza des conocida y mal definida (al parecer interna) que se espera se presente en el futuro y es una consecuencia del conflicto psicológico. Por otra parte, se siente temor por amenazas externas identificables, inmediatamente evidentes, de carácter preciso y que no son resultado de un conflicto psicológico.

Dentro de los síntomas encontramos: preocupación crónica, irritabilidad o inquietud, insomnio, episodios de pánico y falta de concentración. Los signos que podemos encontrar son: tensión muscular, cefalea, dolor en cuello y espalda, palpitaciones, disfagia, dispepsia, hiperventilación diarrea o cólicos.<sup>15</sup>

La depresión se encuentra dentro de las más comunes de las enfermedades que puede encontrar el médico familiar, su falta de tratamiento, produce una considerable morbilidad y mortalidad. No obstante, a pesar del inminente peligro de suicidio, con frecuencia se diagnóstica erróneamente, exponiendo así al paciente y a su familia a torturas innecesarias. En una investigación reciente, el 50% de los suicidas habían sido atendidos por sus médicos la semana anterior a su muerte; lo que es un claro testimonio de que no se identificó adecuadamente la enfermedad ni se anticipó el riesgo de suicidio. El síndrome depresivo implica un estado de ánimo persistentemente deprimido durante un mes o más, e incluye por lo menos cuatro de los aspectos siguientes: mal apetito, perturbaciones del sueño, pérdidas de la energía, retardo o agitación física, pérdida de inte

rés en las actividades habituales, reducción de la potencia sexual, autorreproche o culpa, perturbación en los procesos del pensamiento, pensamiento de muerte, deseos de muerte y suicidio. Esta definición de Cadoret y Coble sirve como guía útil pero no toma en cuenta a los pacientes que se presentan con síntomas que duran menos de un mes.

Un síntoma fundamental y casi siempre el más prominente es la sensación subjetiva de tristeza. El paciente presenta un aspecto fatigado y triste: a veces sonríe sombriamente para ocultar su ansiedad interna. Con frecuencia manifiesta con lágrimas su sufrimiento y también muestra insensibilidad porque todo va perdiendo paulatinamente su importancia. La sensación de fracaso puede ser predominante en los enfermos deprimidos; con frecuencia se reprochan, de manera pronunciada y con intensidad delirante, errores pasados y presentes. El clínico debe también investigar: el aumento de la ansiedad, que frecuentemente es predominante, las preocupaciones de tipo hipocondríaco, irritabilidad, con arranque agresivo, especialmente hacia otros miembros de la familia, y consumo exagerado de alcohol. La actividad retardada puede ser primordialmente psicológica, tardando el paciente en tomar una decisión o en emprender una nueva tarea. Y puede hacerse extensiva a la actividad motriz, dando el cuadro de un enfermo casi en estado de estupor, hundido en un sillón, respondiendo lentamente a las preguntas. La agitación se manifiesta en muchos casos, especialmente en enfermos de edad avanzada. Se caracteriza por caminar frecuentemente y por una actividad incesante e inútil, por ejemplo, romper un pañuelo o un pedazo de papel. En la despersonalización, el enfermo no se siente

afectado por acontecimientos que normalmente le habrían provocado una reacción emocional, como el fallecimiento de su conyuge o la pérdida de su empleo. Los trastornos del sueño son los primeros y los más constantes en aparecer y clásicamente comienzan con un despertar temprano por la mañana, con dificultad para volver a dormir.

En algunos pacientes, la historia clínica demostrará causas ambientales y psicológicas como factores determinantes aparentemente obvios y la depresión se clasificará como exógena o reactiva; en otros no hay factores desencadenantes evidentes y la depresión se clasificará como endógena. Ultimamente se ha venido empleando otra clasificación dividiendolos en unipolares y bipolares. Los primeros presentan sólo un tipo de trastornos afectivos, frecuentemente depresión y los segundos experimentan accesos de manía, así como de depresión (síndrome maniaco-depresivo), al parecer de origen genético, correspondiendo al 5% de los casos de trastornos afectivos. En la depresión enmascarada nos encontramos individuos que refieren que les duele .... "aquí y allá", que está constipado, que las comidas no le saben a nada. El decirle al paciente que su dolencia es algo que se le ha metido en la cabeza es hacerle un gran daño, además existen estudios documentados que ofrecen evidencia de que sujetos deprimidos presentan disfunciones sistémicas endocrinas y neuromusculares o autonómicas.

Cuando el médico ha completado el examen y ha llegado a la conclusión de que se trata en realidad de un caso de depresión primaria y no de un desorden somático oculto, podrá entonces tratar la depresión, tomando en cuenta que la depresión tratada de manera inadecuada o incompleta impli-

ca un fuerte riesgo de suicidio; se sabe que son especialmente peligrosos el periodo inicial de tratamiento, o al darse de alta al enfermo. Cuando hay algún intento de suicidio, deberá siempre recurrirse al psiquiatra. <sup>1,5,15</sup>

El tratamiento de la ansiedad es a base de benzodiazepinas, que son ansiolíticos, sus efectos adversos, son: tolerancia y supresión, aumento de la agresividad y hostilidad, aumento de ideas suicidas e incluso suicidio. La combinación de medicamentos y psicoterapia a largo plazo pueda requerir de supervisión hospitalaria.

Si el paciente ha experimentado los síntomas de la depresión por dos o más semanas, el tratamiento antidepresivo debe ser considerado.

El tratamiento antidepresivo es en base a tricíclicos o inhibidores de la monoaminooxidasa (MAO). No se deben usar concomitantes con tricíclicos por riesgo de hiperpirexia y convulsiones. En pacientes con síndrome maniaco-depresivo el tratamiento es a base de carbonato de litio. Los efectos antidepresivos pueden tardar en presentarse hasta 10 días después o más del inicio de su administración.

Cuando el médico está en duda acerca del procedimiento, o cuando las drogas han fallado, la consulta psiquiátrica debe ser considerada. Para casos en los que se necesita una respuesta rápida o los medicamentos tienen complicaciones mayores, la terapia de electrochoque debe ser el tratamiento de elección. En intentos suicidas se requiere de atención psiquiátrica y hospitalización. <sup>1,2,5,6,10,15</sup>

GENERALIDADES  
DE LOS SEGUROS DE INVALIDEZ, VEJEZ  
Y CESANTIA EN EDAD AVANZADA

ART. 122.- El otorgamiento de las prestaciones establecidas en este capítulo requieren del cumplimiento de periodos de espera, medidos en semanas de cotización reconocidas por el Instituto, según se señala en las disposiciones relativas a cada uno de los riesgos amparados.

ART. 123.- El pago de las pensiones de invalidez, de vejez o de cesantía en edad avanzada, se suspenderá durante el tiempo que el pensionado desempeñe un trabajo comprendido en el régimen del Seguro Social.

Quando el pensionado reintegrese a un trabajo sujeto al régimen obligatorio del Seguro Social y la suma de su pensión y su salario no sea mayor al que percibía al pensarse, se registrará la suspensión del párrafo anterior.

En caso de que la suma de la pensión y el nuevo salario sea mayor al último que tuvo el pensionado, la pensión se disminuirá en la cuantía necesaria para igualar a este.

ART. 124.- Cuando una persona tuviere derecho a dos o más pensiones, por ser simultáneamente asegurado y beneficiario de otro u otros asegurados, la suma de las cuantías de las pensiones que se le otorguen no deberá exceder del cien por ciento del salario promedio del grupo mayor, entre los que sirvieron de base para determinar la cuantía de las pensiones concedidas. La pensión se disminuirá en la de mayor cuantía.

ART. 125.- Si una persona tiene derecho a cualquiera de

las pensiones de este capítulo y también a pensiones provenientes del Seguro de Riesgos de trabajo, percibirá ambas sin que la suma de sus cuantías exceda del cien por ciento del salario promedio del grupo mayor, de los que sirvieron de base para determinar la cuantía de las pensiones concedidas. Los ajustes para no exceder del límite señalado no afectarán la pensión proveniente de riesgo de trabajo.

ART. 127.- El Instituto podrá excepcionalmente otorgar préstamos a cuenta de pensiones, cuando la situación económica del pensionado lo amerite y bajo la condición de que considerando los descuentos, la cuantía de la pensión no se reduzca a una cantidad inferior a los mínimos establecidos por la Ley. El plazo de pago no excederá de un año.

Igualmente, esta disposición es aplicable, tratándose de pensiones por riesgos de trabajo.

#### DEL SEGURO DE INVALIDEZ

ART.- 128.- Para los efectos de esta Ley existe invalidez cuando se reúnan las siguientes condiciones:

I.- Que el asegurado se halle imposibilitado para procurarse, mediante un trabajo proporcionado a su capacidad, formación profesional y ocupación anterior, una remuneración superior al cincuenta por ciento de la remuneración habitual que en la misma región reciba un trabajador sano, de semejantes capacidad, categoría y formación profesional.

II.- Que sea derivada de una enfermedad o accidente no profesional, o por defectos o agotamiento físico o mental, o bien cuando padezca una afección o se encuentre en un estado de naturaleza permanente que le impida trabajar.

ART. 129.- El estado de invalidez da derecho al asegurado, en los términos de esta Ley y sus reglamentos, al otorgar

gamiento de las siguientes prestaciones:

I.- Pensión temporal o definitiva;

II.- Asistencia médica, en los términos del capítulo IV de este título;

III.- Asignaciones familiares, de conformidad con lo establecido en la sección séptima de este capítulo; y

IV.- Ayuda asistencial, en los términos de la propia sección séptima de este capítulo.

ART. 130.- Pensión temporal es la que se otorga por periodos renovables al asegurado, en los casos de existir posibilidad de recuperación para el trabajo, o cuando por la continuación de una enfermedad no profesional se termine el disfrute del subsidio y la enfermedad persista.

Es pensión definitiva la que corresponde al estado de invalidez que se estima de naturaleza permanente.

ART. 131.- Para gozar de las prestaciones del seguro de invalidez se requiere que al declararse ésta, el asegurado tenga acreditado el pago de ciento cincuenta cotizaciones semanales.

ART. 132.- No se tiene derecho a disfrutar de pensión de invalidez, cuando el asegurado:

I.- Por sí o de acuerdo con otra persona se haya provocado intencionalmente la invalidez.

II.- Resulte responsable del delito intencional que originó la invalidez; y

III.- Padezca un estado de invalidez anterior a su afiliación al régimen del Seguro Social.

En los casos de las fracciones I y II, el Instituto podrá otorgar el total o una parte de la pensión a los familiares que tuvieren derecho a las prestaciones que se con-

ceden en el caso de muerte y la pensión se continuará mientras dura la invalidez del asegurado.

ART. 133.- Los asegurados que soliciten el otorgamiento de una pensión de invalidez y los inválidos que se encuentren disfrutándola, deberán sujetarse a las investigaciones de carácter médico, social y económico que el Instituto estime necesarias, para comprobar si existe o subsiste el estado de invalidez.

ART. 134.- El derecho a la pensión de invalidez comenzará desde el día en que se produzca el siniestro y si no puede fijarse el día, desde la fecha de la presentación de la solicitud para obtenerla.

ART. 135.- Cuando un pensionado por invalidez se niegue a someterse a los exámenes previos y a los tratamientos médicos prescritos o abandone éstos, el Instituto le suspenderá el pago de la pensión.

Dicha suspensión subsistirá mientras el pensionado no cumpla con lo dispuesto en el párrafo anterior.

ART. 136.- Los asegurados que reúnan los requisitos establecidos para el otorgamiento de la pensión de invalidez, tendrán derecho a disfrutar de la misma en la cuantía que al respecto señala la sección octava de este capítulo.

#### DEL SEGURO DE VEJEZ

ART. 137.- La vejez da derecho al asegurado al otorgamiento de las siguientes prestaciones:

I.- Pensión;

II.- Asistencia médica, en los términos del capítulo IV de este título;

III.- Asistencias familiares, de conformidad con lo establecido en la sección séptima de este capítulo;

IV.- Ayuda asistencial, en los términos de la propia sección séptima de este capítulo.

ART. 138.- Para tener derecho al goce de las prestaciones del seguro de Vejez, se requiere que el asegurado haya cumplido sesenta y cinco años de edad y tenga reconocidas por el Instituto un mínimo de quinientas cotizaciones semanales.

ART. 139.- El derecho al disfrute de la pensión de vejez comenzará a partir del día en que el asegurado cumpla con los requisitos establecidos en el artículo anterior.

ART. 140.- El asegurado puede diferir, sin necesidad de avisar al Instituto, el disfrute de la pensión de vejez, por todo el tiempo que continúe trabajando con posterioridad al cumplimiento de los requisitos señalados en el artículo 138 de esta Ley.

ART. 141.- El otorgamiento de la pensión de vejez, sólo se podrá efectuar previa solicitud del asegurado y se le cubrirá a partir de la fecha en que haya dejado de trabajar, siempre que cumpla con los requisitos del artículo 138 de esta Ley.

ART. 142.- Los asegurado que reúnan los requisitos establecidos en esta sección, tendrán derecho a disfrutar de la pensión de vejez en la cuantía señalada en la sección octava de este capítulo.

#### DEL SEGURO DE CESANTIA EN EDAD AVANZADA

ART. 143.- Para los efectos de esta Ley existe cesantía en edad avanzada cuando el asegurado quede privado de trabajo remunerados después de los sesenta años de edad.

ART. 144.- La contingencia consiste en la cesantía en edad avanzada, obliga al Instituto al otorgamiento de las si---

guientes prestaciones:

I.- Pensión;

II.- Asistencia médica, en los términos del capítulo IV de este título;

III.- Asignaciones familiares, de conformidad con lo establecido en la sección séptima de este capítulo; y

IV.- Ayuda asistencial, en los términos de la propia sección séptima de este capítulo.

ART. 145.- Para gozar de las prestaciones del seguro de cesantía en edad avanzada se requiere que el asegurado:

I.- Tenga reconocido en el Instituto un mínimo de quince cotizaciones semanales;

II.- Haya cumplido sesenta años de edad; y

III.- Quede privado de trabajo remunerado.

ART. 146.- El derecho al goce de la pensión de cesantía en edad avanzada comenzará desde el día en que el asegurado cumpla con los requisitos señalados en el artículo anterior, siempre que solicite el otorgamiento de dicha pensión y haya sido dado de baja del régimen del seguro obligatorio.

ART. 147.- Los asegurados que reúnan las condiciones establecidas en la presente sección tendrán derecho a disfrutar de una pensión cuya cuantía se señala en la sección octava de este capítulo.

ART. 148.- El otorgamiento de la pensión por cesantía en edad avanzada, excluye la posibilidad de conceder posteriormente pensiones de invalidez o de vejez, a menos que el pensionado reingrese al régimen obligatorio del Seguro Social, en cuyo caso se aplicará lo dispuesto en la fracción IV del artículo 183.

## OBSERVACION

En nuestro país en terminos generales, no existe una previa preparación para el nuevo ciclo de vida al que se va a enfrentar el futuro jubilado. Por lo que se ha observado que este muestra trastornos afectivo-emocionales y de ubicación en su rol familiar, inadaptandose socialmente, con lo cual altera su núcleo familiar.

### PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Los pacientes jubilados que asisten a la consulta del médico familiar, presentan estados de hipocondría, ansiedad y/o depresión. Consideramos que la causa más probable de esta patología, es la pérdida de la actividad productiva del trabajo; sin descartar también la posibilidad de la pérdida de las amistades personales que establecieron en el trabajo y por la reubicación en su rol familiar.

HIPOTESIS DE NULIDAD (H<sub>0</sub>)

E

HIPOTESIS ALTERNA (H<sub>1</sub>)

- (H<sub>0</sub>) La frecuencia de trastornos afectivo-emocionales que se presenta en pacientes jubilados, es igual en frecuencia a la que presentan individuos con empleo.
- (H<sub>1</sub>) La frecuencia de trastornos afectivo-emocionales que se presenta en pacientes jubilados, es mayor que la que presentan individuos con empleo.

## UNIVERSO DE TRABAJO

### A) HUMANOS:

Se estudiará 60 pacientes del sexo masculino, derechoh**u** bientes de la unidad de Medicina Familiar, de los cuales la mitad serán jubilados y la otra mitad serán inviduos con empleo, en edad mayor de 50 años y casados.

### B) GEOGRAFICOS:

El Área de cobertura, será la de la Delegación No. 1 del Valle De México del IMSS.

C) Pacientes en estudio, investigados del 10. de septiem**u** bre al 30 de septiembre de 1984.

## R E C U R S O S

### FISICOS:

Papel bond  
lápices  
folders  
bolígrafos  
máquina de escribir  
fotocopiadora  
goma de borrar  
sacapuntas  
papel carbón  
libretas  
corrector  
marcadores  
transporte urbano.

### HUMANOS:

Un médico de base de la unidad de Medicina Familiar.  
Un residente de Medicina Familiar.  
Ocho asistentes de consultorio.  
Dos trabajadoras sociales.  
Cinco estudiantes del Plan de estudio A-36.  
Treinta jubilados y treinta no jubilados.  
: De acuerdo a la magnitud de la investigación.

## PROGRAMA DE TRABAJO

- 1.- Selección tema a investigar del 10. al 14 de septiembre.
- 2.- Revisión bibliográfica referente al tema a investigar del 15 de septiembre al 14 de octubre de 1983.
- 3.- Presentación con el asesor de la investigación el 15 de noviembre de 1983.
- 4.- Presentación del protocolo de investigación ante la jefatura de enseñanza e investigación de la U.M.F. No. 33 "El Rosario", el 18 de noviembre de 1983.
- 5.- Del 10. de diciembre al 30 de abril acudir a la consulta externa de la unidad, para captar a los derechohabientes de acuerdo a la características de la muestra.
- 6.- Del 10. de agosto al 30 de octubre se realizará visitas a domicilio con el objeto de investigar el estudio. Obteniendo la ficha de identificación, omitiéndose el nombre. Se anotará la edad, sexo estado civil, escolaridad, ocupación anterior y actual, percepción de ingresos antes y después de la jubilación, fecha de jubilación. Se aplicarán dos cuestionarios para medir ansiedad actual y la que generalmente tiene el sujeto (de acuerdo a cita bibliográfica No. 16), tanto a jubilados como ha no jubilados de acuerdo a la muestra. También se aplicará un cuestionario para valorar el estado de depresión en ambos grupos y otro al conyuge para valorar concordancia con las respuestas del jubilado de acuerdo a preguntas clave. Los cuestionarios para medir la escala de ansiedad constan de ocho preguntas clave cada uno, con números que van del uno al cuatro, variando la calificación

la calificación entre 8 (ansiedad muy baja) y 32 (ansiedad muy alta). Los porcentajes varían de 1 a 100, significando el porcentaje de 50 el punto medio o mediana.

Para la ansiedad peculiar (AP), el promedio general se halla entre 12 y 21, lo cual corresponde aproximadamente a porcentajes entre 20 y 80. Quienes obtengan menos de 12 tienen baja propensión a la ansiedad y pueden ser considerados insensibles o indiferentes. Quienes obtienen 23 o más, sufren de ansiedad más intensamente que el promedio de las personas. Un A.F. de 24 o más indican presencia de ansiedad y de que casi nunca se sienten satisfecho ni seguro (de acuerdo a cita bibliográfica No. 16). El cuestionario para valorar depresión es similar al de ansiedad peculiar, variando la calificación de 8 a 32. El cuestionario consta de 42 reactivos, correspondiendo de la No. 1 a la No. 8 al estado de ansiedad que tienen los entrevistados en el momento de contestar el cuestionario. Del No. 9 al 16 corresponderá a la ansiedad que tiene el sujeto generalmente. Y para valorar la depresión que generalmente tiene el entrevistado se tomarán en cuenta los reactivos 19, 24, 26, 28, 31, 33, 34 y 35. El cuestionario del conyuge del jubilado constará de 25 reactivos, de los que se tomarán como básicos o claves el No.1, 2, 5, 11 y 18 para valorar agresividad, depresión, sexualidad, rol de jefe de familia y repercusión familiar respectivamente, desde el punto de vista de la esposa, comparandose con las preguntas No. 27, 26, 24, 37-y 32 respectivamente del cuestionario del jubilado. El resto de los reactivos se tomarán como distractores o alternos de acuerdo a jui--

cio del entrevistador.

Se tomará de la forma 4.30.6, los números de afiliación y nombres de acuerdo a la muestra y se recordará del archivo por medio de forma 0-2, las direcciones, para hacer las encuestas intradomiciliarias.

REPRESENTACION ESQUEMATICA DE UNA TABLA DE Ji  
 CUADRADA DE 2 X 2

	S i	N o	Total
Jubilados	A	B	A + B
No Jubilados	C	D	C + D
	<u>A + C</u>	<u>B + D</u>	<u>A+B+C+D</u>

Fórmula:

$$\chi^2 = \frac{N(|BC - AD| - \frac{N}{2})^2}{(A + B)(C + D)(A + C)(B + D)}$$

TAELA DE Ji CUADRADA DE 2 X 2

PREGUNTA No. 19

	Si	No	Total
Jubilados	A 16	B 14	A+B 30
No Jubilados	C 5	D 25	C+D 30
	21	39	60

Fórmula:

$$\chi^2 = \frac{30(170 - 400) - \frac{30^2}{60}}{(16 + 14)(5 + 25)(16 + 5)(14 + 25)}$$

$g = 1$

$p = .05$

Real = 7.32

Por lo que se rechaza la hipótesis nula.

TABLA DE J1 CUADRADA DE 2 X 2

PREGUNTA No. 24

	Si	No	Total
Jubilados	A 14	B 16	A+B 30
No Jubilados	<u>C 23</u>	<u>D 7</u>	<u>C+D 30</u>
	37	23	60

Fórmula:

$$X^2 = \frac{60 \left( 1368 - 98 \left| - \frac{60}{2} \right. \right)^2}{(14+16)(23+7)(14+23)(16+7)}$$

g l = 1

p = .05

Real = 4.51

Por lo que se rechaza la hipótesis nula.

TABLA DE Ji CUADRADA DE 2 X 2

PREGUNTA No. 26

	Si	No	Total
Jubilados	A 16	B 14	A+B 30
No Jubilados	C <u>5</u>	D <u>25</u>	C+D <u>30</u>
	39	21	60

Fórmula:

$$\chi^2 = \frac{60 \left( \frac{16 \cdot 70 - 400}{60} - \frac{60}{2} \right)^2}{(16+14)(5+25)(16+5)(14+25)}$$

$$g_1 = 1$$

$$p = .05$$

$$\text{Real} = 7.32$$

Por lo que se rechaza la hipótesis de nulidad.

TABLE DE Ji CUADRADA DE 2 X 2

PREGUNTA No. 28

	Si	No	Total
Jubilados	A 17	B 13	A+B 30
No Jubilados	C 6	D 24	C+D 30
	23	37	60

Fórmula:

$$\chi^2 = \frac{60(17 \cdot 13 - 6 \cdot 24)^2}{(17+13)(6+24)(17+6)(13+24)}$$

$$g l = 1$$

$$p = .05$$

$$\text{Real} = 7.05$$

Por lo que se rechaza la hipótesis nula.

TABLA DE  $\chi^2$  CUADRADA DE 2 X 2

PREGUNTA No. 31

	Si	No	Total
Jubilados	A 18	B 12	A+B 30
No Jubilados	C 25	D 5	C+D 30
	43	17	60

Fórmula:

$$\chi^2 = \frac{50 \left( \left| \begin{matrix} 30 & - & 90 \\ 18 & - & 5 \end{matrix} \right| - \frac{60}{2} \right)^2}{(18 + 12)(25 + 5)(18 + 25)(12 + 5)}$$

$$g l = 1$$

$$p = .05$$

$$K_{\alpha} = 2.95$$

No se rechaza hipótesis nula.

TABLA DE Ji CUADRADA DE 2 X 2

PREGUNTA No. 33

	Si	No	Total
Jubilados	A 16	B 14	A+B 30
No Jubilados	C 4	D 26	C+D 30
	20	40	60

Fórmula:

$$X^2 = \frac{60 \left( \left| \begin{matrix} 16 & 14 \\ 4 & 26 \end{matrix} \right| - \frac{60}{4} \right)^2}{(16+14)(4+26)(16+4)(4+26)}$$

$g_1 = 1$

$p = .05$

Real = 4.92

Por lo que se rechaza la hipótesis nula.

TAULA DE JI CUADRADA DE 2 X 2

PREGUNTA No. 34

	Si	No	Total
Jubilados	A 16	B 14	A+B 30
No Jubilados	C 6	D 24	C+D 30
	22	38	60

Fórmula:

$$\chi^2 = \frac{60 \left( \left| \begin{array}{cc} 16 & 14 \\ 6 & 24 \end{array} \right| - \frac{60}{2} \right)^2}{(16+14)(6+24)(16+6)(14+24)}$$

$$g l = 1$$

$$p = .05$$

$$\text{Real} = 5.81$$

Por lo que se rechaza la hipótesis nula.

TABLA DE J1 CUADRADA DE 2 X 2

PREGUNTA No. 35

	Si	No	Total
Jubilados	A 15	B 15	A+B 30
No Jubilados	<u>C 6</u>	<u>D 24</u>	<u>C+D 30</u>
	21	39	60

Fórmula:

$$\chi^2 = \frac{60 \left( \left| \begin{matrix} 15 & 15 \\ 6 & 24 \end{matrix} \right| - \frac{60}{2} \right)^2}{(15+15)(6+24)(15+6)(15+24)}$$

g l = 1

p = .05

Real = 4.68

Por lo que se rechaza la hipótesis nula.

## R E S U L T A D O S

Se investigaron un total de 60 individuos, casados, con escolaridad máxima hasta 6o. año de primaria, de los cuales 30 laboran de obreros y 30 jubilados que laboraron en el mismo ramo. Se les aplicó un cuestionario para investigar ansiedad y depresión a ambos grupos. A las esposas de los jubilados se les aplicó otro cuestionario con la finalidad de corroborar las respuestas sobre agresividad, depresión, sexualidad, el rol de jefe de familia, disfunción familiar y el aislamiento social del jubilado.

### G R U P O S D E E D A D

	50 - 53 = 12
GRUPO TESTIGO	54 - 57 = 11
	58 - 60 = 7
	50 - 53 = 6
JUBILADOS	54 - 57 = 15
	58 - 60 = 9

El 40% de los testigos se encontraban en la edad más joven estudiada, que corresponde al 20% de los jubilados.

## E S C O L A R I D A D

GRUPO TESTIGO		JUBILADOS
9	0 - 3	6
21	4 - 6	24

No se encontro una diferencia muy significativa en ambos grupos.

### I N G R E S O S M E N S U A L

GRUPO TESTIGO		JUBILADOS
-	10,000 - 14,000	13
-	15,000 - 19,000	13
-	20,000 - 24,000	3
9	25,000 - 30,000	2
16	31,000 - 36,000	-
5	37,000 - 42,000	-

El salario más bajo del grupo testigo, correspondió al más alto de los jubilados. Correspondiendo el 83% al ingreso de 10,000 a 19,000 pesos MN de los jubilados.

### O C U P A C I O N A C T U A L DE LOS JUBILADOS

ALBANILERIA / 3 - ARTESANIA / 3  
COMERCIANTE / 2 - NINGUNA / 23

el 76% no tiene otra fuente de ingreso.

TIEMPO TRANSCURRIDO  
DE LA  
JUBILACION

1 AÑO = 6

2 AÑOS=12

3 AÑOS= 5

4 AÑOS= 4

5 AÑOS= 3

El 50% correspondió a los 2 primeros años de jubilación.

TABLA DE RESULTADOS DEL ESTADO DE ANSIEDAD

Puntos	9-10	11-12	13-14	15-16	17-18	19-20	21-(+)
Testigos	8	13	7	2			
Jubilados	3	1	4	4	6	3	9

TABLA DE RESULTADOS DE ANSIEDAD PECULIAR

Puntos	8-9	10-11	12-13	14-15	16-17	18-19	20-21	22-23
Testigos	4	14	5	4	3			
Jubilados		3	5	3	7	4	2	6

TABLA DE RESULTADOS SOBRE DEPRESION

Puntos	10-11	12-13	14-15	16-17	18-19	20-21	22-23
Testigos	12	9	5	4			
Jubilados	3	8	1	2	4	3	9

En el estado de ansiedad, el 60% de los jubilados se encontró por arriba de los 17 puntos que no fué rebasado por el grupo testigo. En la ansiedad peculiar así como en la depresión, los jubilados representaron el 40 y el 53% respectivamente por encima de los 18 puntos. Por lo que se deduce que el grupo de los jubilados presenta mayor grado de ansiedad y depresión que el grupo testigo.

**NOTA:** Ver gráficas de la número 1 a la 6.

RELACION ENTRE INGRESOS Y ESTADO DE ANSIEDAD

Ingresos	ESTADO DE A.	No. Jubilados
10 - 14 mil	21 - (+)	8
"	19 - 20	3
"	17 - 18	1
15 - 19 mil	21 - (+)	1
"	17 - 18	5
"	15 - 16	3
"	13 - 14	3
"	11 - 12	1
20 - 24 mil	15 - 16	1
"	13 - 14	1
"	9 - 10	1
25 - 30 mil	9 - 10	2

ESTA TESIS NO DEBE SALIR DE LA BIBLIOTECA

RELACION ENTRE INGRESOS Y ANSIEDAD PECULIAR

Ingresos	ANSIEDAD P.	No. Jubilados
10 - 14 mil	22 - 23	6
"	20 - 21	2
"	18 - 19	4
15 - 19 mil	16 - 17	5
"	14 - 15	2
"	12 - 13	5
"	10 - 11	1
20 - 24 mil	16 - 17	2
"	10 - 11	1
25 - 30 mil	14 - 15	1
"	10 - 11	1

RELACION ENTRE INGRESOS Y DEPRESION

Ingresos	DEPRESION	No. Jubilados
10 - 14 mil	22 - 23	9
"	20 - 21	2
"	18 - 19	1
15 - 19 mil	20 - 21	1
"	18 - 19	3
"	16 - 17	2
"	12 - 13	7
20 - 24 mil	14 - 15	1
"	10 - 11	2
25 - 30 mil	12 - 13	1
"	10 - 11	1

La relación entre ingresos por mes y la ansiedad/depresión, resultó inversamente proporcional. Por lo que se deduce que a menor ingresos mayor grado de ansiedad/depresión.

Nota: No se encontró relación entre la edad, escolaridad, tiempo transcurrido de la jubilación y el grado de ansiedad/depresión. Los ocho jubilados que tienen una ocupación actualmente fluctuaron entre 9-10 a 12-13 puntos de ansiedad/depresión. Por lo que se puede intuir que la ocupación y el salario influye en el estado emocional de los sujetos.

RELACION ENTRE RESPUESTAS CLAVE DE LOS CUESTIONARIOS  
DEL JUBILADO Y ESPOSA

JUBILADO	No. de Preg.	ESPOSA
(SI) = 14	24 - 5	(SI) = 8
(SI) = 16	26 - 2	(SI) = 23
(SI) = 13	27 - 1	(SI) = 17
(SI) = 0	32 - 8 y 18	(SI) = 11 y 19
(SI) = 9	37 - 11	(SI) = 23
(SI) = 21	38 - 11	(SI) = 23

NOTA: VER GRAFICAS DE LA No. 7 a la No. 11 Y CONCLUSIONES.

## ANÁLISIS ESTADÍSTICO DE LOS DATOS

No se encontró relación entre la edad, escolaridad, tiempo transcurrido de la jubilación y ansiedad/depresión.

Sobre el estado de ansiedad, el 73% de los jubilados rebasó el porcentaje 50 del grupo normativo. No así el grupo testigo.

En la ansiedad peculiar, el 63% de los jubilados rebasó el porcentaje 50 del grupo normativo, lo que correspondió al 3% de los testigos.

En depresión el 60% de los jubilados rebasó los 15 puntos, lo que correspondió al 4% de los testigos.

Respecto a la relación entre salario y estado de ansiedad, los jubilados con pensión entre 10 mil y 14 mil pesos mensuales se encontraban entre 75 y 95% de estado de ansiedad, y de 15 mil a 19 mil pesos, se encontraba entre el 58 y 95% de S.A. Correspondiendo al 40 y 30% de los jubilados respectivamente.

En la relación salario y ansiedad peculiar, el 40% de los jubilados tienen una pensión entre 10 mil y 14 mil pesos y se encontraron con una A.P. entre 75 y 91%. Los que se encontraban con una pensión entre 15 mil y 19 mil pesos presentaron A.P. de 58 a 95%.

En depresión, el 40% de los jubilados con pensión de 10 mil a 14 mil pesos, se encontró entre 18 y 22 puntos. Y el 20% con una pensión entre 15 mil y 19 mil pesos, se encontró entre 16 y 21 puntos.

De los jubilados que tenían algún trabajo remunerado (26%), se encontraron entre 5 y 25% en las tres escalas y correspondieron a los ingresos más altos.

En cuanto a la vida sexual de la pareja del jubilado, el 46% refiere tener relaciones sexuales con su esposo. Y el 26% de los jubilados tiene relaciones sexuales con la misma actividad de antes de su jubilación.

Sobre el estado emocional del jubilado el 53% refirió sufrir de tristeza. Y el 76% de las esposas manifestaron observar a menudo a su conyuge con deseos de llorar o de estar triste.

Sobre la problemática familiar, el 36% de las esposas piensan que su conyuge es culpable de los problemas del hogar. Un 63% considera que la situación afecta a la familia.

Respecto a la agresividad del jubilado, el conyuge (56%) ha notado cambios agresivos desde la jubilación. Y el 43% de los jubilados reconoció enojarse con facilidad.

En cuanto al rol de jefe de familia solo el 30% de los jubilados acepta tomar las decisiones del hogar actualmente y el 70% tomaba las decisiones del hogar antes de jubilarse. El 76% de los conyuges refirió que su esposo actualmente es el que toma la decisión en el hogar.

Nota: El 30% refirió tomar la decisión del hogar en conjunto con su esposa.

## CONCLUSIONES

1. Se observó una relación inversamente proporcional entre el salario o pensión y la ansiedad/depresión de los jubilados. Es decir que los jubilados con el salario más bajo presentaron el porcentaje más alto de ansiedad/depresión y viceversa. Por lo que podemos concluir que el factor económico es un factor determinante en el aspecto emocional.
2. El 25% de los jubilados tiene otra fuente de ingreso y se encontraron en el porcentaje más bajo de ansiedad/depresión. Por lo que se concluye que además del factor económico, el tener un empleo o estar desempleado puede influir emocionalmente.
3. En relación al grupo testigo y los jubilados, se observó que de los primeros solo el 3 a 4% rebasó el porcentaje 50 del grupo normativo de ansiedad/depresión. Y los jubilados rebasaron 60 a 70% el porcentaje 50 del grupo normativo. Por lo que concluimos que los jubilados presentan mayor grado de ansiedad y depresión que los sujetos que tienen empleo.
4. Se encontró que los jubilados tienen disminuida su actividad sexual en relación a la actividad que tenía antes de la jubilación.
5. El 63% se encontró con disfunción familiar.
6. El 56% de las esposas notó cambios agresivos en el jubilado a partir de su jubilación. Y solo el 43% de los jubilados aceptó enojarse con facilidad. Por lo que se puede relacionar como síntoma o signo propio de la depresión, presente en un importante porcentaje de jubilados.

7. En cuanto al rol de jefe de familia solo el 30% de los jubilados toma las decisiones en el hogar y otro 30% toma las decisiones con su esposa. Por lo que se concluye que el 40% se encontro con perdida del rol de jefe de familia.
8. El 76% de las esposas manifestó observar a menudo a su conyuge con datos de depresión, aceptando solo el 53% de los jubilados sufrir tristeza. Por lo que se puede concluir que por lo menos el 53% de los jubilados padece de cierto grado de depresión con toda seguridad secundario a su jubilación.

## COMENTARIO FINAL

Considero que los resultados obtenidos en este trabajo brindan bases suficientes para proponer las siguientes alternativas de solución:

1. La elaboración de un programa de preparación a la jubilación, con el objetivo primordial de adaptar al sujeto a su futuro sistema de vida.
2. Proporcionar por medio de trabajo social, información sobre alternativas de ahorro e inversión antes de que se presente la jubilación.
3. Que el médico familiar proporcione información sobre las repercusiones que tiene la jubilación en el área afectiva a sujetos próximos a jubilar y alternativas de solución. Así como a la familia de este.
4. Por último, que el programa sea extensivo a nivel nacional y manejado por unidades médicas de primer nivel.

## B I B L I O G R A F I A

- 1.- Ayd, F.J. JR., Taylor, B.T.: The depressed office patient. American Family Physician. Vol. 28: No. 1: Págs. 155-162, 1983.
- 2.- CENIDS.: Medicamentos para la depresión. Carta Médica. Vol. 1: No. 4: Págs. 11-13, 1978.
- 3.- Comfort, A.: Una buena edad, Edit. Debate, España, Madrid, 1977. Págs. 177-189.
- 4.- De La Fuente, R.: La angustia. Academia Nacional De Medicina y Asociación Psiquiátrica Mexicana. Simposio presentado el 5 de junio de 1971. Edit. Dr. Ramón De La Fuente, México, D.F., 1980. Págs. 15-17, 72-80.
- 5.- Díaz, A., y Cols.: El manejo de la depresión y los trastornos afectivos para el médico general, Curso de actualización (U.N.A.M.), México, D.F., 1983. Págs. 11-40.
- 6.- Einsenberg, M., Copass, M.: Terapéutica en urgencias médicas, Edit. Interamericana, México, D.F., 1981. Págs. 265-266.
- 7.- Estrada, L.: El ciclo vital de la familia, Edit. Xochitl, México, D.F., 1982. Págs. 118-119.
- 8.- Fiske, M.: Edad madura, Edit. HARLA, México, D.F., 1980 Págs. 83-88.
- 9.- Fuentes, A., Fuentes, R.: Salud y vejez, Edit. El caballito, México, D.F., 1978. Págs. 216-221.
- 10.- Goodman, L., Gilman, A.: Bases farmacológicas de la terapéutica, Edit. Interamericana, México, D.F., 1978. Págs. 146-162.
- 11.- Jaime, H., Irigoyen, A.: Fundamentos de Medicina Familiar, Edit. M.F.M., México, D.F., 1982. Págs. 17-18.

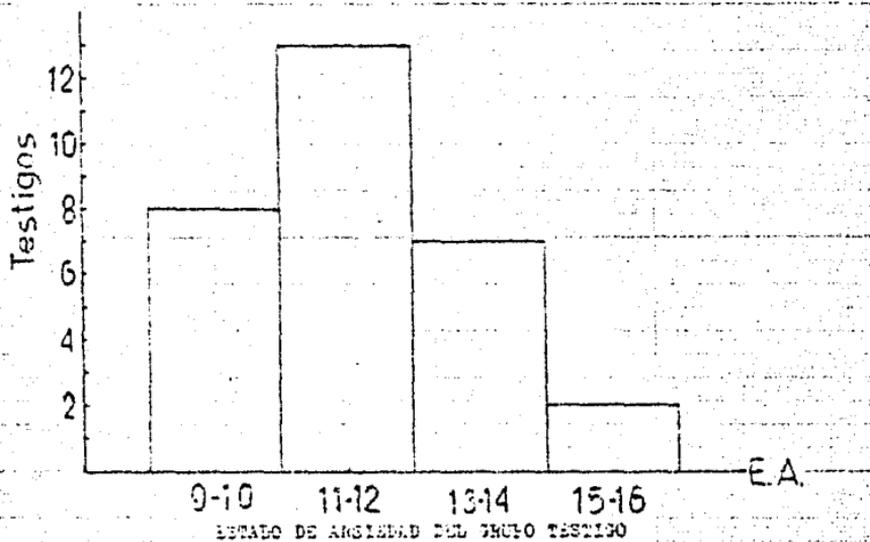
- 12.- Kastenbaum, R.: *Vejes*, Edit. HARLA, México, D.F., 1980. Págs. 20-27, 56-58, 62-68.
- 13.- Macfarlane, F.: *La entereza de vivir*, Edit. Fondo de cultura económico, México, D.F., 1982, Págs. 90-100.
- 14.- *Nueva ley del seguro social (IMSS)*, Edit. Teocalli, México, D.F., 1983. Págs. 36-41.
- 15.- Shires, D., Hennen, B.: *Medicina Familiar*, Edit. Mc. Graw Hill, México, D.F., 1983. Págs. 106-115, 174, 185.
- 16.- Spielberg, C.: *Tensión y ansiedad*, Edit. HARLA, México, D.F., 1980, Págs. 18-35, 51-58, 73-77, 116.
- 17.- Young, R., Veldman, D.: *Introducción a la estadística aplicada a las ciencias de la conducta*, Edit. Trillas, México, D.F., 1978. Págs. 349-350, 440.

F E D E R R A T A S

GRAFICA 1

INVESTIGACION REALIZADA EN LA U.M.F. No. 33

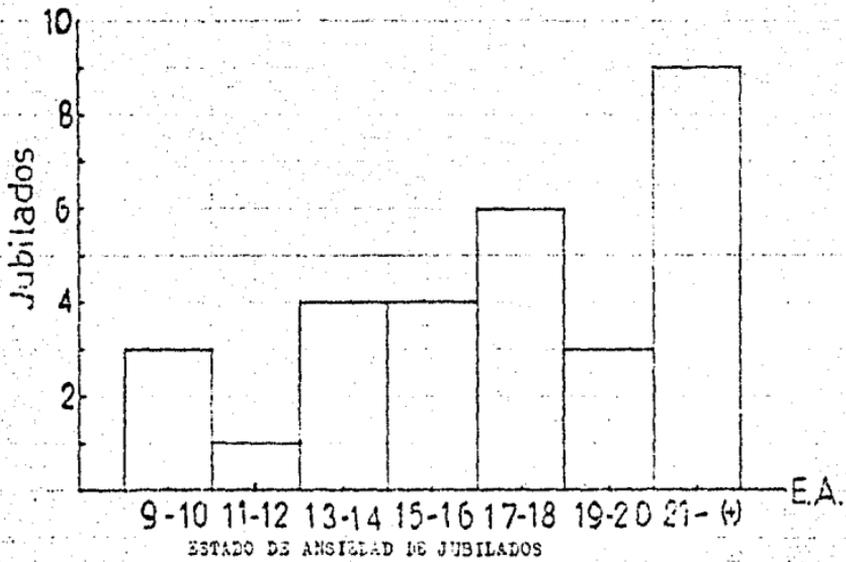
DEL 1o. DE AGOSTO AL 30 DE OCTUBRE DE 1954



FUENTE: Investigación personal

GRAFICA 2

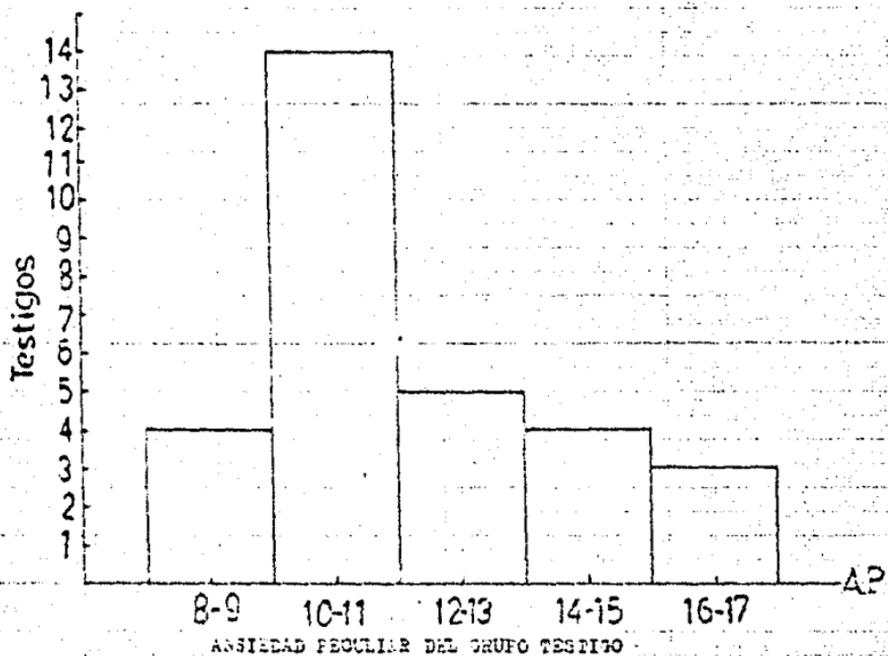
INVESTIGACION REALIZADA EN LA U.N.F. No. 33  
DEL 16. DE AGOSTO AL 30 DE OCTUBRE DE 1984



FUENTE: Investigación personal

GRAFICA 3

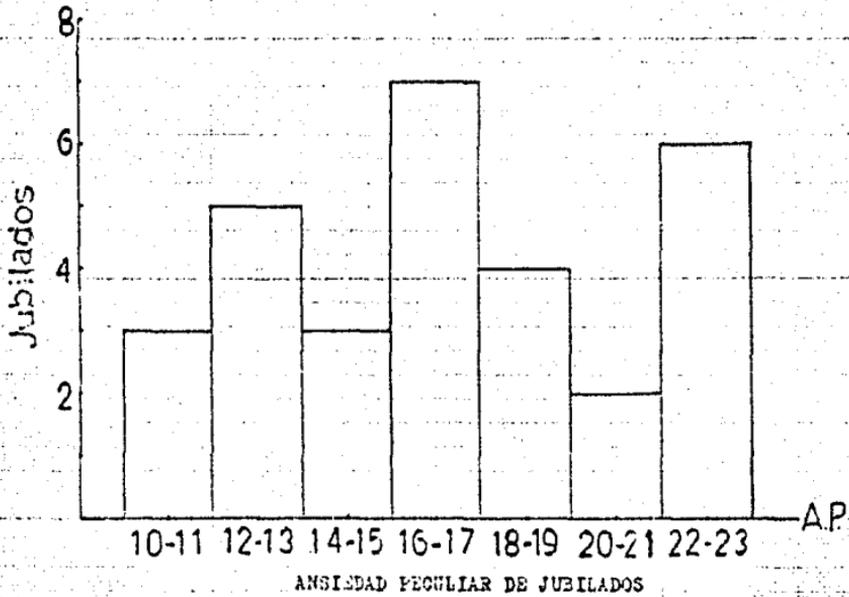
INVESTIGACION REALIZADA EN LA U.M.P. No. 33  
DEL 16. DE AGOSTO AL 30 DE OCTUBRE DE 1984



FUENTE: Investigación personal

GRAFICA 4

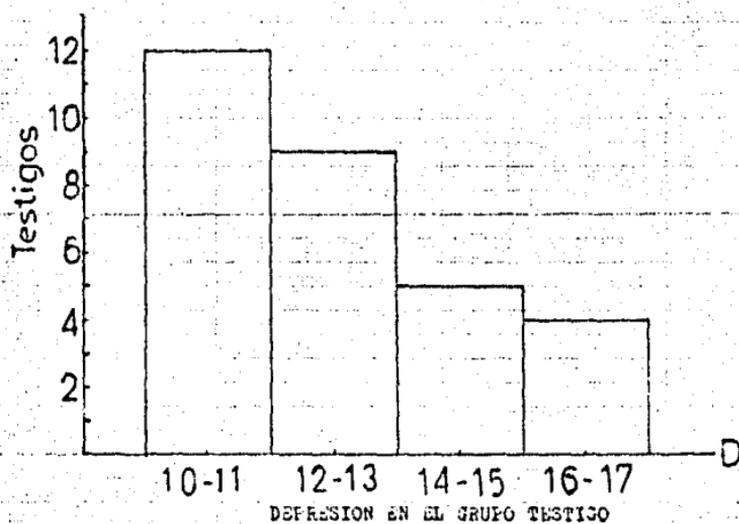
INVESTIGACION REALIZADA EN LA U.M.F. No. 33  
DEL 16. DE AGOSTO AL 30 DE OCTUBRE DE 1964



FUENTE: Investigación personal

GRAFICA 5

INVESTIGACION REALIZADA EN LA U.M.F. No. 33  
DEL 10. DE AGOSTO AL 30 DE OCTUBRE DE 1964

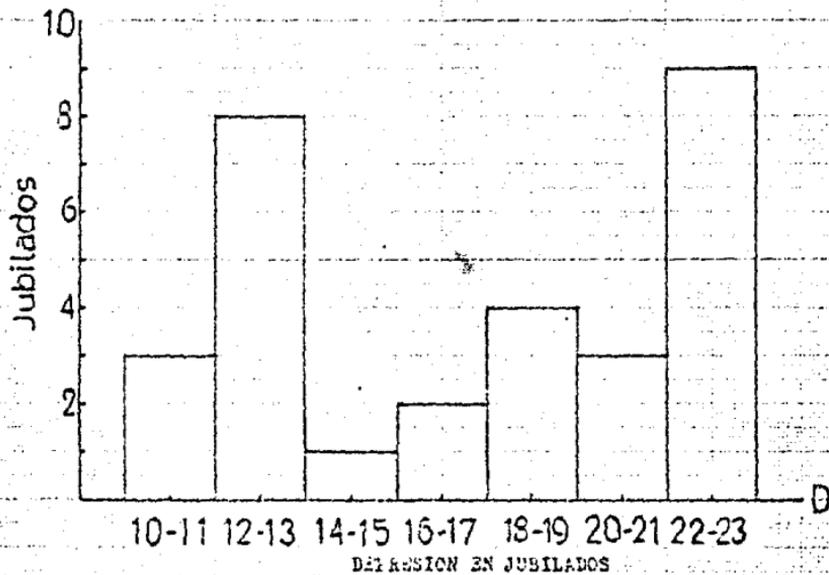


FUENTE: Investigación personal

GRAPICA 6

INVESTIGACION REALIZADA EN LA U.M.F. No. 33

DEL 10. DE AGOSTO AL 30 DE OCTUBRE DE 1984

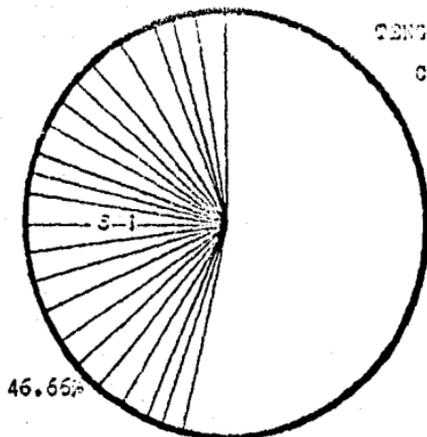


FUENTE: Investigación personal

Pregunta # 24 (Jubilado)

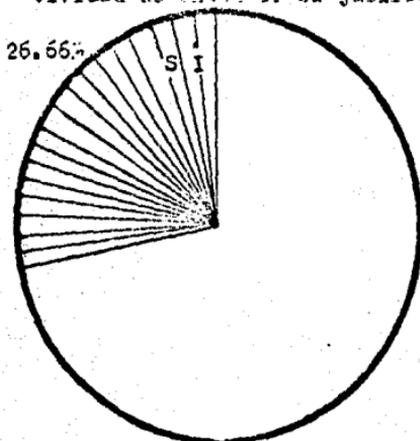
GRAFICA 7

¿TENGO RELACIONES SEXUALES CON MI CONYUGE.



Pregunta # 5 (Esposa)

¿Tiene relaciones sexuales con su conyuge, con la misma actividad de antes de su jubilación?



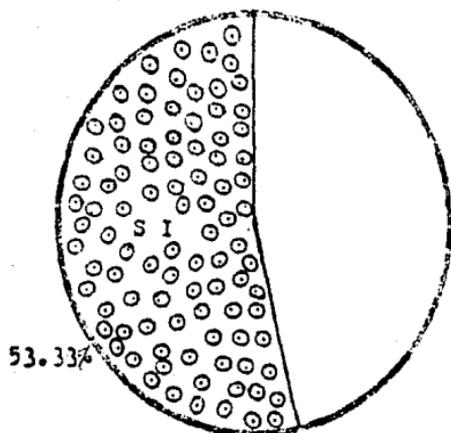
INVESTIGACION REALIZADA EN LA U.M.F. No. 33

DEL 16. DE AGOSTO AL 30 DE OCTUBRE DE 1984

FUENTE: Investigación personal

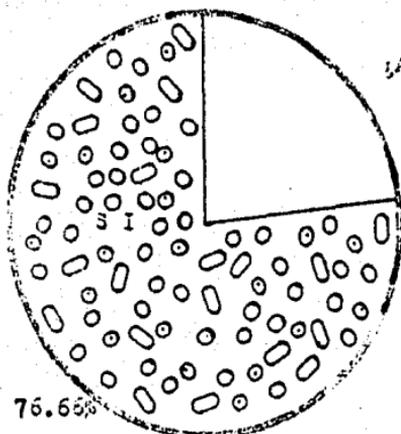
Pregunta # 26 (Jubilado)

GRAFICA 8



SUPRO DE TRISTERA.

Pregunta # 2 (dnpasa)



LA MENUDO OBSERVA TRISTE Y/O CON  
DESEOS DE LLORAR A SU CONYUGUE?

INVESTIGACION REALIZADA EN LA U.M.P. No. 33

DEL 1o. DE AGOSTO AL 30 DE OCTUBRE DE 1984

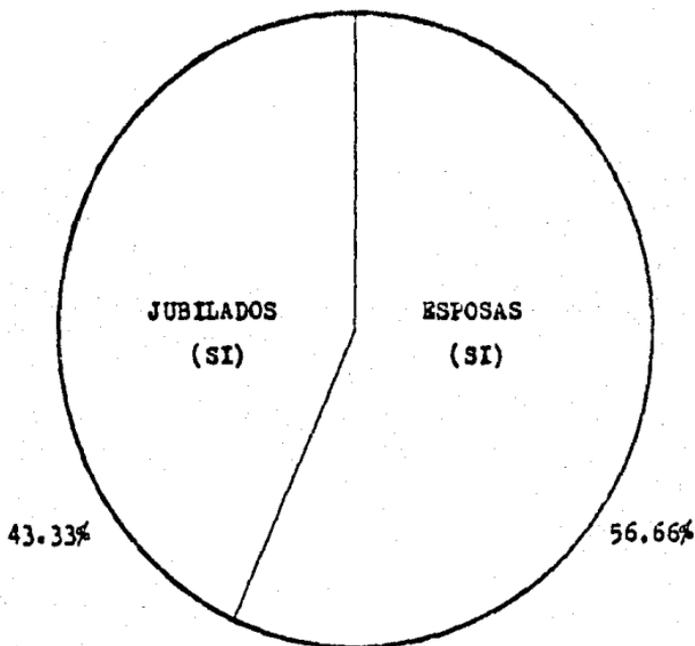
FUENTE: Investigación personal

Pregunta # 27 (Jubilado)  
ME ENOJO CON FACILIDAD.

GRAFICA 9

Pregunta # 1 (Esposa)

¿Ha notado cambios agresivos en el caracter de su conyuge?

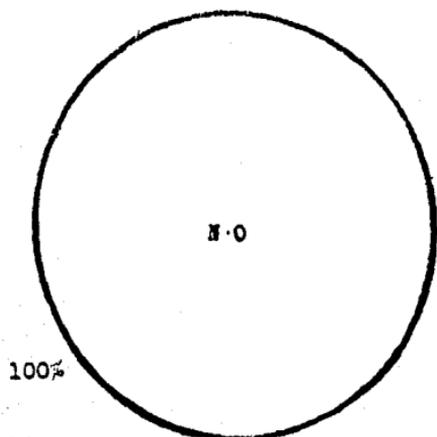


INVESTIGACION REALIZADA EN LA U.M.F. No. 33

DEL 10. DE AGOSTO AL 30 DE OCTUBRE DE 1984

FUENTE: Investigación personal

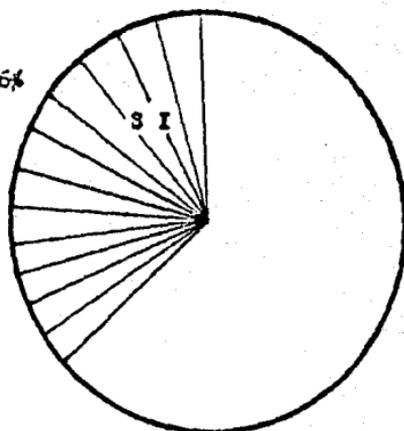
PIENSO QUE OTROS SON CULPABLES DE MIE PROBLEMAS.



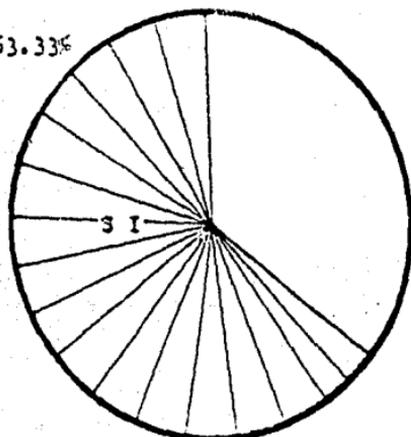
Pregunta # 8 (Esposa)

¿Cree que su conyuge es cul-  
pable de los problemas que  
existen en su casa?

36.66%



53.33%



Pregunta # 18 (Esposa)

¿Considera Ud. que esta situa-  
ción afecta a su familia?

INVESTIGACION REALIZADA EN LA U.M.F. No. 33

DEL 10. DE AGOSTO AL 30 DE OCTUBRE DE 1984

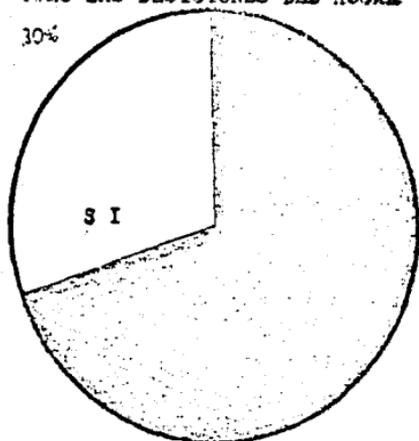
FUENTE: Investigación personal

Pregunta # 37 (Jubilado)

GRAFICA 11

TOMO LAS DECISIONES DEL HOGAR

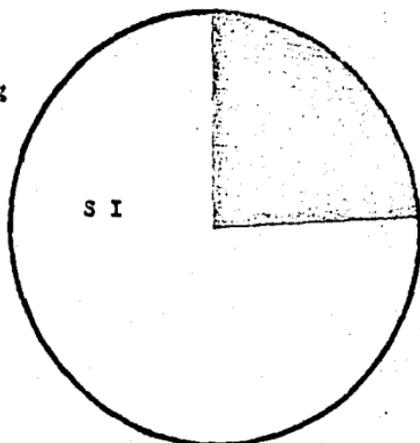
30%



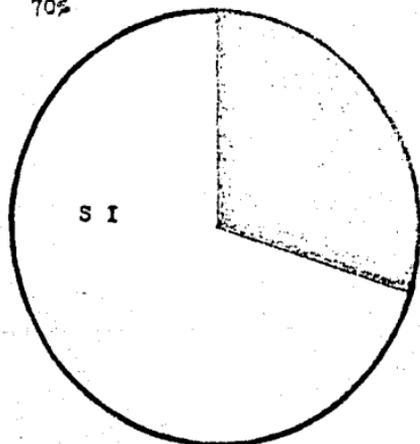
76.66%

Pregunta # 11 (Esposa)

¿Su conyuge toma las decisiones en el hogar?



70%



Pregunta # 38 (Jubilado)

ANTES DE JUBILARME TOMABA LAS DECISIONES DEL HOGAR.

INVESTIGACION REALIZADA EN LA U.M.F. No. 33

DEL 10. DE AGOSTO AL 30 DE OCTUBRE DE 1984

FUENTE: Investigación personal

TABLA DE EVALUACION PARA  
 EL ESTADO DE ANSIEDAD (EA)  
 Y LA ANSIEDAD PECULIAR (AF) 16

PORCENTAJE	ESTADO DE ANSIEDAD	ANSIEDAD PECULIAR
95	21	23
87	20	21
79	19	19
75	17	18
50	14	15
37	13	14
25	12	13
5	10	10

NOTA: Los porcentajes varían de 1 a 100. Una persona con un porcentaje de 50 tiene una calificación de la ansiedad que cae en el punto medio o mediana del grupo normativo. Si se obtiene un A Peculiar de 24 o más, significa presencia de ansiedad y de casi nunca estar satisfecho ni seguro. En ambas escalas, la calificación varía entre 8 (ansiedad muy baja) y 32 (ansiedad muy alta).

Instrucciones: Lea cada frase y encierre en un círculo el número que indica cómo se siente ahora, es decir, en este momento. No hay respuestas correctas ni equivocadas. No pierda tiempo en ninguna frase; dé la respuesta que parezca describir mejor cómo se siente en este momento.<sup>13</sup>

### ESCALA DE EVALUACION DEL ESTADO DE ANSIEDAD

	Absolutamente no	Un poco	Moderadamente	Mucho
Estoy tranquilo	4	3	2	1
Estoy tenso	1	2	3	4
Estoy disgustado	1	2	3	4
Estoy asustado	1	2	3	4
Estoy nervioso	1	2	3	4
Estoy relajado	4	3	2	1
Estoy preocupado	1	2	3	4
Estoy confundido	1	2	3	4

Instrucciones: Lea cada frase y encierre en un círculo el número apropiado que indica cómo se siente generalmente. No hay respuestas correctas ni equivocadas. No pierda mucho tiempo en ninguna frase; dé la respuesta que parezca describir mejor cómo se siente generalmente.<sup>13</sup>

### ESCALA DE EVALUACION DE LA ANSIEDAD PECULIAR

	Casi nunca	Algunas veces	Frecuente-mente	Casi siempre
Me siento nervioso e inquieto.	1	2	3	4
Me siento satisfecho conmigo mismo.	4	3	2	1
Siento que las dificultades aumentan y que no voy a poder soportarlas.	1	2	3	4
Me siento un fracasado.	1	2	3	4
Tengo pensamientos inquietantes.	1	2	3	4
Me falta confianza en mi mismo.	1	2	3	4
Me siento seguro	4	3	2	1
Me preocupo mucho por cosas que realmente no importan.	1	2	3	4

Instrucciones: Lea cada frase y marque con una cruz el inciso que indica cómo se siente ahora, en este momento. No hay respuestas correctas ni equivocadas. No pierda tiempo en ninguna frase; dé la respuesta que le parezca describir mejor cómo se siente en este momento.

	Absolutamente No	Un poco	Moderadamente	Mucho
1. Estoy tranquilo	( )	( )	( )	( )
2. Estoy tenso	( )	( )	( )	( )
3. Estoy disgustado	( )	( )	( )	( )
4. Estoy asustado	( )	( )	( )	( )
5. Estoy nervioso	( )	( )	( )	( )
6. Estoy relajado	( )	( )	( )	( )
7. Estoy preocupado	( )	( )	( )	( )
8. Estoy confundido	( )	( )	( )	( )

Instrucciones: Lea cada frase y marque el inciso que indica cómo se siente generalmente. No hay respuestas correctas ni equivocadas. No pierda mucho tiempo en ninguna frase; dé la respuesta que parezca describir mejor como se siente generalmente.

	Casi nunca	Algunas veces	Frecuente mente	Casi siempre
9. Me siento nervioso e inquieto.	( )	( )	( )	( )
10. Me siento satisfecho conmigo mismo.	( )	( )	( )	( )
11. Siento que las dificultades aumentan y que no voy a poder soportarlas.	( )	( )	( )	( )
12. Me siento un fracaso.	( )	( )	( )	( )
13. Tengo pensamientos inquietantes.	( )	( )	( )	( )
14. Le falta confianza en sí mismo.	( )	( )	( )	( )
15. Me siento seguro.	( )	( )	( )	( )
16. Me parecen cosas por las que generalmente no importan.	( )	( )	( )	( )

Instrucciones: Lea cada frase y marque el inciso que indica cómo se siente generalmente. No hay respuestas correctas ni equivocadas. No pierda mucho tiempo en ninguna frase.

	Casi nunca	Algunas veces	Frecuentemente	Casi siempre
17. Presento dificultad para dormir.	( )	( )	( )	( )
18. Despierto a mitad de la noche.	( )	( )	( )	( )
19. Despierto por la mañana muy temprano.	(1)	(2)	(3)	(4)
20. Sufro de dolor de cabeza.	( )	( )	( )	( )
21. Siento la boca seca	( )	( )	( )	( )
22. Mi respiración es más rápida.	( )	( )	( )	( )
23. Sufro de diarreas frecuentes.	( )	( )	( )	( )
24. Tengo relaciones sexuales con mi conyuga.	(4)	(3)	(2)	(1)
25. Me sudan las palmas de las manos.	( )	( )	( )	( )
26. Sufro de tristeza.	(1)	(2)	(3)	(4)
27. Me enojo con facilidad.	( )	( )	( )	( )
28. Presento deseos de llorar.	(1)	(2)	(3)	(4)
29. Deseo aislarme de los grupos sociales.	( )	( )	( )	( )
30. He pensado que es mejor la muerte.	( )	( )	( )	( )
31. Siento que soy feliz.	(4)	(3)	(2)	(1)
32. Pienso que otros son culpables de mis problemas.	( )	( )	( )	( )
33. Me siento débil sin energía.	(1)	(2)	(3)	(4)
34. Estoy agitado.	(1)	(2)	(3)	(4)
35. Pienso en la muerte.	(1)	(2)	(3)	(4)

	Casi nunca	Algunas veces	Frecuente mente	Casi siempre
36. Son satisfactorias mis re- laciones sexuales.	( )	( )	( )	( )
37. Tomo las decisiones del hogar.	( )	( )	( )	( )
38. Antes de jubilarme tomaba las decisiones del hogar.	( )	( )	( )	( )
39. Estoy contento con las ac- tividades que realizó.	( )	( )	( )	( )
40. Me siento satisfecho con- migo mismo.	( )	( )	( )	( )
41. Desearía trabajar nueva- mente.	( )	( )	( )	( )
42. Tengo otra (s) actividad (es) actualmente: Refiera de que tipo.				
a) Asisto a un club				
b) Culturales				
c) Viajo a menudo				
d) Realizo trabajos manuales				
e) Veo T.V. la mayor parte del tiempo				
f) Salgo a caminar				
g) No tengo actividades				
h) Tengo otro tipo de actividades: _____				

ENCUESTA PARA EL CONYUGE DEL JUBILADO

1. Ha notado cambios agresivos en el carácter de su conyuge? (SI) (NO)
2. A menudo observa triste y/o con deseos de llorar a su conyuge? (SI) (NO)
3. Desde que su conyuge se jubiló, la vida de Ud. se ha trastornado? (SI) (NO)
4. Es su conyuge agresivo con Ud. desde que se jubiló? (SI) (NO)
5. Tiene relaciones sexuales con su conyuge, con la misma actividad de antes de su jubilación? (SI) (NO)
6. Desde que se jubiló su conyuge ha notado que se molesta facilmente?  
(SI) (NO)
7. Le ha referido su conyuge alguna vez, que desea morir o que sería preferible estar muerto? (SI) (NO)
8. Piensa que su conyuge es culpable de los problemas que existen en su casa?  
(SI) (NO)
9. Se entromete su conyuge en labores que considera propias del sexo de Ud.?  
(SI) (NO)
10. Desearía que su conyuge nunca se hubiera jubilado? (SI) (NO)
11. Su conyuge toma las decisiones en el hogar? (SI) (NO)
12. Otra persona de la familia toma la decisión final en el hogar? (SI) (NO)
13. Quien? en caso de ser afirmativa su respuesta anterior.:  
a) Hijo (a) mayor, b) otro de los hijos, c) Yo, d) Amigo de la familia.
14. Discute a menudo su conyuge con los miembros de la familia? (SI) (NO)
15. A su conyuge le gusta asistir a reuniones? (SI) (NO)
16. Llora con facilidad su conyuge, por causas que considera Ud. no tienen importancia? (SI) (NO)
17. Si contestó Ud. afirmativamente la pregunta anterior. Esto le afecta a Ud. en su estado de ánimo? (SI) (NO)
18. Considera Ud. que esta situación afecta a su familia? (SI) (NO)
19. Le molesta que su conyuge se entrometa en labores que considera son propias de Ud.? (SI) (NO)
20. Antes de jubilarse su conyuge, intervenía en las labores de Ud.? (SI) (NO)
21. Las relaciones sexuales con su conyuge antes de que se jubilara eran?:  
a) igual, b) mejor, c) menos agradables.
22. Se siente satisfecha consigo misma? (SI) (NO)
23. Considera que la potencia sexual de su conyuge ha disminuido? (SI) (NO)
24. Se considera una persona feliz? (SI) (NO)
25. Las relaciones sexuales con su esposo (a), actualmente son satisfactorias?  
(SI) (NO)