



**UNIVERSIDAD
INSURGENTES**

PLANTEL XOLA

**LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA CON
INCORPORACIÓN A LA UNAM CLAVE 3315-25**

**“LA JUBILACIÓN COMO UN FACTOR
QUE INFLUYE EN LA CALIDAD DE VIDA EN UN
GRUPO DE MUJERES JUBILADAS DEL IMSS”**

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A

Presenta C. VALENCIA RIOS FRANCISCO DANIEL

ASESORA: LIC. CLAUDIA MÓNICA RAMÍREZ HERNÁNDEZ



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.



Sí el objetivo es agradecer, hasta Dios sabe que este trabajo no es el instrumento ni objeto indicado, pues tan sólo es una mínima representación de todo un largo camino recorrido y que al final sólo es el inicio de otro, pero siempre con el apoyo de mis padres, hermanos y amigos que se enfrentaron conmigo a este reto.

Con la sinceridad de mi corazón y estas palabras puedo decir que este logro es una palomita más a "su esfuerzo y dedicación", y para mí, "una página más en mi vida y desarrollo profesional".

A todos y cada uno de ustedes...

Gracias.



Índice

<i>Tema.</i>		
I	Resumen	
	Introducción.	Página
	Capítulo 1 Vejez.	10
1.1	Envejecimiento y vejez.	11
1.2	Mitos sobre el envejecimiento y la vejez.	15
1.3	Teorías del envejecimiento y la vejez.	24
1.4	Transición demográfica y epidemiológica.	32
	Capítulo 2 Jubilación.	36
2.1	Trabajo.	36
2.2	Mujer y Trabajo.	38
2.3	Jubilación.	43
2.4	Teorías sobre la adaptación a la jubilación.	47
2.5	Percepción de la jubilación y factores que inciden en su bienestar.	50
2.6	La mujer y la jubilación.	80
2.7	Situación actual de la jubilación en México.	83
	Capítulo 3 Calidad de vida.	93
3.1	Antecedentes.	94
3.2	Concepto de calidad de vida.	96
3.3	Modelos de calidad de vida	105
3.4	Calidad de vida relacionada con la salud.	108
3.5	Áreas o dimensiones de la calidad de vida.	117
II	Método.	132
1	Problema de investigación.	132
2	Justificación.	132
3	Objetivos.	133
3.1	Objetivo General.	133
3.2	Objetivos específicos.	133
4	Hipótesis.	133
5	VARIABLES.	135
5.1	Variable Independiente	135
5.2	Variable Dependiente.	135

6	Definición conceptual.	135
7	Definición operacional.	136
8	Muestreo.	132
8.1	Muestra.	137
8.2	Criterios de inclusión.	137
8.3	Criterios de exclusión.	137
9	Diseño de investigación.	138
10	Tipo de estudio.	138
11	Instrumentos.	138
12	Escenario.	139
13	Material.	139
14	Procedimiento.	139
15	Análisis estadístico.	140
III	Resultados.	141
IV	Discusión de resultados.	149
V	Conclusión.	161
VI	Bibliografías.	166
VII	Anexos	175

Resumen.

El presente trabajo tuvo como objetivo conocer si la jubilación juega un papel importante en la calidad de vida de un grupo de enfermeras jubiladas del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) que radican en el Distrito Federal, donde se abordaron temas específicos como la vejez, la jubilación y la calidad de vida por lo que se realizó un diseño no experimental de tipo transversal con un esquema exploratorio, descriptivo con un muestreo no probabilístico por cuota conformado por 38 mujeres de edades mayores a 50 años. Se aplicaron dos instrumentos, Perspectiva de la Jubilación, con cuatro áreas: familiar, Relaciones Sociales, Tiempo libre y/o ocupación y Satisfacción personal; y SF-36 de salud, que evalúa la calidad de vida en 8 dimensiones del estado de salud: función física; Rol físico; Dolor corporal; Salud general; Vitalidad; Función social; Rol emocional; Salud mental y Cambio de salud. Los resultados obtenidos, indicaron que existe un cambio en cuanto a la perspectiva que se tenía del trabajo y de la jubilación, En cuanto a la calidad de vida se encontró que las áreas mayormente valoradas son la salud mental, vitalidad, función social y salud general.

Palabras clave: Jubilación, Calidad de vida.

Introducción

La vejez es un tema que impacta aún en una sociedad que está llena de información; la falta de ésta promueve que existan una gran cantidad de mitos sobre lo que es ser viejo hoy en día, pues se considera que la etapa final no es más que dolencias, quejas y malestares, esto en el peor de los casos. También son vistos como personas sabias, agradables y que saben dar consejos, pero la realidad es que a pesar de que son considerados así, no es de sorprenderse que al acercarse más a estas personas y conocerlas nos percatemos que pueden estar llenas de vitalidad, energía, ganas de salir a la calle, encontrar un trabajo, divertirse, ocupar su tiempo en infinidad de actividades que su condición física permita y algo muy importante ser independientes de las propias necesidades. Muchas personas ante estos estigmas y prejuicios que la sociedad marca, teme llegar a esta etapa y por consiguiente el paso a la misma puede convertirse en un lapso de confusión o de negación, sin embargo, las personas que llegan a la vejez cuentan con la capacidad de ser funcionales y no ser marginados por la simple condición de poseer una edad que marca la ancianidad. Es importante hacer mención que no tendrán la misma agilidad o destreza que cuando tenían veinte y que es uno de los requisitos que la sociedad actual marca de

manera general para poder encajar o sobre llevar el ritmo de vida tan acelerado como el que se vive. Esto es uno de los principales factores que impiden que puedan continuar desempeñándose dentro de la mayoría de las empresas o instituciones en las que se encuentran laborando, por lo que la ley marca que al cumplir cierta edad, o al transcurrir un determinado tiempo del ejercicio laboral activo, se tenga que prescindir de los servicios que ofrecen las personas.

La separación que hay del trabajo a la jubilación es un cambio radical en donde, de tener constantes actividades y de poco tiempo libre, pasa a ser una vida con gran cantidad de tiempo libre y pocas actividades. El proceso de adaptación al nuevo estilo de vida se puede enfocar a la búsqueda de actividades en las cuales ocupar este tiempo. Para algunas personas puede ser un cambio en el que se sientan cómodos y realizados pues pueden pensar que ahora es un momento para descansar, aprovechar y pasar tiempo con la familia que por las horas que laboraban les impedía la convivencia, la tranquilidad de que al jubilarse puedan recibir una pensión que sustente sus necesidades y puedan ocuparla para viajar o hacer aquellas cosas que no podían realizar antes; por otro lado surgen aspectos psicológicos negativos, como lo es la tristeza o depresión, algunos autores lo manejan por la superación de duelo, sin embargo existen muchos factores que antecedan a

este malestar emocional como la soledad, que no cuenten con familia cercana como lo es una pareja, hijos o incluso nietos; el estado físico que presentan o la inestabilidad emocional que les impida disfrutar de su jubilación.

Estos factores se pueden presentar tanto en hombres como mujeres, pero siempre bajo una perspectiva única, ya que aunque el tema de la jubilación pueda ser muy general para todos, la manera de vivirla es muy particular. Todo esto puede influir en el bienestar que las personas tengan al paso del tiempo, con esto se pretende hacer referencia a la calidad de vida, pues si bien es cierto que está última involucra aspectos, físicos, emocionales, sociales y de rol, que podrían determinar si es buena o mala, la suma del envejecimiento y la jubilación pueden modificarla ya sea para mal o para bien, esto siempre a reserva de la consideración de la propia perspectiva que tiene la persona que vive este momento.

El tema está centrado en el estudio de la vivencia de la jubilación de un grupo de mujeres, donde cabe mencionar que es importante resaltar la diferencia que existe entre hombres y mujeres, y esta misma hace que la vivencia, la perspectiva y la resolución de los problemas que se presentan a lo largo de la vida se manejen de manera independiente y se busca evitar la generalización de los aspectos entre géneros. La llegada de la mujer al mundo laboral es reciente, y las consecuencias que

conlleva el fenómeno de la jubilación y todos los cambios existentes durante el envejecimiento de alguna manera solo estaban relacionados a los hombres, ya que la mujer no era del todo reconocida. Ahora con el paso del tiempo y el reconocimiento que se le da a la mujer, podemos percatarnos de que existen cantidad de variables que pueden determinar la calidad de vida de las mujeres, y esto es el principal motivo, evaluar la perspectiva que la mujer tiene en relación a su jubilación y la calidad de vida que consideran que llevan, con la finalidad de tener una visión de cómo ellas se sienten.

Este estudio se pudo llevar a cabo en el deportivo Ismael Rodríguez del Instituto Mexicano del Seguro Social, lugar creado únicamente para el beneficio de las personas que pertenecieron a esta institución y que ahora se encuentran jubiladas.

Capítulo 1

Vejez.

Hace dos mil años, la esperanza de vida al nacer se estimaba en unos 25 años. En la actualidad, en el conjunto de la población, esa esperanza ha superado los 60 años y, en países desarrollados, cuando una persona nace, puede suponerse que vivirá hasta los 72 años. Se prevé que este índice se incrementará en los próximos años. Hoy en día, el hombre se encuentra con la expectativa de poder vivir una vida más larga que en décadas pasadas. Sin embargo, la vida moderna pareciera que lo enfrenta a una situación paradójica, pues por un lado la ciencia médica y la tecnología buscan impulsar el desarrollo de estrategias para mejorar las condiciones de vida de la población y por otro lado el individuo sigue desarrollando patologías que por su propia etiología podrían ser prevenibles. Donde destacan la diabetes, hipertensión, cardiopatías, la obesidad, el sobrepeso, así como los problemas de índole psicológica como la depresión, la ansiedad y la soledad entre otros.

1.1 Envejecimiento y vejez.

Ahora bien: ¿Qué es ser viejo, hoy? Se entiende por envejecimiento todas las modificaciones morfológicas, psicológicas, fisiológicas, bioquímicas que aparecen en nuestro organismo como consecuencia de su funcionamiento en el tiempo; no es este el que produce los cambios sino el complejo funcionamiento fisiológico (complejidad sistémica) en el tiempo de nuestra vida y de los riesgos que encuentra. Es necesario tener en cuenta que el "envejecimiento de nuestro organismo" comienza tempranamente en nuestra vida (veinticinco-treinta años) y luego el proceso se combina, en la edad adulta y en la actividad, con procesos de maduración y desarrollo. De tal manera el proceso de envejecimiento no es rígido en su cronología, sino que se deja influenciar, para bien o para mal: durante el envejecimiento, ocurren pérdidas y deterioros orgánicos u otros riesgos externos, pero también se despliegan ciertas funciones vitales y psíquicas. La psicología, por ejemplo, analiza determinados procesos que son atribuibles a lo cultural y a los modos de vida de cada cual durante la vejez.

Por otro lado los viejos son considerados como personas enfermas, incapaces, improductivas. Es decir, como señala Eisdorfer (1983, citado en Cornachione, 2003), el viejo no es ni más ni menos que una víctima, no se sabe si de la vida, de

la ciencia o de la sociedad. Porque no cabe ninguna duda que de este crecimiento exponencial en la prolongación de la vida humana se ha debido a los avances de la medicina, que han logrado luchar de manera efectiva contra la muerte y la enfermedad. Sin embargo, no basta con prolongar la vida, sino que es aún más necesaria que esta sea vivida de manera satisfactoria y digna. Hasta ahora, se ha incrementado la esperanza de vida, es decir, la gente vive durante más tiempo, pero ¿Cómo vive la vida que vive?

Todo esto es resultado de una serie de cambios que se dan cuando se avanza en el ciclo de la vida: cambios biológicos, físicos, sociales, económicos. La vejez se ha considerado como una edad de déficits, desde luego no podemos negar la realidad: el envejecimiento lleva consigo una mayor probabilidad de contraer enfermedades, disminuciones sensoriales, déficits en una serie de funciones psicológicas. Por otra parte, la reglamentación social y laboral impide el trabajo a una edad determinada, independientemente del deseo o la capacidad del ciudadano. Con ello, el rol social de la persona cambia, viéndose relegada de sus funciones. Pero hablando de salud, dinero y amor es tal vez esto último, la afectividad, lo que se ve más afectado: las personas de edad sufren la pérdida de sus seres queridos y, en ocasiones, se ven abocadas a la soledad y al abandono.

La funcionalidad es uno de los parámetros más relevantes para determinar el estado de salud y calidad de vida de las personas adultas mayores. En este sentido, la capacidad para realizar las actividades básicas, instrumentales y avanzadas de la vida diaria están vinculadas con la independencia y la autonomía, lo cual favorece al autocuidado, la ayuda mutua y la autogestión, estrategias indispensables para lograr el máximo bienestar acorde con el contexto sociocultural específico del individuo.

El papel de la familia juega un rol importante durante esta etapa de vida de las personas. Actualmente las relaciones familiares del adulto mayor, atraviesan por una severa crisis, ya que múltiples variables han cambiado sus formas de incidir en la vida familiar y le afectan de manera directa al estilo de relacionarse, esto no quiere decir que la crisis sea de índole negativa, sino que, como todo proceso que esta en transición implica oportunidades y dificultades que pueden abrir nuevas puertas a muchas personas y cerrarlas a otras que se encuentren en este periodo.

Muchas personas de edad madura, asumen pronto el nuevo rol de abuelos, es algo muy satisfactorio para muchas de ellas; pueden ayudar a criar la nueva generación sin las responsabilidades diarias del progenitor y sin participar en las relaciones y los conflictos tan intensos que surgen entre

progenitor e hijo (Robertson, 1977, citado en Craig, 2001). Algunos abuelos se convierten en padres sustitutos de tiempo completo para sus nietos; otros los cuidan medio tiempo aunque todavía trabajen de tiempo completo. Así, pues en muchos aspectos nuestro concepto de abuelo/abuela ya no es la de un anciano sentado en mecedora; en la actualidad, representa a un miembro activo e interesado en la familia (Troll, 1989, citado en Craig, 2001).

Sin embargo cabe mencionar la otra cara de las personas en donde probablemente, si tienen oportunidad, les gustaría combinar aspectos de los estilos de vida de la desvinculación y de la actividad. Esto se muestra en la investigación sobre preferencias en cuanto a las relaciones familiares. Parece que las personas de edad, en las naciones occidentales al menos, prefieren vivir de manera independiente, pero también que sus hijos o familiares más próximos habiten cerca. Al parecer a las personas mayores les gusta combinar la oportunidad para la actividad que produce la interacción con miembros de la familia con la retirada por medio de la intimidad de sus propios hogares.

De alguna manera muchas etapas importantes de la vida se definen por las relaciones familiares, pero algunas personas maduras tienen más confianza en los amigos que en su familia y aunque la mayoría se casa y tiene hijos, un número

considerable y cada vez mayor opta por la soltería y por criar solos a los hijos. Para todos ellos la amistad es una parte esencial de su vida. Por ejemplo algunas funciones importantes de la vida, como establecer intimidad, deben efectuarse por medio de las amistades y no del matrimonio ni de la familia. La amistad cubre a menudo muchas necesidades psicológicas esenciales en el caso de los ancianos que enviudaron o cuyos hijos son mayores.

1.2 Mitos sobre el envejecimiento y la vejez.

Cada día es más presente que la mayoría de las personas mayores gocen de buena salud, tienen sus vidas muy activas, plenas y pueden recurrir a reservas intelectuales, emocionales y sociales. Sin embargo, sigue vigente otro discurso, el de los mitos sociales que falsean el proceso y significado del envejecimiento e incluso de la jubilación, provocando en los mayores un conjunto de percepciones adversas que acaban convirtiendo la última etapa de la vida en una pesadilla, tales mitos, estereotipos y obsesiones carecen de apoyo, contradicen las evidencias científicas y no resisten el contraste con la realidad.

La sociedad espera que las personas se comporten de acuerdo a su edad. Kite, Deauz y Miele (Stuart-Hamilton, 2002) encontraron que los estereotipos de las personas mayores son

más fuertes que los relativos a las diferencias de género, y que se considera que los atributos masculinos arquetípicos son particularmente propensos a declinar en los últimos años. Como los términos viejo y anciano son normalmente despectivos en la cultura occidental, no es sorprendente encontrar que solo el 20% de los sexagenarios y el 51% de los septuagenarios en un estudio se calificaban así mismos como viejos (Ward, 1984, citado en Stuart-Hamilton, 2002). Los estereotipos parecen afectar a la confianza de las personas mayores y por lo general, cuanto más creen los individuos de edad en estereotipos, más baja es su autoestima.

A menudo se estereotipa a los ancianos, las encuestas de opinión aplicadas a la población general, revelan resultados tanto positivos como negativos, estos estereotipos dificultan ver a los ancianos con objetividad y entender su diversidad, esto puede originar incluso actitudes y políticas que desalientan la participación activa de los ancianos en el trabajo y en actividades recreativas.

Juan Antonio Bernard (2000) menciona algunos ejemplos de estos estigmas:

- 1. todas las personas mayores son enfermas.*

La realidad es muy diferente pues la mayoría de los ancianos alcanza hoy la vejez con una forma física más aceptable, lo

que implica que tienen muchas posibilidades de envejecer en buenas condiciones que de llegar a ser débiles dependientes. Actualmente la buena salud que gozan muchos adultos mayores se debe a la reducción de las enfermedades contagiosas agudas de tiempos pasados y, sobre todo, al descenso de los precursores de enfermedades crónicas como las relacionadas con la carencia de higiene, la presión alta, las dietas desajustadas y el debilitamiento del sistema inmunológico, ahora muy mejorado por los programas de vacunación y una atención sanitaria que han logrado instaurar en los adultos mayores un estilo de vida saludable.

2. todas las personas, lo mismo hombres que mujeres envejecen de la misma manera.

La realidad muestra que envejecemos de formas singulares y diferentes, y la evidencia de que intervienen otras variables y especialmente las distintas funciones y responsabilidades ejercidas por los hombres y mujeres a lo largo de su vida, en este sentido hay que recordar que la mujer no siempre ha sido más longeva que el hombre. De hecho la mayor longevidad de la mujer apareció a medida que el desarrollo económico y los cambios sociales fueron eliminados, algunos de los riesgos más importantes para la salud femenina, la reducción de la natalidad, y principalmente, el riesgo de morir en el parto.

En el caso de los hombres, la división del trabajo propia de la industrialización les ha llevado a asumir muchos riesgos ocupacionales (accidentes y contaminación) que, al combinarse con otros factores relacionados con los estilos de vida, han contribuido a que se produzca una aceleración en el proceso de envejecimiento y disfunción del varón.

3. las personas de edad son improproductivas y constituyen una carga económica insoportable para la sociedad.

Este mito identifica a la jubilación con la falta de productividad y alimenta la idea de que los gastos asistenciales destinados a los mayores representan en estos momentos una carga social muy pesada y, a corto plazo, insoportable. En las sociedades desarrolladas, se reconoce cada vez más ampliamente que las personas de edad deben tener plena libertad de trabajar todo el tiempo que lo deseen y sus capacidades personales se lo permitan. Esto a su vez es lo que exige también el interés general, pues si los jóvenes se incorporan al mundo tardíamente y la jubilación forzosa o voluntaria se produce aproximadamente a los 60 años cuando la esperanza de vida sobrepasa los 80, la vida laboral de los individuos se reduce a un tercio de su vida total (Diez Nicolas, 2005). Aunado otro motivo más: se impide trabajar a los mayores de 60 años y esto quiere decir que se les

discrimina por razón de edad, una imposición que va en contra de la Declaración Universal de los Derechos Humanos y todas las Constituciones democráticas.

4. los mayores son pobres.

Es indudable que el nivel de los ingresos de los jubilados y pensionados está por debajo de los ingresos del trabajador activo, pero también es cierto que las condiciones económicas de los pensionistas del primer mundo son mucho mejores y más seguras que antes. Mientras que los países desarrollados, la incorporación al colectivo de pensionistas de grandes grupos de población con largos periodos de cotización supone que los jubilados tienen asegurada de por vida una pensión suficiente, y en muchos casos, incluso, muy cercana a sus percepciones durante la etapa laboral. Esto permite que los pensionistas sean el sostén de una buena parte la población joven, los hijos, a los que las condiciones actuales de trabajo o la carestía de la vivienda les impide independizarse del hogar familiar o que en otros casos, la pensión del jubilado sirva de complemento necesario a los bajos salarios de los hijos ya casados o dependientes del subsidio de paro (Sánchez Vera, 2000).

5. los mayores no tienen nada que aportar a la sociedad.

Este mito es una versión un poco más radical ya que no se limita a infravalorar la aportación real de los mayores al bienestar comunitario sino que se atreve incluso a negarles la mera posibilidad de hacerlo. En efecto son muchas las personas de edad que ocupan su tiempo en tareas no remuneradas, tareas que suponen aportes importantes a la economía de la productividad y la sociedad. Esto hace referencia a que muchos de los adultos mayores ofrecen un apoyo al cuidado de sus nietos y son quienes se ocupan de su alimentación y educación, son contribuyentes a sus familias y no receptores de apoyo.

Otra contribución sumamente valiosa que hacen específicamente las mujeres mayores que además de cuidar a sus nietos, algunas siguen atendiendo a otros miembros de la familia, y que con frecuencia son sus propios padres octogenarios o nonagenarios.

La vida de los seres humanos equivale a un conjunto de expectativas felices o desgraciadas que tienden a cumplirse a manera de profecía anticipada, "viene ventura a quien la procura". Esto significa que, en buena medida, acabamos siendo lo que nos proponemos ser o, con más precisión, lo que logramos ser tras realizar lo necesario para que se cumplan nuestros deseos y esperanzas.

Este principio psicológico tiene su aplicación en el mundo de los mayores, y por eso, unos son felices pensando que mientras haya vida es posible disfrutar de muchas experiencias positivas que no vivieron siendo niños y jóvenes (dedicarles a las propias aficiones, hacer turismo, aprender cosas nuevas libremente y sin apremios, hablar y jugar con los nietos, pasar largos y agradables ratos con los amigos); y otros ancianos se sienten desgraciados convencidos de que la vejez es solo un declive lleno de pérdidas, dependencia, enfermedades y muerte.

Los estereotipos relacionados con la vejez y a los conocimientos con que las nuevas investigaciones van suplantando a las antiguas creencias, con más o menos matices, los adjetivos que siguen forman parte de una visión estereotipada en que se considera a los viejos enfermos, incapaces, improductivos, dependientes, rígidos, dogmáticos, desmemoriados y tozudos.

A pesar del esfuerzo de los medios de comunicación por desvanecer este concepto con la ayuda de imágenes de ancianos activos y productivos, dicha opinión prevalece. A menos que su conducta demuestre lo contrario, los ancianos todavía son considerados como menos competentes, menos inteligentes y más frágiles, desde un punto de vista físico en comparación con los jóvenes. El hecho de que percepciones de este estilo

hayan aparecido en tantas culturas proporciona indicios inquietantes de que, hasta cierto punto, son inherentes a nuestra naturaleza como seres humanos.

En un estudio que realizaron Schmidt y Boland (1986, citado en Belsky, 2001) cuando pidieron a estudiantes universitarios que citaran tantos rasgos como les fueran posibles ligados estereotípicamente con el hecho de ser viejo, las respuestas que obtuvieron fueron; que los ancianos eran considerados frágiles e incompetentes, pero al mismo tiempo poseedores de cualidades como fortaleza y entereza, fueron calificados como buscapleitos e inflexibles, pero, se les consideraban generosos, cariñosos y sensatos. Este ejemplo nos muestra que aún se sigue juzgando a los ancianos en un sentido tradicional, estas ideas se han complementado con nuevas percepciones.

Las personas ancianas desafían las generalizaciones sencillas. Muchos de ellos son comprometidos, activos y competentes; algunos están enfermos y son frágiles. Muchos están en pleno uso de sus facultades mentales; otros son el declive personalizado.

El envejecimiento es, incuestionablemente un hecho biológico, previsto en nuestro código genético, forma parte de un plan madurativo propio de la especie con tanta invariabilidad como la sustitución de los dientes de leche definitivos o los

cambios biológicos que en la pubertad transforman el cuerpo infantil en adulto. El envejecimiento y la muerte son hechos tan circunstanciales al ser humano como el crecimiento. Pero no hay una correspondencia, pero ese nivel crítico puede aparecer muy tarde, desde luego mucho después de que los rasgos externos de la vejez se hayan hecho aparentes.

El envejecimiento también es un hecho social. Aunque solo fuera por acontecimientos tan generalizados como la jubilación y la pérdida de seres queridos, la vejez sería un hecho social de primera magnitud, pues ambos acontecimientos introducen, como es intuitivamente evidente, profundas alteraciones en la vida de las personas. Pero es que hay bastantes cosas más: la consideración social que una determinada sociedad otorga a sus miembros más ancianos, las posibilidades que dicha sociedad ofrece para su ocio o para su tratamiento médico y psicológico, las experiencias sociales ligadas a factores generacionales que ha tenido cada grupo de ancianos, las formas de estructura familiar imperantes, etc., son todos ellos hechos sociales que marcan con su influencia la forma y el contenido del proceso de envejecimiento.

Hoy en día, en países desarrollados, la imagen de las personas mayores presenta muy escasos rasgos positivos y es casi exclusivamente definida por características negativas

como incapaz, enfermo, lento, aunado a otras percepciones psicológicas diferentes como introvertido, depresivo, rígido, dogmático, etc.

La consecuencia lógica de una imagen negativa que se tiene sobre la vejez es su rechazo; es decir, lo que ocurre es que no solo en nuestra sociedad existe un rechazo no solo del viejo, sino de la propia vejez lejana o cercana.

La imagen que el viejo tiene de sí mismo está influida por variables personales o biológicas (su propio estado de salud, su apariencia, etc.) pero también por las normas sociales que existen en una determinada sociedad. Lo normativo es que el viejo este inactivo, sin ningún tipo de responsabilidad socialmente valorada; un ser que se siente acabado y, lo que es peor, que atribuye cualquiera de sus problemas a la condición de su edad.

1.3 Teorías del envejecimiento y la vejez.

Perspectiva Psicoanalítica sobre el envejecimiento.

Freud (1856-1939) creía que nuestra personalidad básica se formaba en la primera infancia, para seguir después relativamente normal estable. Pensaba que la personalidad tiene aspectos conscientes e inconscientes. Su capa más profunda, la inconsciente, es el primer determinante de la

conducta. Creía también que la personalidad tenía tres facetas: el ello, yo y superyo.

El ello presente en el nacimiento, es el conjunto de instintos, deseos y necesidades que tenemos cuando llegamos al mundo. El ego, el "ejecutivo" de la personalidad en gran parte consciente y orientado a la realidad, se forma cuando los niños se dan cuenta de que sus necesidades no se pueden satisfacer inmediatamente. Las funciones del yo implican la lógica, el razonamiento y la planificación de conseguir lo que queremos de una manera adecuada. Después se desarrolla el superyo, la interiorización inconsciente de las prohibiciones, las normas y los ideales paternos y sociales, en otras palabras Freud (1856-1939) pensaba que durante la primera infancia aprendemos los requisitos de ser humanos. Nuestra voluntad y nuestros deseos solo se pueden cumplir si nos ajustamos a la realidad.

Freud (1856-1939) y sus seguidores pensaban que los padres son responsables de ese aprendizaje, y por tanto de que tengamos salud mental durante toda la vida. Si nuestros padres son empáticos y sensibles durante la infancia, desarrollaremos un yo fuerte que nos permita adaptarnos a las crisis de la vida. Si son insensibles, o por alguna razón el cuidado que se ofrece es deficiente, la formación del yo no será la óptima y seremos vulnerables, propensos a impulsos

provenientes del ello, proclives a tener problemas cuando nos enfrentamos a las tensiones que sin duda la vejez atraerá consigo. Así pues para los psicoanalíticos freudianos, el modo de comportamiento del adulto es estable, determinado por la personalidad esculpida desde nuestros primeros años. Las tensiones de la vejez, por ejemplo la enfermedad, la viudez o la jubilación, son pruebas del funcionamiento psicológico. Estos cambios presionan en exceso la capacidad del yo, el ejecutivo encargado de la salud mental, para que mantenga el control con firmeza. Si nuestras experiencias infantiles no han sido ideales, es durante esta crisis de la vida cuando perdemos el control y desarrollamos síntomas psicológicos.

La teoría psicoanalítica ha hecho grandes aportaciones a los estudios sobre la psicología del envejecimiento. Sin embargo con solo esta sencilla exposición podemos ver que las ideas psicoanalíticas tradicionales no han sido populares en el campo de la gerontología. En realidad las ideas tradicionales del psicoanálisis son hostiles a la edad, y ofrecen una imagen de los ancianos como personas incapaces de cambiar, describen la última fase de la vida como un periodo de pérdida y declive. Al igual que el conductismo tiene problemas para explicar las grandes diferencias que solemos observar entre las personas de entornos que parecen similares.

Erikson (1963, citado en Belsky, 2001) fue un psicoanalista alemán que discrepaba de Freud en algunos aspectos bastante importantes, Freud se centraba en los impulsos sexuales y agresivos, mientras que Erikson pensaba que *las inquietudes psicosociales*, o bien cuestiones relacionadas con la identidad y las relaciones, son de importancia capital en la vida. Erikson no aceptaba la idea pesimista de Freud de que la naturaleza humana esta dirigida por el inconsciente, y lo más importante rechazaba toda idea psicoanalítica tradicional de que el crecimiento de la persona termina automáticamente a los 5 años de edad, se dispuso a registrar fases del desarrollo psicológico que se producían a lo largo de la vida.

Según Erikson (1963, citado en Belsky, 2001), existen ocho labores o crisis psicosociales a medida de que avanzamos en nuestro viaje desde que nacemos hasta que alcanzamos la vejez. Cada una vinculada de forma flexible a un periodo determinado de la vida. Estas labores se asientan una de las otras, porque la personas no puede dominar lo que corresponde a una fase posterior a menos que haya superado con éxito la crisis de desarrollo de las fases previas.

A excepción de la primera infancia, las crisis del niño se centran en torno al progresivo desarrollo de un yo seguro y sano. Una vez formada la identidad en la adolescencia, somos

capaces de intimar (el proceso de unión con otra persona) que constituye nuestra primer labor de jóvenes adultos. Después de cumplir con esta obligación piensa Erikson, somos capaces de dar un sentido más amplio. La GENERATIVIDAD, la preocupación por establecer y guiar a la generación siguiente, es la clave para obtener una vida plena durante la mediana edad, aunque la generatividad puede significar la entrega a través de la educación a los hijos, Erikson insiste que no es necesario ser padres para cumplir esta labor, lo cual implica estar comprometido en fomentar el desarrollo de nuestros semejantes en cualquier aspecto de la vida. Respecto a la generatividad, Erikson afirma que operamos dentro de tres dominios: *el procreativo*; que consiste en dar y responder a las necesidades de la siguiente generación, *el productivo*; que consiste en integrar el trabajo a la vida familiar y cuidar a las siguientes generaciones, *el creativo*; que consiste en hacer aportaciones a la sociedad en gran escala.

Además la generatividad se expone tradicionalmente en la mujer mediante actividades sociales, el trabajo y la inmersión en la maternidad y en el cuidado de los seres queridos. Según Erikson (1963, citado en Belsky, 2001), si no somos generativos tenemos un sentimiento omnipresente de estancamiento y de empobrecimiento personal, porque no hemos

cumplido con el propósito de nuestra edad madura. No solo nos estancamos en el presente, sino que no podemos dominar la última labor, la de la vejez, en el cual la meta de este estadio es la integración del yo, la aceptación de que las metas anteriores se han satisfecho y resuelto: *la aceptación del ciclo vital singular y único de uno como algo que tenía que ser y que, por necesidad, no admitía sustitutos... Una camaradería con las órdenes de tiempos lejanos y diferentes metas... pero el poseedor de la integridad está preparado para defender la dignidad de su propio estilo de vida contra toda la amenaza física y económica... porque en realidad sabe que la vida individual no es mas que la coincidencia accidental de un ciclo de vida dentro de un segmento de la historia (Erikson 1963, citado en Belsky, 2001). Una persona que siente que no se ha alcanzado todo puede experimentar un sentimiento de desesperación porque, con la muerte aproximándose, es demasiado tarde para rectificar, así el individuo desesperado cobra temor a la muerte también, y acaba su vida sintiéndose ansioso y deprimido, en palabras de Erikson, la emoción que acosa a este individuo en sus últimos años es la desesperación.*

Como se ha mostrado anteriormente, Hannan y Cols. (1996) presentan datos de que la integración del yo la alcanzan solo personas que sienten que su vida tiene un significado,

paradójicamente, este sentido de la importancia personal les permite aceptar su insignificancia en la vida (es decir, el hecho de que pronto tengan que morir) y además que han resuelto con éxito los estadios Eriksonianos del conflicto. En otras palabras, la personalidad en la edad avanzada es producto tanto del comportamiento temprano como de la situación actual. Se concebía el estadio final de desarrollo como un proceso de aprendizaje, y en esta consolidación final, la muerte pierde carácter atormentador (Erikson, 1963, citado en Belsky, 2001).

Las ideas de Erikson han cautivado la imaginación de los científicos sociales que piensan que en la vejez hay mucho más que un simple declive. Basándose en la premisa de Erikson de que la tarea de la vejez es aceptar la propia vida, una actividad popular en los centros para personas mayores y hogares de ancianos son las sesiones de reminiscencia o de repaso de la vida, en las que se anima a las personas que repasen su vida para librarse de la depresión y alcanzar el sentimiento de conclusión que según Erikson es fundamental para aceptar la muerte.

Peck (1968, citado en Stuart-Hamilton, 2002) desarrolló la teoría de Erikson, y defendió que en los últimos años deben resolverse tres conflictos. El primero de estos es

diferenciación del yo frente a preocupación por el rol laboral. Muchas personas que trabajan, establecen su posición social y su concepto de sí mismos a través de su actividad laboral. Así, un profesional puede desarrollar una autoestima alta simplemente porque tiene una ocupación que la sociedad considera de manera favorable. Sin embargo, cuando una persona se jubila, su posición social desaparece con el trabajo. De esta manera los jubilados, deben encontrar en sí mismos algo que los haga únicos o merecedores de una estima que antes les confería un título laboral. El segundo conflicto es la trascendencia del cuerpo frente a la preocupación por el cuerpo. Para la mayoría de los individuos, el envejecimiento produce un debilitamiento en salud y el estado físico general. Si una persona mayor concede una importancia excesiva al bienestar corporal, al disfrute de la vida, el resultado será casi inevitablemente el desengaño. Envejecer implica una capacidad para superar la incomodidad física, o al menos encontrar actividades agradables en las que el estado corporal no sea importante. El tercer conflicto es trascendencia del yo frente a preocupaciones por el yo. Esencialmente, esto significa que una persona se adapta al hecho de la imposibilidad de evitar la muerte. Es obvio que este pensamiento resulta desagradable, pero Peck sostiene que la preocupación excesiva

por el yo y el destino del yo se puede superar intentando atender a los que quedaran después de la muerte y esforzándose continuamente por mejorar el entorno y bienestar de los seres queridos.

La visión de Levinson (1980, citado en Stuart-Hamilton, 2002) del envejecimiento es similar a la de Erikson y Peck, pero se centra más en el papel de la persona mayor en la familia y la sociedad. El cambio de la situación física y ocupacional significa que entre los 60 y 65 años, las personas deben aceptar el hecho de que ya no serán los motores principales en el trabajo o la vida familiar. Por tanto, para mantenerse satisfechas, las personas mayores deben aprender a despojarse del liderazgo y ocupar el asiento de atrás. Esto no significa que todas las preocupaciones y deberes se puedan evitar, ya que además de asumir el papel de consejero sabio para la familia y amigos más jóvenes, las personas mayores deben aceptar su pasado.

1.4 Transición demográfica y epidemiológica.

El envejecimiento de la población ha sido el resultado de lo que se llama transición demográfica, la cual se caracteriza por la continua reducción en las tasas de natalidad, y de la mortalidad, reeditando en un aumento en la población sobre todo adulta.

Estos aspectos traen como consecuencia un descenso en el número de jóvenes, pero un aumento en la población adulta y en el número de personas ancianas. Por lo tanto, conforme se ha completado este proceso de transición, la estructura por edades de estos países ya se transformó en una población envejecida (Velázquez, 2004).

Por otro lado, está el fenómeno de la llamada transición epidemiológica que como proceso significa que la enfermedad sufre una transformación radical. De ser primordialmente un proceso agudo que con frecuencia terminaba en la muerte, ahora la enfermedad se convierte en un estado crónico, con el que muchas personas en su mayoría de edad avanzada sufren durante algún periodo de su vida. De este modo se hace posible la combinación, aparentemente paradójica, de una mortalidad descendente junto con una morbilidad creciente (Bayarre, Pérez, & Menéndez, 2006).

Así entonces, como proceso de cambio a largo plazo de las condiciones de salud de una sociedad, se constituye por una variación en los patrones de enfermedad, de discapacidad y muerte. Las poblaciones tienden a pasar por una etapa donde los niveles de mortalidad son elevados, principalmente por las enfermedades infecciosas, a otra etapa donde la mortalidad se reduce notablemente, pero siendo ya las enfermedades degenerativas la principal causa de muerte.

También existen patrones de salud y enfermedad que pueden ser susceptibles de tipificarse, los cuales configuran un sistema complejo que se ve estrechamente relacionado con determinantes demográficos, económicos y sociológicos (Gómez, 2001).

Ahora bien los cambios y acontecimientos que ocurren en la vejez y en el envejecimiento, pueden afectar la capacidad para desempeñar las actividades de la vida diaria (Funcionalidad Biopsicosocial) repercutiendo en otras esferas de la persona como su autoestima y/o su calidad de vida, tema central en estudios de otras disciplinas, con el fin de identificar la carencia estructural que debe promoverse y desarrollarse entre la sociedad para obtener un mejor nivel de la misma.

Como se ha visto cada vez hay más personas adultas mayores en el mundo, por lo que el tema del envejecimiento es ya de un interés global, que se desarrolla con gran rapidez. Y aun cuando envejecer es un fenómeno universal, pero individualizado, las diferencias existentes son muchas y diversas.

En la actualidad los esfuerzos se basan en favorecer el envejecimiento en mejores condiciones, es decir, con una gran calidad de vida y de manera exitosa, para favorecer la cultura del buen envejecimiento, y empezar a derribar los

mitos y las creencias sobre la vejez como algo negativo, indeseable, y vergonzoso. Representaciones sociales estereotipadas que se asocian sobre todo a enfermedades, deterioro, a la pasividad y a la decadencia vital. Sin embargo también puede asociarse a experiencia, a sabiduría, y al respeto; aunque esta visión no solamente se puede ver hoy en día, sino que sin duda ha existido toda la vida, pues la visión que se ha tenido sobre la vejez a través de la historia humana, ha evolucionado en función de factores tales como los demográficos, económicos, culturales, sociales y religiosos.

Capítulo 2

Jubilación.

Es bien sabido que al ingresar a las filas laborales todo empleado reconoce que su vida laboral termina y la jubilación es inevitable.

Hoy en día la palabra jubilación juega un papel muy importante para la sociedad que esta viviendo este hecho, sin embargo tanto las empresas como la población en general se han olvidado de ella. Las empresas se preocupan por el ingreso, el desempeño, y desarrollo laboral de sus empleados, crean cursos de inducción, cursos preparativos para el puesto que desempeñarán sus trabajadores y oportunidades de crecimiento laboral lo que conlleva a que no siempre exista ayuda emocional o se olviden de proporcionar una preparación para la etapa final que el trabajador experimentará, es decir; la jubilación.

2.1 Trabajo

Rodríguez & Amartya (2000) opinan que el significado que el ser humano atribuye al trabajo se basa en la manera de considerar y crear una identidad, para descubrir quien es y lo que no se es. El trabajo puede definir el estatus, los

ingresos, el prestigio, las metas y valores, pueden crear un sentido de estabilidad e intensificar los sentimientos de poder y eficiencia, determinan el programa diario de actividades, los contactos sociales y oportunidades de desarrollo personales, puede ser el medio de encontrar placer, satisfacción, crecimiento y realización en la vida, pero también puede ser la causa de frustración y preocupación, además explican que los adultos promedio pasan un mínimo de 40 horas semanales, 50 semanas al año, durante 45 ó más años de su vida en su lugar de trabajo, debido a que el trabajo es el centro principal de energía del adulto, de sus destrezas y ambiciones. Así Rodríguez (1988) explica que las personas sin trabajo se sienten pérdidas, debido a que no se sabe que hacer con ese tiempo si fuera libre.

Podemos concebir como un ciclo de la vida laboral de un adulto, inicia con los pensamientos y experiencias que culminan en una elección ocupacional, continúa con la realización de la profesión escogida y termina con la jubilación; este ciclo no necesariamente sigue una trayectoria uniforme a través de la vida laboral de un adulto, es preciso tomar decisiones muy importantes, hay momentos de duda y crisis y acontecimientos especiales, algunos jóvenes cambian frecuentemente de trabajo antes de

dedicarse a un solo empleo, y hay muchos que cambian de carrera una o dos veces.

2.2 Mujer y Trabajo.

La inserción de la mujer al trabajo.

Aunque las mujeres siempre han trabajado, la naturaleza de sus labores se modificó en forma asombrosa durante el siglo XX. En los primeros años, la mayoría de las mujeres que trabajaba eran jóvenes y solteras. Al paso del siglo el principal cambio que se dio fue en la clase de trabajo que realizaban, pocas se hallaban en labores administrativas y más en tareas fabriles y agrícolas (Keith y Schafer, 1991, citado en Lemme, 2003). La segunda guerra mundial aceleró esta tendencia, en virtud de que las mujeres ocuparon los puestos que dejaron vacantes los hombres al marcharse a la guerra, pero al regresar ellas tenían que dejar los puestos ocupados temporalmente para retomar otro tipo de actividades. Posteriormente los mercados laborales han sufrido varios cambios, que van desde horarios laborales, el surgimiento de sindicatos para el apoyo al trabajador, las reformas salariales y la inserción de la mujer al trabajo.

Hoy en día podemos hablar de un gran número de mujeres ligadas a las filas laborales, tan solo en el 2007 se reportó

que 1.200 millones de mujeres están trabajando en todo el mundo. De acuerdo con la Organización Internacional del Trabajo (OIT) esta cifra representa un aumento de 200 millones de mujeres o de 18,4 por ciento durante una década.

Los primeros registros que se pueden encontrar en torno a la inserción de la mujer al trabajo, son presentados por la OIT, durante 1950 hasta 1980 con 15 países, se informó que la fuerza laboral femenina aumento durante los años 50's hasta el 24% alcanzando su máxima el 33% durante los años 80's, aumento que se dio gracias a la creciente participación de las jóvenes. Estas cifras reflejan el largo recorrido de la mujer por ser reconocida socialmente.

Engels (1977), decía que en el antiguo hogar comunista, que comprendía numerosas parejas conyugales con sus hijos, la dirección del hogar confiada a las mujeres, era también una industria socialmente tan necesaria como el cuidado de proporcionar los víveres, cuidado que se confió a los hombres.

La historia de la mujer, cambia con la llegada del capitalismo, gracias a la industrialización del trabajo el aumento de la participación de la mujer en el ámbito laboral, lo que a su vez provoco la distribución del trabajo según el sexo. El capitalismo trajo consigo el auge de la modernización económica, nuevas formas de entender la

producción de mercancías y nuevas pautas sociales de los espacios y tiempos de reproducción.

La llegada de la industria, produce una ruptura a la sociedad patriarcal, creando un nuevo camino a la mujer, "el camino de la producción social". Fase interpretada por la tradición marxista de una manera un tanto mecánica: la proletarización masiva de la mujer por el capital sentaría las bases materiales para una igualdad entre los hombres y mujeres; al menos en el seno del proletariado (Artous, 1979), y aunque Engels identifico a la servidumbre doméstica, ambos autores recibieron muchas críticas, a ambos se les reprochaba la sobre estimación que hicieron al ritmo de proletarización de la mujer, pues solo exploraron el empleo masivo de las mujeres.

El desarrollo proletarial de la mujer se promovió en un entorno, en donde se consideraba una mano de obra superficial, sometida más que los hombres al desempleo, su salario fue visto como un apoyo, y los trabajos que realizaba eran considerados empleos féminos.

Para Engels (1977) la proletarización de la mujer estaba determinada, por el lugar que ésta ocupaba en la familia; es decir si la mujer cumplía solo con sus deberes familiares, quedaba excluida de la producción social y no podía ganar

nada; por el contrario si quería participar en la industria pública le era imposible cumplir con sus deberes familiares.

Engels distingue tres periodos en la historia de la mujer:

- La vieja economía doméstica, conformada por aquellas sociedades primitivas sin clases, en donde la opresión no existía.
- La llegada de la opresión con la familia patriarcal, ligada al desarrollo de las clases sociales y la propiedad privada. Periodo en el que la mujer se convertiría en la primera sirvienta del hombre, apartada de la sociedad productiva y encasillada en el trabajo doméstico.
- El desarrollo del capitalismo y la gran industria, que abrieron un nuevo camino para las mujeres, modificando, al menos para las mujeres obreras esa opresión patriarcal.

Trabajo doméstico.

Para el capitalismo, todo lo que se produce en el hogar, es visto como valores de uso y no mercancías y aunque exige mucha inversión de tiempo, toda esta producción doméstica simplemente constituye una producción de valores de uso. La mujer dentro del hogar solo crea bienes y servicios que son

consumidos por los miembros de la familia y estos contribuyen a la reproducción del trabajo.

De acuerdo con Artous (1979), el ama de casa no participa en la producción social, como lo hace el obrero; en pocas palabras su trabajo, no es un trabajo social, puesto que no puede superar sus características particulares de trabajo concreto para convertirse en lo que la sociedad capitalista considera como trabajo. Las reglas que rigen el trabajo en el modelo de la producción capitalista no se aplican en el trabajo doméstico; pues la ley del valor no tiene un efecto directo sobre el mismo. Esta ley del valor determina, cuanto trabajo se tiene que invertir para realizar un producto, en función del tiempo de trabajo socialmente necesario para la producción.

Por lo tanto si la mujer que trabaja en el hogar, comienza a hacerlo fuera, no es porque su trabajo doméstico le sea poco interesante o aburrido, sino porque se vio obligada por razones externas como el hecho de que un salario no es suficiente. Por otro lado el hecho de trabajar fuera de casa, no significa automáticamente una modificación en sus actividades domésticas que tiene que seguir realizando sin lugar a dudas.

Dada estas circunstancias, y recordando lo ya expuesto el trabajo doméstico no posee las características de un trabajo

social, sino de un servicio privado, y el destino de la madre y esposa es prestar este servicio. La realidad del trabajo doméstico es que, es visto como un conjunto de actividades penosas y se traduce en un encadenamiento sin fin de tareas aunado a un sentimiento total de vacío.

2.3 Jubilación.

Desde una perspectiva del ciclo vital, el desarrollo es un proceso de vida que supone beneficios y pérdidas; que tiene dimensiones, direcciones y causas múltiples; que es rígido y está inmerso en un contexto histórico, cultural y social; y que entender el desarrollo exige considerar información de diversas disciplinas (Baltes, 1987, citado en Lemme, 2003), por lo cual la jubilación es considerada un fenómeno complejo, ya que la experiencia que cada individuo tenga de ella y la forma en que responda depende de muchísimas variables.

Es importante advertir que, con el cambio en los patrones de empleo, la jubilación ya no es sinónima de vejez en la manera preestablecida que quizá fue antes, la edad es ahora un criterio irrelevante por el cual juzgar la jubilación. Con respecto a ellas se ha advertido que las personas que se acercan a la jubilación suelen ser más temerosas y

despreciarse a sí mismas, pero, en la mayoría de los casos, una vez que han dejado de trabajar, la experiencia es placentera. Sin embargo, hay algunos casos de personas que sufren de problemas psicológicos porque ya no se sienten útiles.

Las personas sexagenarias de 60 a 69 años de edad marcan una importante transición, ya que se comienza por adaptar a una nueva estructura de roles, el ingreso disminuye por la jubilación o la disminución de horas de trabajo y mueren algunos amigos y colegas. La sociedad disminuye sus expectativas pues exige mayor dinamismo, independencia y creatividad. Esto se lamenta porque se considera que se desanima a los ancianos, sobre todo a quienes se mantienen sanos y fuertes. Muchos aceptan estas expectativas y responden reduciendo el ritmo de su vida, creando así una autoprofecia que se cumple. La fortaleza física decrece un poco y esto plantea que existieran problemas dentro del trabajo o incluso con los trabajadores que aún siguen activos. Con todo esto muchos aun poseen energía y buscan actividades distintas. Muchos recién jubilados son personas sanas y resistentes y con un elevado nivel de escolaridad, pueden dedicar su tiempo libre a su superación o a actividades comunitarias o políticas.

La jubilación varía mucho en este grupo de edad. La mayoría se retira hacia los 65 años, otros a los 55 y algunos más a los 75 pero la decisión que se adopte acuerdo a la edad dependerán de la salud, nivel de energía y tiempo de trabajo, pero en México es impuesta por la ley.

Sin embargo, la decisión de jubilación resulta difícil de diferenciar, ya que se basa en diversos factores, Palmore (1985, citado en Lemme, 2003) los resume de la siguiente manera: salud, condición socioeconómica, características demográficas, características laborales, y actitudes hacia el trabajo y la jubilación. Estas variables tienen efectos directos e indirectos, e interactúan unas con otras. Por ejemplo la cantidad de dependientes económicos puede influir en el hecho de que el ingreso se perciba como algo suficiente o no.

Los individuos autoempleados suelen seguir trabajando de tiempo completo, muchas de las decisiones para jubilarse en forma anticipada parten de las evaluaciones subjetivas que la persona haga de su salud, trabajo y de si los incentivos y prestaciones son atractivos.

Las consideraciones que corresponden a un orden familiar desempeñan una función particular en la decisión que toman las mujeres para jubilarse (Vinick y Ekerdt, 1989, citados en Lemme, 2003). Por ejemplo, es probable que ellas se jubilen

antes que los hombres, que programen su jubilación para que coincida con la de su marido, o para cuidar de un cónyuge o un familiar enfermo. Además, las decisiones que las mujeres toman para jubilarse se pronostican mejor en función de la pensión de su marido que de la propia, las preocupaciones de índole económicas son de especial importancia para las mujeres viudas, divorciadas o que nunca se han casado, ya que probablemente deseen y necesiten trabajar más tiempo del que tendrían que hacerlo si estuvieran casadas.

En la actualidad, la jubilación suele percibirse no como un suceso aislado, sino como una etapa cada vez más prolongada de la vida adulta. La adaptación a esta fase de la vida es un proceso complejo que supone adaptarse durante cierto tiempo y que debe considerarse en el contexto más amplio de la vida del individuo.

Atchley (1976, 1988, citado en Buendía, 1994) identificó las fases siguientes en el proceso de jubilación: prejubilación, jubilación real (a la que puede seguir una fase de luna de miel, rutina inmediata o descanso y relajación), desencanto, reorientación, rutina y terminación.

La prejubilación, comprende la separación y decisión de jubilarse. Se forman las expectativas sobre lo que será la jubilación. La fase de luna de miel, consiste en el goce inicial por haberse liberado del trabajo y en una mayor

actividad (un esfuerzo por realizar todo aquello que el trabajo antes lo impedía). Sin embargo, no todos los jubilados experimentan esta euforia; algunos se establecen rápidamente en la rutina de la jubilación, en tanto que otros entran en un periodo de descanso y menos actividad. La fase de desencanto quizá ocurra después de que desaparece la novedad y aparecen los problemas de la jubilación, sobre todo cuando ésta no se encuentra a la altura de las expectativas que se tenían. En la fase de reorientación, el individuo jubilado se adapta, al encontrar nuevos intereses y actividades que ocupan el lugar de trabajo y establecer finalmente una rutina satisfactoria. El periodo de jubilación termina con el regreso del trabajo, la discapacidad o la muerte.

2.4 Teorías sobre la adaptación a la jubilación.

Buena parte de las investigaciones sobre la jubilación se ha enfocado en sus consecuencias sobre el bienestar del individuo. Como el trabajo es tan importante para la identidad masculina y debido a que la función del empleo influye en tantos otros aspectos de la vida, se ha pensado que la jubilación es un suceso significativo con enormes repercusiones (Maxwell, 1985, citado en Lemme, 2003).

Teoría de la crisis.

La idea tradicional era que la jubilación resultaba mala para las personas; peligrosa para su salud física y mental. En este planteamiento sobre la "crisis", se sostiene que el rol laboral genera una disminución en la autoestima y el estatus, retraimiento, aislamiento, enfermedad y una menor satisfacción con la vida. Se han contado historias sobre que la gente que "se jubila, cae muerta". Parte de la razón de estos vaticinios funestos radicaba en que las primeras investigaciones no separaban a quienes se enfermaban y jubilaban. La clase de efectos negativos que solía describirse como consecuencias normales de la jubilación en realidad ocurrían entre quienes no se hallaban saludables antes de jubilarse. Ahora, 30 años de investigaciones sobre el tema indican que el fenómeno de la jubilación en general no enferma, deprime, aísla o aburre a la gente ni le ocasiona la muerte (Ekdert, 1989. Citado en Lemme, 2003). Las investigaciones más recientes sobre este tema han descartado en gran medida el planteamiento sobre una crisis.

Teoría de la continuidad.

En el planteamiento alternativo, conocido como teoría de la continuidad, se sostiene que pocos individuos basan toda su identidad en el trabajo, que sigue habiendo suficientes oportunidades de satisfacción y conservación del sentido del

sí mismo, y que las actitudes y actividades sufren un mínimo de cambios después de la jubilación (Atchley, 1976, citado en Buendía, 1994). Por tanto, la jubilación no se percibe como una crisis sino como un suceso que tiene efectos mínimos a largo plazo.

Probablemente ambos planteamientos sean demasiado pesimistas, ya que no dan cuenta de muchas y variadas respuestas de los individuos a la experiencia de la jubilación, y al hecho de que unos se adaptan con mayor fortuna que otros (Palmore, 1985, citado en Lemme, 2003). Además, ninguno de los planteamientos reconoce que las consecuencias de la jubilación pueden ser en realidad positivas (p.ej., una reducción en la tensión laboral, oportunidades de disfrutar actividades de esparcimiento, mayor compañía con el cónyuge, etc.). Las consecuencias de la jubilación deben entenderse en el contexto del significado que el trabajo tiene para el individuo, la adaptación del individuo previa a la jubilación y las circunstancias presentes. Las respuestas a la experiencia de la jubilación pueden ser consideradas como elementos en un continuo, en el cual la adaptación muy exitosa se halla en un extremo y la adaptación nada afortunada en el otro, y una amplia variedad de posibles respuestas en medio (Howard, 1982, citado en Lemme, 2003),

sin embargo ninguno de los modelos existentes explica las diversas respuestas de los individuos ante la jubilación.

2.5 Percepción de la jubilación y factores que inciden en su bienestar.

El nuevo jubilado es la persona mayor que llega a ese periodo de transición con la idea de disfrutar lo previsto. No vive su retiro como la transición de una etapa trepidante de la actividad laboral y social a otra de absoluta pasividad. Si bien, en esto influyen de modo determinante algunas variables como: el estado de salud, recursos económicos, grado de formación, sociabilidad, expectativas personales, desenlace de su situación laboral, etc.

Muchas personas de este colectivo, aunque se preparan para la jubilación e incluso la reciben con deleite, acaban pronto frustrados cuando termina la luna de miel. En estos casos, se pone de manifiesto que la variable diferencial de las personas mayores que alcanzan esta etapa de la vida es la capacidad que cada uno tiene para negociar su decadencia.

En cualquier caso son múltiples los factores que inciden en el bienestar de la persona cuando se jubila. Éstos van desde aspectos inherentes al ciclo vital, hasta los de tipo psicosocial o condicionantes socioeconómicos.

Factores inherentes al ciclo vital.

Se hace referencia a las etapas que atraviesa el individuo a lo largo de su vida, la etapa de la prejubilación en la que estamos centrados (58-64 años) es compleja y difícil de clasificar por ser un segmento de edad caracterizado por una madurez avanzada que no puede etiquetarse con el sobrenombre de tercera edad, durante este periodo prejubilatorio la persona se va introduciendo de manera progresiva en un tramo de su ciclo vital con características propias. El análisis objetivo del proceso de envejecimiento nos demuestra que los cambios que aparecen en el individuo no son solo orgánicos, sino también psicológicos y sociales, sin embargo, puede que en esta etapa de la vida el problema principal puede ser especialmente enfocado a la salud.

Aspecto económico y legal.

En México explican Wong & Espinoza (2002) que las instituciones de seguridad social (ISSSTE e IMSS) iniciaron sus programas de pensiones en 1949 y 1950, iniciando con una cobertura limitada de la población, las contribuciones dirigidas a las pensiones estuvieron disponibles a un grupo reducido durante los años productivos de mayor edad. No obstante, los fines de la seguridad social se encuentra actualmente en entredicho, por razones demográficas que se

traduce económicamente a un menor número de cotizaciones potenciales que unido al aumento de la esperanza de vida de la población anciana, supone una mayor carga para los activos, debido a que la economía se basa en la producción de bienes y las personas mayores, al jubilarse, dejan de producir y solo consumen productos que necesitan: alimentación, vestimenta, medicinas, productos para el hogar y la higiene personal.

Moragas (1991) comenta que las prestaciones de la seguridad social son actualmente un derecho exigible por todos los ciudadanos, aunque existe un colectivo que por no haber cotizado sólo tiene derecho a prestaciones asistenciales no contributivas. Trueba & Trueba (2002) mencionan en la Legislación Federal del Trabajo Burocrático, en su apartado de disposiciones generales, el derecho legítimo de la prestación jubilatoria, lo siguiente:

“Artículo 5°. La calidad de pensionista se adquiere a partir del momento en que el interesado ha causado baja; la fecha se señalará en la resolución mediante la cual el Instituto conceda el beneficio pensionario. Dicha resolución se notificará al interesado y en la misma se especificará el tipo de pensión concedida, la cuota asignada, la fecha de inicio del pago, así como la del término de la pensión y el número clave asignado al pensionista.

“Artículo 9°. Para efectos de este reglamento, se considera fecha de baja del servicio, el día siguiente a aquel en que el trabajador hubiese percibido su último sueldo.”

De tal forma que por prestaciones económicas se comprende cualquier servicio valorable materialmente y no sólo las pensiones, se incluye la asistencia sanitaria con todas sus variedades, asistencia primaria en prevención de la enfermedad, hospitalizaciones, medicamentos, tratamientos, rehabilitación, por mencionar algunos, así como los servicios en especie, alimentación, alojamiento, ayuda para la vivienda, transporte, ocio y esparcimiento. La forma de prestación de los servicios (pública o privada) resulta importante, pero el anciano, como la mayoría de los ciudadanos, posee solamente necesidades traducibles económicamente y le interesa la cantidad y calidad del servicio; la forma de obtenerlo pasa a un segundo plano cuando lo que tiene son necesidades realmente inaplazables. Una alternativa a las pensiones consiste en la satisfacción de los servicios que los jubilados necesitan, suministrados directamente en especie por el estado, organismos autónomos u otras organizaciones.

Daniel (2002) aclara que a partir de la reforma al sistema pensionario mexicano, el trabajador tiene derecho a que la dependencia realice depósitos en dinero en una cuenta

individualizada de su propiedad; equivalentes al 2% del salario del trabajador y constituyen el ahorro que complementará a su pensión cuando se retire de la actividad productiva. Trueba & Trueba (2002) mencionan en la Legislación Federal del Trabajador Burocrático, en su apartado de sueldos, cuotas pensionarias y cotizaciones al derecho a la pensión, que se cita a continuación:

"Artículo 23°". El instituto previa solicitud de los trabajadores, informará el monto aproximado de la cuota diaria que les correspondería en una fecha determinada de estar en los supuestos que señala la ley para obtener una pensión. Dicha solicitud no implica ningún trámite pensionario.

Para calcular la cuota diaria pensionaria, computar los años de servicio y determinar las cotizaciones de los trabajadores, se tomarán como base los datos asentados en la hoja única de servicios que expidan las Afiliadas, la cual deberá contener, en su caso, las cantidades por concepto de sueldo, sobresueldo, compensación, quinquenios, prima de antigüedad y los años de servicios prestados por el trabajador".

Daniel (2002) expone que los requisitos en trabajadores privados, para obtener la elegibilidad de una pensión se volvieron más rígidos a partir de 1995: los trabajadores del

sector privado vincularían el beneficio futuro (la pensión) con las contribuciones realizadas durante su vida activa, las cuales se registrarían en cuentas individuales que serían administradas por entidades financieras privadas, así, quien más aportara pudiera estar en condiciones de mejorar su beneficio de retiro. Las condiciones para acceder a la pensión se hicieron más severas: se aumentó de 500 semanas (10 años) de cotización a 1250 semanas (25 años), las edades mínimas quedaron invariables: 60 años para tener derecho a la pensión por razón de la edad avanzada o por desempleo (llamada simplemente cesantía), y 65 años para la jubilación, respecto de los beneficios, el gobierno federal garantiza una pensión mínima equivalente a un salario mínimo mensual.

Independientemente del tipo de jubilación, Wong & Espinoza (2002), explican que ser jubilado implica para el trabajador y futuro jubilado asumir riesgos que no estaba acostumbrado a enfrentar como individuo, algunos de estos son: el riesgo de sobrevivir a su pensión, el riesgo del pensionado a su muerte prematura en cuyo caso el remanente de sus recursos los compartiría con el grupo de no haber beneficiarios legales, el riesgo de ineficiencia y/o corrupción en el manejo de sus ahorros, el riesgo de que la inflación reduzca el poder adquisitivo de sus ahorros, entre otros.

Por tanto, además de las garantías y prestaciones que otorgan las instituciones de seguridad social (IMSS o ISSSTE), así como las establecidas por la ley, se considera de importancia emprender individual o colectivamente estrategias de ahorro para su previsión social (si su ingreso se lo permite), es decir, las acciones que pudiera efectuar un trabajador para mejorar sus condiciones de retiro y jubilación, las cuales deben ser emprendidas antes de jubilarse, o mejorar aún, al empezar a laborar, ya que el régimen público de pensiones subyace en la suposición de que en esta etapa de la vida de las personas, éstas ya no tendrán las mismas obligaciones que tuvieron en sus años productivos por lo que el sistema sólo les asegura una parte de su ingreso pasado (Daniel, 2002).

Aspecto social.

Marsellach (2001) considera que la edad de jubilación se ha anticipado en los últimos tiempos para dar un paso a las nuevas generaciones y así poder ofrecerles una perspectiva laboral. Muchos se han jubilado antes de los 60 años y eso ha provocado que personas que todavía tenían sus funciones físicas e intelectuales prácticamente al 100% han visto reducir su actividad al mínimo y como toda su vida han servido a la sociedad ahora no saben qué hacer, ya que están acostumbrados a levantarse cuando suena el despertador, relacionarse con sus compañeros de trabajo, tener una vida al

margen de su propia familia y ahora no son capaces de orientar su vida, se sienten invadidos por varios temores. Es oportuno recordar que la teoría de los roles sociales permite captar el lugar que cada uno ocupa en la sociedad a la que pertenece, esta posición es para el individuo una fuente de dinamismo, por medio de las normas inherentes a su status social, finalmente, la pertenencia social, según la teoría de los roles, es también una fuente de valoración en una sociedad determinada, cada individuo se siente reconocido y apreciado por su grupo de pertenencia según el status que ocupa, los ancianos que no tienen roles sociales fuera de su ámbito laboral, su status social es el de "jubilados", lo que significa para el resto de la sociedad "quedar al margen de...".

Kastanbaum (1980) explica que el sentimiento de pertenencia social corresponde a nuestra necesidad de tener raíces, un punto de referencia y de continuidad, un reconocimiento y una aceptación de uno mismo por parte de los demás, además de una participación en una identidad colectiva.

Kalish (1996) dice que las relaciones interpersonales son enfocadas a las que se establecieron en el trabajo, la cual es una de las mayores pérdidas que atraviesa el jubilado, debido a la falta de contacto con los amigos del trabajo, se sabe que casi todos los viejos tienen amigos íntimos, las

personas mayores conviven con sus vecinos, aunque la distancia física o social con éstos sea grande. Ya que los amigos, son personas que se eligen y tienden a tener cualidades que son similares o parecidos intereses. Las personas mayores desarrollan frecuentemente lo que se ha llamado "red de apoyo informal" en la que se implica a los familiares, amigos y vecinos; así como la "red de apoyo formal" de las agencias sociales, organizaciones sanitarias y otros servicios de ayuda oficial.

Hoy se entra cada vez más pronto en el proceso de la muerte en la medida en que socialmente ya no se es competitivo y en la que hace falta dejar sitio a los jóvenes. Si quiere sobrevivir, el jubilado debe encontrar papeles para permanecer activo y demostrar que todavía sabe ser útil (Bianchi & Cols., 1992), como lo dice N. Elías (1996): "las modificaciones que acompañan el envejecimiento son a menudo involuntariamente percibidas como una distancia en relación con la norma social, los otros los de los grupos de edad normal a menudo tienen dificultad, y es totalmente comprensible, consentir empáticamente las experiencias del envejecimiento que tienen los más ancianos. Porque la mayoría de los seres jóvenes no tienen ninguna base en su experiencia, que les permita imaginar el efecto que produce la manipulación del tejido muscular o el enlentecimiento de

la renovación celular. En sí, la imposibilidad de ponerse en el lugar del sujeto que envejece, se debe a que el anciano nos renvía a nuestra decadencia y a nuestra muerte futura" (Elias & Dunning, 1996).

En la ciudad, cuando se habla de anciano o persona de la tercera edad, realmente se piensa en él como una carga, alguien a quien se tiene que atender o para quien hay que encontrar un lugar de reclusión. En México la adopción de la familia nuclear (papá, mamá e hijos), promovido por las políticas estatales a través de todas sus instituciones "la familia pequeña vive mejor, o pocos hijos para darles mucho", ha generado la expulsión de miembros como los ancianos, las familias pelean siempre por ver quién se hace cargo del anciano o cómo hacer para que no cause problemas a sus miembros y ha creado a su vez una serie de problemáticas para este sector que no se presentaban en el modelo de familia extensiva, común en los mexicanos de principios del siglo pasado.

La población de la adultez tardía, contaba con casi 5 millones de personas, 6.1% de la población total del país, sólo en la Ciudad de México hay 586,938 personas que representan el 7.1% de la población adulta tardía, el resto se haya distribuido en el interior de la república mexicana, la proyección para el año 2005 fue de 7 millones a nivel

nacional (INEGI, 1996, y CONAPO, 1998). Recientemente se ha advertido que el proceso de envejecimiento en México avanza de manera vertiginosa, ya que actualmente unas 6 millones de personas son adultos mayores con crecimiento del 3.5% anual, cifra que se duplicará en 2020. El envejecimiento demográfico involucra un cambio en la estructura por edad y generalmente se expresa en un aumento en el porcentaje de las personas en edad avanzada. De acuerdo con el Fondo de Población de Naciones Unidas (UNFPA, por sus siglas en inglés), en 2011, 11.2% de la población mundial tiene 60 años o más, mientras que en las regiones más desarrolladas es de 22.1%, aspecto que contrasta con la proporción de adultos mayores (8.9%) que residen en la regiones menos desarrolladas. La UNFPA señala que en el año 2050 uno de cada cinco (21.8%) habitantes en el planeta tendrá 60 años y más; en las regiones menos desarrolladas será de 20.2%, es decir, casi el nivel que actualmente se observa en las regiones más desarrollados, en éstas el 31.9% será un adulto mayor al iniciar la quinta década del presente siglo.

Datos del INEGI en 2010, 9.6% de la población total corresponde a adultos mayores, un total de 10.8 millones de personas mayores. No obstante según datos del Instituto Nacional de las Personas Adultas (INAPAM), este porcentaje podría triplicarse en los próximos 40 años ya que, al igual

que el resto de los países de América Latina y el Caribe, México experimenta un proceso acelerado de transición demográfica hacia el envejecimiento de la población, debido a la reducción de la tasa de natalidad y de mortalidad, y al aumento de la esperanza de vida.

Dado lo anterior, para cubrir sus demandas de la población adulta tardía, en 1979 se crea por decreto presidencial el Instituto Nacional de la Senectud (INSEN). Posteriormente creado el INAPLEN: Instituto Nacional del Adulto en Plenitud, el cual contaba con sólo con cuatro unidades gerontológicas fuera del distrito federal: Estado de México, Guanajuato, Zacatecas y Veracruz, cuyos objetivos eran dar servicio médico, psicológico, educativo y económico. Por otro lado existen clubes de la tercera edad por toda la república mexicana, que proporcionan terapia ocupacional, consulta dental y psicológica, otras actividades recreativas, cursos de alfabetización, eventos socioculturales y deportivos. Pese a que estos se plantean como objetivos, en la realidad no se cuenta con el personal capacitado para cumplirlos, el servicio declina ya que el instituto atiende médicamente sólo a 0.6% de los 5 875 000 mexicanos con más de 60 años de edad. En México, la importancia que se tuvo con la población de este grupo considerado vulnerable, se ha visto reflejado, con el reconocimiento de los derechos humanos de las personas

adultas mayores, la implementación de diversas acciones positivas que hicieron posible el ejercicio pleno de estos derechos, tales como la creación y fortalecimiento de instituciones públicas que garantizarán las condiciones de respeto y equidad evitando cualquier forma de discriminación. El 25 de junio de 2002, es publicada la Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores, cuyo objeto de garantizar el ejercicio de los derechos de las mismas es creado el Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores (INAPAM); que desde su creación se ha fomentado el desarrollo integral de las personas de 60 años y más, promoviendo entre otras acciones, la asistencia social, la igualdad, los servicios de salud, así como las oportunidades necesarias para alcanzar niveles de bienestar y una mejor calidad de vida.

Por otro lado, a partir de 1986 dentro del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la familia (DIF) se ha trabajado lo que se llamó Casa Hogar para Ancianos, donde, emulaban los programas norteamericanos de intervención, se le daba a la familia una salida institucional para deshacerse del anciano, o bien se les lleva a estos lugares para atenderlo por padecimientos propios de la etapa y regularmente verlo morir, este programa fracaso por los altos costos que representaba la atención de este sector, dada la gran cantidad de enfermedades que padecen, lo que significan

gastos para medicamentos e internamientos. Producto de actitudes institucionales paternalistas y la extrema pobreza de las familias mexicanas el Gobierno del Distrito Federal (GDF) mantiene un programa de atención a los ancianos ubicado en el Centro de Atención de Adultos Mayores (CAAM) "Cuautepec", que alberga personas mayores provenientes de familias, indigentes y reclusorios, proporcionándoles atención médica, psicológica, recreativa, social y cultural, subsidiando por aportaciones voluntarias en especie (pañales, alimento y vestido), donaciones y recolectas.

El trabajo en esta área de asistencia social ha implicado entender que la vejez es un momento en el que se manifiestan los resultados de cómo se ha vivido, amplia la posibilidad de entender su condición y encontrar las formas para ayudarlos a mejorar la calidad de su vida y muerte (Herrera, 2002).

Aspecto familiar.

Kalish (1996) menciona que se ha encontrado que los mitos difícilmente mueren, la perspectiva de generaciones jóvenes con respecto a la vejez, gira en torno a los problemas más frecuentes de la tercera edad, como la soledad, el bajo salario, la salud delicada y el miedo a la violencia.

Posiblemente las relaciones familiares y las amistades disminuyen cuando se alcanza la séptima década y posteriores, las limitaciones de la salud y los problemas para moverse

hacen restrictiva la capacidad de las personas mayores para tener amigos íntimos o familiares, y las enfermedades o muertes de los compañeros de edad reducen las oportunidades para los contactos sociales.

Un estudio efectuado por Brotman (1981, citado en Kalish, 1996) describió los cambios producidos entre la prejubilación y cuando se ha dejado de trabajar, explica que cuando la pareja está entre los 55-65 años, la tasa de fallecimientos para los hombres aumenta en el rol del marido y para la mujer alrededor de los setenta y cinco años; la salud llega a convertirse en una fuente de preocupación, y las esposas se convierten en más dominantes debido a la mala salud del marido. En general, la imagen del matrimonio en los últimos años de vida es muy positiva, aunque primordialmente perturbada por los problemas, y por la posibilidad de la muerte de alguno de los cónyuges, normalmente por el marido. Así mismo Brotman (1981) encontró que el 47% de los hijos están pendientes de la herencia y no comprenden la necesidad de sus padres de un compañero (a) para una relación sexual, pues esta unido a la memoria del padre/madre muerto, y la idea de que el padre vive se vuelve a casar, les parece una blasfemia. Como resultado, el viudo o viuda sufre no sólo la aflicción de la pérdida, sino también de la privación que imponen los hijos de tener otra pareja. La soledad, la falta

de alguien con quien compartir el trabajo, la pérdida de la satisfacción sexual, son algunas de las privaciones que acompañan a la muerte del cónyuge. Es posible que se encuentren relaciones que alivien el sentimiento de privación sin reducir el sentimiento de pérdida y el de dolor. Los patrones de amistad cambian, las preocupaciones de personas mayores para cocinar buenas comidas, para mantenerse en forma y para tener la casa limpia pueden disminuir, mientras el viudo o viuda a menudo se desconectan, al menos temporalmente del medio social, las demás personas del medio parece que también se desconectan de ellos.

Brotman (1981, citado en Kalish, 1996) reportó que existe un fenómeno presentado solamente por las viudas llamado "ensayo de viudedad", donde las mujeres anticiparon lo que sería su vida si llegaran a quedarse viudas, explicando ellas que las prepararon para el momento, esto sucede a la mediana edad o incluso años antes del suceso. Las viudas tienden a la socialización con las demás mujeres; algunas de ellas explican que no es difícil soñar con la muerte a sentir la presencia de otra persona o experimentar ver, oír o tocar la muerte. Los hombres no anticipan la muerte de la esposa, lo que desencadena en un desajuste emocional y social de mayor duración, siendo pocos los que hablan del vacío y la falta de sus esposas.

Aquellas personas que no se casaron (5%) admiten que la soledad de sus vidas ha sido la tónica general de sus días, de sus formas y no parecen estar más solos o infelices que otras personas de su edad, de hecho no tienen que enfrentarse con la pérdida del cónyuge, lo que puede suponer una ventaja. En general, se encontró que estas personas tienen más amigos y familiares, y a menudo viven con un hermano o hermana. En la jubilación parecen tener más problemas, quizá porque las relaciones familiares no pueden compensar la disminución de sus relaciones sociales. Además los servicios que una generación ofrece a la otra están en función del salario, la salud, las relaciones familiares, las necesidades y el status familiar, hay un cambio en cuanto a la ayuda ofrecida en los periodos de enfermedad, crisis, problemas económicos o cuando ocurre un divorcio.

Relativamente, pocos hijos viven en casa de alguno de sus padres, la razón es debida generalmente, a problemas económicos, salud delicada o la muerte de uno de los padres, quedando el otro sin el apoyo necesario, y que el hijo sustituye. Este hecho, pone en riesgo la perdida de intimidad y autonomía de la persona mayor, a causa de que los hijos toman las riendas de su vida. El término "rol inverso" ha sido utilizado para describir la circunstancia en la cual los hijos adultos cuidan de sus padres viejos de modo semejante a

como lo hacen con sus hijos jóvenes; otro termino para ésta situación es la "madurez filial" que significa que los hijos adultos deben ser capaces de soportar la dependencia de sus padres. Cuando los padres llegan a ser muy viejos, cuando su salud deteriora o su capacidad cognitiva disminuye de forma marcada, el estrés en la relación padre-hijo aumenta apareciendo la posibilidad de institucionalizar al adulto mayor, lo cual añade más estrés a la vida de ambos (Brotman, 1981, citado en kalish, 1996).

Se considera que el soporte a los viejos tiende a estar basado en sentimientos de amor-afecto o en sentimientos de obligación-responsabilidad o ambos. Los hijos de mediana edad están generalmente prisioneros con sentimientos de obligación para sus propios hijos, esposas (os), para el trabajo y sentimientos de obligación hacia el abuelo (a). Rol familiar que no ha recibido ninguna atención hasta hace poco tiempo, el cual tiene una especial significación para las personas que se encuentran en la vejez, así como para otros conjuntos de roles relacionados con ella, las interacciones entre los abuelos y los nietos incluyen visitas por parte de ambos, intercambios de regalos, cartas, y experiencias.

Otras influencias sobre el significado de ser abuelo, son las personalidades del abuelo y del nieto, la frecuencia y calidad de las interacciones que se realizan entre ellos la

distancia geográfica entre ambos, la manera en que los padres estructuran el tiempo del niño, son determinantes. A veces se nota una afinidad entre los nietos y los abuelos, esta unión puede ser debida a las circunstancias que comparten la juventud y la vejez:

- 1- Ambos grupos de edad son adyacentes al grupo dominante, sin poder e influencia para tomar decisiones, debido a que se consideran "no productivos".
- 2- Son considerados con una vida llena de tiempo libre, asistir a la escuela o ser jubilado es visto como placer.
- 3- Su tiempo es relativamente inestructurado por falta de actividades.
- 4- No cuentan con los mismos recursos, tienden a ser vulnerables y débiles.

Se considera que tanto los jóvenes como los viejos parecen esperar primordialmente el apoyo emocional y el cariño por parte del otro grupo, en vez de esperar apoyos económicos o consejos, demandas que son integradas en sus vidas con mayor peso emocional, debido a que son grupos vulnerables y dependientes.

Aspecto emocional.

De Guzmán (2000) establece que la distinción más clara en la Psicología del hombre mayor la presentan los procesos emocionales, es decir, a más edad de las personas parece ser que presentan una menor emotividad, como si se hubiera disminuido su capacidad receptiva al placer y al dolor. Naturalmente nos referimos a la emoción en cuanto a repercusión externa de un sentimiento; por lo que suele decirse que la vida afectiva de las personas mayores es más atenuada con los niños, tanto en el sentimiento como afección íntima de algo que se ama o se odia en una sola dirección, lo que no suele ser cierto de modo general, ya que las reacciones emotivas suelen estar condicionadas al humor habitual, neutro, eufórico, disfórico, excitado o deprimido de cada individuo; todo lo cual depende también de su carácter personal, pues ante la jubilación prematura o ante la vejez inevitable no reaccionará lo mismo un colérico que un apático, un introvertido que un extrovertido. Se ha comentado que los mayores van teniendo rasgos similares a los niños, según la edad, pero únicamente en el plano afectivo, pues necesitan la compañía, los juegos, el reconocimiento a sus acciones, el calor de una caricia, la mano de un amigo, una palabra amable, como sucede en el niño cuando empieza el sentimiento de satisfacción o decepción, aspectos importantes para los seres humanos.

Kastanbaum (1980) dice que la jubilación es considerada como una retirada progresiva de la actividad profesional, es inevitable, natural, e inherente al proceso de envejecimiento en razón del declive físico y psicológico del organismo; frecuentemente, la adaptación a la jubilación es vivida por la persona como uno de los periodos más críticos de su vida, algunas personas han organizado su sensación básica de seguridad en torno a su esfera de trabajo y actividades, para ellos, la falta de empleo es una amenaza porque les impide la expresión de sí mismos y la proyección de su energía constructiva. La persona que ya no puede definirse a sí misma en términos de ocupación (yo era...) padece una débil definición de sí mismo comparada con una definición "yo soy...". Aun en el temor de perder el empleo o alguna otra actividad que defina el sí mismo, puede ser suficiente para precipitarnos en una crisis interna, la jubilación provocara en la persona que envejece una crisis cuyo reto es el fracaso o el éxito de la etapa posterior del ciclo de la vida. La jubilación del trabajo esta hecha en tales condiciones que conduce a la participación social a la privación de las diversas formas de las relaciones sociales, hasta el punto que la jubilación ha podido ser considerada como una muerte social.

Laforest (1991) manifiesta que para la mayoría de la gente, la pérdida de autonomía es simplemente el estado de dependencia de los ancianos convertidos en incapaces de sostenerse a sus necesidades personales, lo que hace esencial distinguir dos aspectos: 1) la dimensión física de la pérdida de autonomía implica una incapacidad parcial o total para satisfacer las propias necesidades físicas básicas. Sin embargo, para que se pueda hablar de pérdida de autonomía, es preciso también que se observe una incapacidad de llevar a cumplimiento las tareas ordinarias de la vida cotidiana; 2) la dimensión psicológica, implica hablar de autonomía como un atributo de la personalidad, designada como una propiedad del individuo por la que se le considera capaz de tomar decisiones que lo concierne, asumiendo la responsabilidad de las mismas. El estado de dependencia resultante de la decadencia del organismo puede crear en la persona mayor una imagen negativa de ella misma, el anciano tendrá la impresión de que la corriente de la vida va fluyendo sin él, que ha quedado reducido a simple espectador y en adelante hablará de su época como un tiempo ya pasado que no regresará y el tiempo presente como algo que no es suyo.

Para definir la pérdida de la autonomía personal, los gerontólogos recurren al concepto de lugar de control, este concepto sirve para evaluar si una persona sitúa en el

interior o en el exterior de ella misma, el control de los acontecimientos, así pues, la pérdida de la autonomía personal significa en el anciano una modificación de su lugar de control pasa de interno a ser externo: ya sea la continuación de un deterioro de su identidad personal, o como una iniciativa tomada por sus allegados por la aparición de una actitud apática o abandono del deseo de vivir.

Hay dos maneras de comprobar donde sitúa una persona mayor su lugar de control, en primer lugar, la autonomía personal es una dimensión de la autoimagen, y conviene observar como esa persona habla de sí misma, a través de sus diálogos se podrá comprobar hasta que punto se da cuenta de que puede tener un control real sobre los acontecimientos de su vida, y que puede obtener de su entorno unas gratificaciones derivadas de los comportamientos o de las características de su personalidad. En segundo lugar, lo que la persona manifiesta de sí misma, puede comprobarse mediante la observación de su comportamiento individual o social.

Pero aunque una persona mayor este con buena salud, el ejercicio de su autonomía puede estar limitado o comprometido si no dispone de recursos esenciales para la satisfacción de sus necesidades básicas.

Marsellach (2001) reconoce que la independencia y el control de uno mismo y del propio ambiente son valores básicos para

la mayoría de los seres humanos. El ser dependiente significa ser débil y vulnerable, no ser capaz de tomar decisiones importantes y estar en lo que comúnmente definen como una posición inferior.

Las personas mayores a menudo intentan manipular a alguien percibido como más fuerte que ellos mismos, con el ánimo de obtener una protección para la tensión y la ansiedad, que les ofrezca satisfacciones y que les ayude a enfrentarse con el ambiente que consideran amenazador. Se han enumerado cuatro tipos de dependencia en el envejecimiento: económica, física, mental y social.

Kastanbaum (1980) expone que esta es la razón de porque la crisis de la jubilación, a nivel más profundo que su dimensión social esconde en realidad una dimensión emocional. Más allá de la definición de las relaciones del individuo con la sociedad, la jubilación implica una redefinición de relaciones consigo mismo, con la familia, con los amigos, entre otros. Pero siempre hace difícil encontrar características genéricas del jubilado. Por lo que, resumiendo, podríamos tomar como rasgos de carácter general en la mayoría de los jubilados los siguientes: desorientación, inconformidad con el cambio de nivel y posibilidades económicas, tristeza ante la evidente marginación, resignación ante las progresivas carencias o

disminuciones fisiológicas, y capacidad de adaptación ante las nuevas situaciones, pero lo que más duele es la falta de aquello que había llenado su vida tanto como su propia familia, y a veces más: su trabajo. Por eso la crisis de la jubilación, sino se soluciona de modo positivo (desvinculación laboral adecuada), desemboca inevitablemente en los dos aspectos más penosos de la vida de los ancianos: el tedio y la soledad.

El tedio puede definirse como un sentimiento de reducción del movimiento del tiempo, una situación que está llamada a resolverse durante toda la vida, en la edad adulta se deben encontrar nuevas soluciones para evitarlo según el propio temperamento, gusto y circunstancia en la que se esté viviendo, siendo especialmente en la jubilación objeto de replanteamiento de las diferentes actividades, actitudes o relaciones que se establezcan.

El tedio es causado por carencia de estímulos adecuados, y cuando el cerebro no está estimulado hace cosas extrañas, incluso a largo plazo puede llegar a las alucinaciones. Uno de los peores castigos que se pueda infringir a una persona es el confinamiento solitario, una persona que se aburre experimenta como un vacío interior y una tristeza sin objetivo concreto que describe a menudo como "el tiempo no pasa a prisa o los días son muy largos".

Por su parte, la jubilación social lleva directamente a la soledad, por el hecho de afectar a su comunidad de experiencias con los miembros de su grupo de pertenencia. El tedio y la soledad son dos dimensiones íntimamente ligadas en la vida de los ancianos, en realidad para escapar del tedio y de la soledad, los ancianos no necesitan solamente meras actividades, estas actividades son verdaderos estímulos cuando para los ancianos pueden significar una forma real de pertenencia social, de participación en la corriente de la vida o de un grupo al que ahora se sienten ligados de acuerdo a sus nuevos hábitos.

Algunos estilos de vida originados a partir de los hábitos establecidos por la jubilación son:

- 1) Estilo "obsesivamente instrumental", las personas jubiladas están orientadas a las tareas comprometidas, e incluso en sus horas de ocio son compulsivamente activas.
- 2) Estilo "instrumental dirigido a los demás", las personas jubiladas ofrecen sus servicios a la satisfacción de la interacción con los demás, encontrándose situaciones de dependencia.
- 3) Estilo "oral receptivo", los jubilados han desarrollado redes de relaciones personales muy íntimas dentro y fuera de su relación laboral que los mantiene en

contacto social, éste estilo suele ser destructivo para aquellas personas que consideraron el trabajo como única fuente de satisfacción personal.

- 4) Estilo "autónomo", son personas jubiladas con características creativas y necesariamente capaces de iniciar la acción y de establecer relaciones cuando son necesarias, por tanto, disfrutan de su desarrollo personal.
- 5) Estilo "autoprotector", personas jubiladas que se protegen constantemente a sí mismas para no establecer ni expresar sus necesidades de dependencia y por tanto, establecen pocas vinculaciones con la vida a través de los años.

Aunado a estos estilos de vida, los tipos de actividades disponibles para el tiempo libre son numerosos, dependiendo del dinero, la salud, la capacidad para moverse y las preferencias personales del individuo (Kalish, 1996).

Finalmente hablar de vejez como comenta Herrera (2002) no es nada fácil si se piensa que en esta etapa se concentra el resultado de la vida que se ha llevado: cómo se ha sentido, cómo se ha pensado, como se ha actuado, en suma cómo se ha vivido, además de pensar en la cercanía de la muerte como una realidad inevitable. Este estilo de vivir tendría que

implicar necesariamente un proyecto de muerte, ya sea que nos quede claro o no, el proceso de vivir no puede ser separado del morir, y el momento de enfrentarlo será un golpe emocional, social, económico y físico, debido a que se ha enseñado a negar la muerte y reconocerla como la aniquilación y pérdida de todo.

Para hablar de los ancianos es necesario pensarlo como el resultado de un sistema histórico, social, alimenticio, emocional, sexual, amoroso y cultural, que nos remite necesariamente al concepto de la vida, pero también a los hechos de esa vida. Cuando lo planteamos así surgen las preguntas sobre la vida del anciano: ¿Cómo fue su vida cotidiana hasta llegar hasta aquí?, ¿por qué unos llegan en mejor estado que otros?, ¿con quién hicieron su vida?, ¿qué elementos influyen para que unos ancianos vivan con familiares, otros en instituciones y algunos sean indigentes? Y ¿cómo resolvieron sus conflictos?

Consideramos que si uno se siente joven en su interior no tiene que creer que envejece porque cumple años y la sociedad ya no lo necesita, muy al contrario tiene que aprovechar la oportunidad después de haber laborado por muchos años para poder hacer todo aquello que por falta de tiempo no han podido hacer a lo largo de su vida, ahora que todavía cuentan con fuerzas tanto físicas como mentales.

Es importante no perder de vista que las dimensiones de la jubilación abarcan diferentes significados para cada personas, destacando tres rubros generales, el primero considerado como el negativo, que implica una reducción en el salario, la necesidad de adaptarse a un nuevo rol, la pérdida de contactos sociales informales, la pérdida de una base para la identificación personal y el sentido de lo significativo. El segundo, considerado como el aspecto positivo, el cual abarca mayor libertad y estar abierto a innumerables opciones, incluyendo la oportunidad para realizar nuevos proyectos. Y un tercero sería, tratar de rescatar el verdadero significado de la palabra jubilación, como la menciona De Guzmán (2000) viene del latín jubilo, jubilare que significa alegría y gozo por el trabajo realizado, y dejar a un lado el sentimiento de pérdida, así como apartar o arrinconar a la persona jubilada como un objeto inservible y fuera de uso, por lo que hace falta remplazar la exclusión social de las personas mayores por una adecuación de su participación en la vida de la sociedad tomando en cuenta sus conocimientos y habilidades sean físicas, mentales o sociales.

Sería preciso mencionar ahora, que las habilidades sociales presentes en un evento de la vida como la jubilación, implica desde las habilidades básicas hasta las socialmente

competentes, debido a que la persona jubilada enfrentará situaciones que impliquen presentarse, iniciar o mantener una conversación, escuchar, pedir ayuda, seguir o dar instrucciones; otras situaciones implicarán la toma de decisiones en diferentes aspectos considerables difíciles por las consecuencias que se puedan generar y estén implicadas con la reevaluación de metas, valores y objetivos, adaptación a la realidad y cambios de la vida; el afrontar y resolver problemas o recoger información, generalmente se convierte en una bomba de tiempo, ya que se hayan involucradas diferentes personas, familiares, lugares, el aspecto económico y la salud, sin embargo hay que considerar que si estos no son resueltos de manera inmediata o de una forma inadecuada de acuerdo y probablemente alejamiento de las personas que lo rodean, originando soledad, situación que por medio de la interacción con otros (socialización), implicará las habilidades relacionadas con la expresión de sentimientos, alternativas a la agresión o estrés, toma de iniciativa, comprensión, confianza básica, enfrentarse con el enfado del otro, dar las gracias, correulación, autocomprensión, automanejo y conducta prosocial, entre otras, que facilitarán extender las relaciones sociales a las diferentes áreas que rodean a la persona jubilada, como los vecinos, los amigos, los clubs, la iglesia y los mismos familiares.

Ambientes que necesariamente requerirán de la restructuración de ideas, actitudes y expectativas, que faciliten la inserción de la persona en los diferentes espacios mencionados. Por tanto, la jubilación tiene más éxito cuando se basa en el ajuste del individuo a la nueva situación vital, utilizando el tiempo libre constructivo útil para realizar un sin fin de cosas que no se llevaron a cabo por falta de tiempo y ahora se puede practicar.

2.6 La mujer en la jubilación.

La jubilación se ha visto tradicionalmente como un problema para los hombres. Para las mujeres, aun para aquellas que se encuentran en el mercado laboral, los roles relacionados con la familia han sido principal fuente de identidad. Hay una percepción de que las mujeres que trabajan, lo hacen por dinero "extra" y no por otras razones fundamentales, por lo que hay muy pocos datos sobre el efecto de la jubilación en las mujeres. Por ende este tema fue ignorado debido a que la principal orientación de las mujeres era la casa y la familia, en lugar del trabajo. Sin embargo, con el aumento de la participación de las mujeres en la fuerza laboral ha surgido un interés por estudiar sistemáticamente a la jubilación relacionada con mujeres.

Aunque algunas personas opinan que el rol de trabajador es de menor importancia para las mujeres que para los hombres, diversos estudios han encontrado que las mujeres jubiladas reportan más dificultades para adaptarse a la jubilación que los hombres, de igual manera se ha visto que las mujeres jubiladas tienen mayor número de problemas de salud mental que las mujeres que trabajan o que son amas de casa (Buendía, 1994).

En un estudio realizado por Midanik, L. (1995, citado en Villa Carrandi, 2005) en una comunidad de jubilados en una ciudad industrial importante, se obtuvieron diversos resultados relacionados con el ambiente social de las mujeres jubiladas; el tiempo libre no se percibe como un recurso a largo plazo, es decir perciben que les queda un tiempo limitado, sin embargo esta percepción parece que no afecta el que disfruten de sus actividades de tiempo libre o que disminuya su curiosidad por el mundo que les rodea, otro de los aspectos que se mencionan es el sentimiento de pérdida, que implica no solo la pérdida de los miembros de su familia, sino también de la salud física y mental, de recursos financieros, dependencia de otros para su manutención y cuidado, la pérdida de sus objetos queridos y familiares que han recolectado a través de los años.

Por lo general siempre hubo cosas que las mujeres jubiladas siempre quisieron hacer y ahora en esta nueva etapa de vida deciden realizar, sin embargo otra preocupación que se presenta, es en relación con el futuro, pues las mujeres se preguntan que será de ellas cuando sean incapaces de cuidar de sí mismas. Alguno de los miedos que se presentan en este estudio son: miedo a vivir en un asilo de ancianos, el miedo a como se mantendrían si tuvieran alguna incapacidad y el miedo a adquirir alguna incapacidad mental. "finalmente una área que es de suma importancia es la soledad de las mujeres jubiladas, ya que es importante para aquellas personas que al jubilarse viven solas y que tienen contactos infrecuentes con amigos y miembros de la familia."

La familia y la jubilación

La experiencia de la jubilación está relacionada con las experiencias pasadas y presentes del individuo en otras áreas de la vida, y afectan las redes y relaciones sociales, entre ellas la unión con los miembros de la familia. Las circunstancias maritales y familiares pueden afectar la jubilación de uno o ambos esposos, su transición y su adaptación.

El género y la familia esta relacionado con la jubilación, además de que la presencia de la familia aumenta las percepciones de los beneficios en la jubilación, la

oportunidad de realizar labores del hogar, más tiempo para dedicarlo a los hijos y nietos y para establecer redes sociales. Las personas casadas perciben mayores beneficios en la jubilación que las solteras, asimismo la proximidad de los hijos está relacionada con satisfacciones especialmente para las mujeres.

La transición a la jubilación consiste en una reorganización de los roles del trabajo y de la familia. Las personas se enfrentan a la jubilación con una historia familiar y laboral que repercute en la toma de decisiones en los últimos años.

2.7 Situación actual de la Jubilación en México.

Moragas (1991), expone que a fines del siglo XIX aparecen las primeras regulaciones sobre edad de jubilación, fijada inicialmente en setenta años y progresivamente disminuida. Actualmente la Ley de la Función Pública y Privada ha establecido al edad de la jubilación para los funcionarios en sesenta y cinco años, además induce de diversas formas a los empleados a que se jubilen anticipadamente con: prestaciones adicionales o dificultándoles su permanencia en la empresa por diferentes medios: congelación salarial, traslado de puesto de trabajo o desplazamiento geográfico. Por estos motivos, explica que la

ancianidad se ve especialmente afectada por las limitaciones del trabajo existente, por estereotipos sobre su capacidad laboral y por la definición clásica del trabajo como obligación de la que se jubilan los humanos. El significado moderno de trabajo industrial lo considera incompatible con la ancianidad, debido a dos realidades opuestas o al menos difícilmente compatibles:

Trabajo: rol activo, productivo, generador de renta, exigencias físicas, psíquicas y sociales, ritmo intenso, obligación, carga y responsabilidades.

Ancianidad: rol pasivo, no productivo, receptora de pensión, poca aptitud física y psíquica, ritmo vital lento, exención de obligaciones y responsabilidades.

La incorporación y el cese en el trabajo clasifica a la población en dos categorías económicas: activa o pasiva, según contribuyan o no directamente a la producción de bienes y servicios. La población activa la forman los trabajadores en los diferentes sectores económicos generando los recursos necesarios para ellos y para la población pasiva. La población pasiva la componen los que aun no se han incorporado al trabajo productivo: niños y adolescentes y aquellos que han dejado de trabajar por cualquier causa establecida por las leyes.

Trueba & Trueba (2002) especifica en la ley Federal del Trabajo que:

“La jubilación constituye una compensación a los esfuerzos desarrollados durante determinado tiempo por el trabajador, en beneficio de la empresa, una vez llenados los requisitos contractuales, el derecho a ella pasa a formar parte del patrimonio del trabajador, mientras subsista, tal derecho debe juzgarse imprescriptible.

La jubilación constituye la obligación que merced a lo estipulado en un contrato adquieren los patronos para seguir satisfaciendo sus salarios a los trabajadores que les han servido durante los lapsos que se estipulen en tales contratos, salarios que deben entenderse como una compensación por el desgaste orgánico sufrido a través de los años por tales trabajadores; así mismo, debe comprender la incapacidad que a los mismos les ha producido el transcurso del tiempo y satisfechas las condiciones establecidas por tal contrato, el trabajador adquiere el derecho de que se le paguen las pensiones relativas precisamente conforme a lo pactado, pasando a formar parte de su patrimonio el derecho de percibir las; y a la vez los patronos adquieren la obligación de cubrírse las.

La jubilación es una presentación que no encuentra su origen en la Ley Federal del Trabajo, sino en las cláusulas

relativas de algunos de los contratos colectivos de trabajo para fijar las bases de una pensión. Moragas (1991) explica que la jubilación define legal y convencionalmente la entrada en la ancianidad, que socialmente ha considerado el rol del jubilado como un rol sin rol, la mayoría de los trabajadores se acostaban como miembros de la población activa y se despertaban como jubilados, por el hecho de cumplir sesenta y cinco años. Algunas variedades de la jubilación, son:

- 1- Prejubilación. Fase en la que los trabajadores contemplan la posibilidad de que jubilarse sea un evento remoto o próximo, la prejubilación remota se inicia dos décadas antes para preparar los planes económicos complementarios de la seguridad social obligatoria y afecta a las personas de ingresos medios elevados que pueden y quieren ahorrar para su futuro. La prejubilación próxima comprende cinco o menos años, se refiere, a los cálculos económicos, al conjunto de actividades, intereses y ocupaciones que permitirán al jubilado pasar sus restantes años como una persona plena y no sólo como un consumidor pasivo; las experiencias individuales no tienen por qué ser semejantes.
- 2- Preparación para la jubilación. Es la participación en programas de preparación, que introducen un esquema lógico de posibles problemas con los que todo jubilado

va a enfrentarse y le ofrecen técnicas para superarlos. Las áreas que se tratan son economía, salud, derechos del jubilado, equilibrio personal, actividades diversas, relaciones sociales y personales. Estos programas entrenan a las personas para desenvolverse con mayor independencia económica, individual y social. Se recomienda que participen las esposas o personas relevantes en la adaptación del jubilado a su nuevo status y que las sesiones sean tanto informativas como de grupos de discusión. Trueba & Trueba (2002) mencionan que en la Legislación Federal del Trabajo Burocrática, en el apartado de sueldos, cuotas pensionarias y cotizaciones, se encuentra estipulado el derecho del trabajador a esta preparación prejubilatoria:

a. **Artículo 33.** El instituto, a través de sus áreas correspondientes, formulará, coordinará y supervisará el Programa de Servicios Integrales de Retiro, que tendrá por objeto:

- i. Preparar y orientar al servidor público próximo a pensionarse, y
- ii. Ofrecer a los pensionistas actividades ocupacionales, culturales y recreativas.

3- Luna de miel. El individuo posee motivación para examinarla, se adoptan dos alternativas como todas las

variantes intermedias: 1) ocupación-actividad, donde hay supuestos suficientes de salud y dinero, el individuo emprende con ilusión una serie de actividades que el trabajo lo había impedido realizar; o 2) descanso-tranquilidad, constituye una reacción del jubilado el cual desea "no hacer nada" y disfrutar de todo el descanso del que no pudo disponer en su trabajo.

4- Estabilización. Son actividades rutinarias, algunos jubilados se mantienen en la fase de descanso-tranquilidad hasta el fin de sus días, pero la mayoría busca una cierta rutina con una variedad de actividades u obligaciones que se impone o le imponen. No existen reglas sobre qué actividades pueden dar respuesta a su necesidad de ocupación, de responsabilidad y de reconocimiento de su status social, pues la variedad de posibilidades resulta ilimitada, teniendo en cuenta la diversidad individual, familiar y la multitud de actividades que puede emprender.

5- Desencanto-reorientación. Algunos jubilados no pueden encontrar actividades rutinarias satisfactorias y pasan por una etapa de desencanto que en ciertos casos puede llevar a la depresión. Las esperanzas sobre la jubilación y sus ventajas no se cumplen y las personas se sienten enfadadas por la sociedad a la que han

entregado su vida laboral. El desencanto resulta más difícil de combatir cuando existe un hecho negativo que lo alimenta: la invalidez, pérdida de salud, pensión insuficiente, muerte del cónyuge, por mencionar algunas. El desencanto requiere una reorientación, semejante a la de actividades rutinarias, en la misma se establecen fines realistas para el período, teniendo en cuenta los recursos de todo tipo, económicos, de salud, de relaciones, familiares, sociales, emocionales y culturales. En esta fase se descubren con frecuencia los clubs, hogares de jubilados anteriormente ignorados.

6- Dependencia. Afecta sólo a un pequeño porcentaje del total de ancianos e implica pasar del estatus de jubilado sano e independiente al de personas con limitaciones que necesita ayuda. Termina en algunos casos con la invalidez, incapacidad física, dependencia o cualquier hecho que impida al jubilado una situación independiente. El internamiento permanente en instituciones de asistencia social supone la última etapa de la dependencia y la renuncia a la libertad personal de la toma de decisiones.

Moragas (1991) explica que el proceso general es: antes, mientras se toma la decisión y se consideran otras

alternativas, y después, cuando se asume el rol de jubilado. Es importante remarcar que el autor considera el antes y después de la jubilación como momentos que marcarán la vida del trabajador, con respecto, al momento "durante la jubilación" explica que no existe como tal, debido a que la personas vive este momento de trámites como algo administrativo, ya que se siente ocupado realizando "encomiendas legales" para su beneficio, y por tanto, solo se da cuenta de que trabajó "x" años, y que ya no lo hará más cuando se le entrega su tarjeta de jubilado.

Por otro lado, Moragas (1991) considera que "la mujer nunca se jubila" al dejar la población activa, sus responsabilidades domésticas absorben tiempo dedicado a actividades fuera del hogar y su tiempo sigue tan ocupado como antes, este trabajo parece defenderla de los efectos adversos de la jubilación, ya que nunca deja de tener un "rol sin rol".

Los efectos de la jubilación en la mayoría de las mujeres son escasos, pues lo que hace es cambiar una serie de actividades por otras que siempre había realizado, pero para las que dispone de mayor tiempo; su trabajo nunca puede finalizar, pues diariamente se renuevan sus obligaciones. Las dificultades más importantes para la mujer no son las de su propia jubilación, sino las de la jubilación del marido,

debido a que resulta difícil acostumbrarse a que ocupe más espacio y reordenar los ritmos diarios del hogar. De ahí la importancia de que las mujeres asistan a los programas de preparación para la jubilación de los maridos, ya que la jubilación es asunto de dos y si uno de ellos no está preparado para los cambios reales de ritmo y relaciones, se incrementa el riesgo de encontrar dificultades en la nueva convivencia (Moragas, 1991).

Por otra parte, en aquellas mujeres que han permanecido solteras, su estado emocional tiende a ser variable, generalmente se verán envueltas en su trabajo la mayor parte del tiempo sin la intención de jubilarse o tratan de conseguir otras actividades relacionadas con su profesión que las mantenga ocupadas, en ocasiones sustituyen la compañía por animales, hermanos o sobrinos en caso de haber. En las mujeres divorciadas con o sin hijos, su estado emocional dependerá de la manera en que afrontó el proceso de divorcio, en ocasiones su carácter es estricto con los hijos y compañeros de trabajo, generalmente se involucra en actividades como parte fundamental de superación personal, la jubilación es una opción que desean postergar para seguir manteniendo estabilidad en su economía; las mujeres que enviudaron a temprana edad tienen a buscar una nueva pareja, trabajo y se preocupan por el futuro de sus hijos, aquellas

que enviudaron en la adultez tardía, se enfrentan a discusiones con los hijos o parientes sobre sus actividades y relaciones sociales, en sí, tienden a enfrentar los mismos problemas que el hombre en estas circunstancias.

Capítulo 3

Calidad de vida.

La calidad de vida es un concepto especialmente evaluador o valorativo, capaz de abarcar muchos fenómenos y, al ser tan amplio se vuelve un conocimiento complejo y estudiado por muchos profesionistas. Las formas para medir la calidad de vida son muy diversas, como también son diversas sus dimensiones teóricas, por lo que su estudio requiere de un enfoque multidimensional y multidisciplinario (Yanguas, 2006).

Al hablar de "calidad de vida" nos enfrentamos a:

El concepto de "bienestar" es usado como sinónimo de calidad de vida, este representa un término multidimensional de las políticas que significa tener buenas condiciones de vida "objetivas" y un alto grado de bienestar "subjetivo" donde también se incluye la satisfacción colectiva de necesidades a través de políticas sociales en adición a la satisfacción individual de necesidades.

El concepto de bienestar es la cualidad de obtener satisfacción a través del disfrute de los recursos disponibles y no solo su mera posesión p.e. materiales, ambientales, relacionales.

3.1 Antecedentes.

El término calidad de vida fue introducido durante la década de los 50's y 60's, empieza a utilizarse en debates políticos referentes al medio ambiente y a las condiciones de la vida urbana terminando así en principio como un lema político, inicialmente la idea era para poblaciones enteras. Mientras que en los años setentas ocurrieron cambios y el término ya se utilizó de forma individual. (Mendoza-Núñez, V. M., Martínez-Maldonado, M. L., & Vargas-Guadarrama, L. A. (2004). Se despierta gran interés por conocer el bienestar humano y las consecuencias o el impacto de la industrialización en la sociedad, por ello surge la necesidad de contar con indicadores para hacer mediciones objetivas.

Desde las Ciencias Sociales se inicia el desarrollo de los indicadores sociales y estadísticos que permitieron medir datos y hechos vinculados al bienestar social de una población. Estos indicadores tuvieron su propia evolución, haciendo en un primer momento, referencia a las condiciones objetivas, de tipo económico y social, y en un segundo momento contempla elementos subjetivos (Montes 2006).

La Organización Mundial de la Salud (OMS), consideraba a la calidad de vida, como un concepto muy amplio que está influido de modo complejo por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones

sociales, así como su relación con los elementos esenciales de su entorno (Barranco, 2007).

Velarde-Jurado (2002) señala que cada uno de los dominios (físico, mental o social) que conforman el término calidad de vida, pueden ser medidos en dos dimensiones; la primera compuesta por una evaluación objetiva de la salud funcional y la segunda, *por una percepción subjetiva de la salud*.

En los últimos 10 años las investigaciones de calidad de vida, han ido aumentando progresivamente en diferentes campos tanto como profesionales como científicos y se han centrado en aspectos de diagnóstico, tratamiento y calidad de atención. Ejemplo de ello, es en las ciencias de la salud, en donde el concepto es empleado como un modo para referirse a la percepción que tiene el paciente de los efectos de una determinada enfermedad o de la aplicación de cierto tratamiento o intervención, especialmente de las consecuencias que provoca sobre su bienestar físico, emocional y social, y se enfoca fundamentalmente en la mejora de la calidad de vida de la persona (Montes, 2006).

Aunque de acuerdo con Peña (2009), este inicialmente se empezó a utilizar en los años 60's., como reacción a los criterios economistas y de calidad que regían en los informes sociales. Sin embargo, la evolución temporal de dicho

constructo, se ha caracterizado por su continua ampliación, lo que ha traído como consecuencia la complejidad del mismo.

3.2 Concepto de calidad de vida.

La calidad de vida, es un concepto holístico, es decir, incluye todos los aspectos de la vida que están interrelacionados, de tal manera que cuando una persona se encuentra mal físicamente o está enferma, esto repercute en los aspectos afectivos o psicológicos y sociales, existiendo por lo tanto interdependencia entre ellos. La calidad de vida resulta una combinación de factores objetivos, que dependen del ser humano (aprovechamiento de potencialidades, nivel de inteligencia, situación emocional y utilización de estos) y de los sucesos externos (económicos, sociales, psicológicos y políticos) que interactúan con el individuo. Lo subjetivo viene dado por el grado de las realizaciones de sus aspiraciones personales, por la percepción que él y la población tenga de sus condiciones globales de vida, traduciéndose en sentimientos positivos o negativos (Yanguas, 2006).

Antes de mencionar una definición de calidad de vida, se considera útil perfilar algunas cuestiones o ideas clave

sobre este concepto (Cummins, 1997, 1999. Citado en Yanguas, 2006).

- La calidad de vida es un concepto multidimensional y generalmente se considera que comprende componentes tanto objetivos como subjetivos.
- Generalmente se está de acuerdo en que la calidad de vida comprende un número diverso de ámbitos de la vida, aunque existía todavía alguna discrepancia acerca del número real y las características de tales ámbitos.
- La calidad de vida debe reflejar las normas culturales de bienestar objetivo.
- Dentro de la dimensión subjetiva, las personas otorgan un peso específico diferente a los distintos ámbitos de su vida. Es decir, algunos ámbitos son considerados más importantes para algunos individuos que para otros.
- Cualquier definición de calidad de vida debe ser aplicable por igual a todas las personas, cualesquiera que sean sus circunstancias vitales.

Dentro de algún número de definiciones que se tienen sobre dicho concepto, se encuentra el dado por la Organización Mundial de la Salud (OMS), en el año de 1966, donde definía la calidad de vida; como la percepción que tiene el individuo sobre su posición en la vida dentro del contexto cultural y

del sistema de valores en el que vive, esto con relación a sus objetivos, expectativas, y a sus intereses. El término es complejo por englobar aspectos como la salud física, el estado psicológico, el nivel de independencia, las relaciones sociales, las creencias personales y las relaciones del individuo con su entorno (Gómez, 2009).

Mientras que en Castellón, (2003) se menciona que la calidad de vida, día con día va adquiriendo gran importancia en la mayoría de las sociedades; y constituye un referente primordial en áreas como la Gerontología, y la misma Psicología, sobre todo la aplicada a la salud, pero también en la planificación de las políticas socio sanitarias de un país.

Aunque en ocasiones el concepto de calidad de vida se ha confundido con el de nivel de vida y simplemente se reduce a indicadores, a porcentajes y a estadísticas de cómo vive la gente y la satisfacción que tiene de sus necesidades básicas. La cual se mide en términos físicos, como son: la vivienda, los servicios públicos, el área construida, tipo de materiales, etc.

Pero también puede observarse su uso en los estudios de pobreza, para medir los índices de la desnutrición, del consumo, de la educación, de la producción laboral, de las condiciones sanitarias y de las precarias condiciones

habitacionales (como indicadores de la dimensión objetiva de la calidad de vida).

Por otra parte, en Oblitas (2004) se menciona, que el concepto de calidad de vida en sus primeras definiciones también se refería al cuidado de la salud personal, a la higiene pública, a los derechos humanos, laborales, y a la capacidad de acceso a los bienes económicos, para después terminar siendo un concepto donde se marca la preocupación por la experiencia de la persona, sobre su vida social, la actividad cotidiana, así como de su propia salud.

Más recientemente se hace referencia a la evaluación objetiva y subjetiva de elementos como; la salud, la alimentación, educación, trabajo, vivienda, seguridad social, vestido, ocio y derechos humanos. Aunque puede definirse como una medida en el bienestar físico, mental y psicológico, tal y como lo percibe el propio individuo.

Mientras que, Fernández-Ballesteros (2000), ha planteado en diversas investigaciones de calidad de vida, la importancia de la multidimensionalidad de este concepto, e incluye aspectos como, la salud, habilidades funcionales, relaciones sociales, actividades de ocio y satisfacción, el apoyo social, las condiciones económicas, los servicios de salud y sociales, así como la calidad del ambiente y los aspectos culturales.

En lo relativo a las características de la calidad de vida Oliveros, Oliveros y Cid (2003) mencionan que en general, podemos expresarlas a partir de su conceptualización.

- Concepto subjetivo. Cada ser humano tiene su propio concepto sobre la vida y sobre la calidad de vida, la felicidad.
- Concepto universal. Las dimensiones de la calidad de vida son valores comunes en las diversas culturas.
- Concepto holístico. La calidad de vida incluye todos los aspectos de vida, repartidos en las tres dimensiones de la calidad de vida, según explica el modelo biopsicosocial. El ser humano es un todo.
- Concepto dinámico. Dentro de cada persona, la calidad de vida cambia en periodos cortos de tiempo: unas veces somos más felices y otras menos.
- Interdependencia. Los aspectos o dimensiones de la vida están interrelacionados, de tal manera que cuando una persona se encuentra mal físicamente o está enferma, le repercute en los aspectos afectivos o psicológicos y sociales.

Como ya se mencionó, otro elemento de consenso sobre el concepto de calidad de vida es su condición de concepto multidimensional, lo que implica que, así como se consideran

factores personales (la salud, las actividades de ocio, la satisfacción con la vida, las relaciones sociales y las habilidades funcionales) también se habrá de considerar factores socio ambientales, o externos, ya que la salud está íntimamente asociada con los servicios sociales existentes y disponibles, las actividades de ocio con la calidad del ambiente, la satisfacción con los factores culturales, las relaciones sociales con el apoyo social y las habilidades funcionales con las condiciones económicas de las personas mayores (Ballesteros, 1993).

En tanto que Sánchez-Sosa y González-Celis (2004), mencionan que aun cuando los avances tecnológicos en la Medicina han propiciado un aumento de la esperanza de vida en los individuos, la calidad con que se viven estos años no necesariamente mejora, sobre todo en las personas que sufren alguna enfermedad crónica, por implicarles principalmente deterioro y limitaciones en su vida y accionar cotidiano. Por lo que la calidad de vida la asocian a factores especiales del funcionamiento y de bienestar humano, de naturaleza eminente de índole psicológico, como lo son la salud psicológica o mental, el éxito en el trabajo o en la escuela, las relaciones que se tienen con la pareja, con los familiares y con los amigos, así como la realización personal y a los estilos de vida saludables.

Sin duda esta concepción hace evidente uno de los aspectos ya anteriormente destacados, como es el aspecto de las enfermedades crónicas, cuya incidencia y prevalencia ya no es sólo de los llamados países desarrollados, sino también de aquellos en pleno desarrollo como lo es México, donde el incremento de adultos mayores trae emparejando igualmente un incremento en estas patologías.

Ante la perspectiva, el concepto toma aun mayor relevancia, al ser la salud un factor básico y de bienestar para que las personas mayores puedan seguir siendo activas y plenas, tanto intelectual, emocional como socialmente.

Por lo que conforme las personas llegan a la vejez, se ven expuestas al riesgo de desarrollar enfermedades crónicas degenerativas, lo que a su vez se traducirá en una discapacidad, y en una decadente calidad en su vida.

Por tal motivo, Schwartzmann (2003) menciona que ya en la última década del siglo pasado, se empezó a estudiar la calidad de vida relacionada con la salud. Lo cual ha logrado tener la atención de gran número de investigadores, para intentar dar respuesta de manera científica, a la necesidad de incluir en las evaluaciones de salud *"la percepción del individuo con respecto de su propio bienestar"*.

De manera tradicional, la Medicina ha considerado sólo válidas las observaciones objetivas del equipo médico. Más

ahora con el tiempo, han tomado mayor importancia los datos provenientes del paciente (los datos subjetivos), lo que implica sus sentimientos y percepción de su propio bienestar o malestar y de su estilo de vida, aspecto este en gran medida un determinante para favorecer o no, algunas enfermedades en la actualidad.

El estilo de vida es un concepto sociocultural producto de factores personales, ambientales y sociales, donde se ven incorporados los comportamientos, las actitudes, los hábitos y las circunstancias de la vida, e inclusive llegar a ser una filosofía de vida.

Este se referirá al patrón de comportamientos, de actitudes, valores y creencias de los individuos, al interactuar con su medio y el mundo en que viven, y que tendrán influencia con la salud de los mismos (Campos, 2009).

Mucho se ha enfatizado que la longevidad, y la calidad de vida de los individuos dependen principalmente de lo biológico, del estilo de vida y del contexto ambiental donde resida. Sin embargo, con lo que respecta a cada uno de estos, el estilo de vida tiene un 51% en promedio de las 10 principales causas de mortalidad en la población, en tanto que lo biológico es responsable en un 20%, al igual que lo ambiental con el 20%, mientras que los servicios de atención lo son del 9% (Reig, Cabrero & Richard, 1996).

Por esta razón, la importancia de profundizar en el tema sobre la calidad de vida en la tercera edad, se considera que se debe atender como un problema primario y por tanto se debe dar una atención primaria en la salud. (Yanguas, 2006).

Los estudios sobre vejez y calidad de vida han presentado especial atención en investigar la influencia de tratamientos en enfermedades crónico degenerativas y de otros factores como la hospitalización prolongada, en los niveles de calidad de vida (Montes, 2006).

Desde la óptica de la Medicina Conductual y la Psicología de la Salud, la calidad de vida denota la forma de responder del individuo ante situaciones cotidianas. Y al verse afectada, repercute en el trabajo, autonomía, relaciones sociales y ocio (Moreno & Ximénez, 1996).

Es importante mencionar que las expectativas de salud, el soporte social, la autoestima y la habilidad para competir con limitaciones y discapacidades, varía de persona a persona. Así tendremos que dos personas con "aparentemente" el mismo estado de salud tendrán percepciones distintas de su calidad de vida (Velarde-Jurado, 2002).

Ahora bien cuando una persona adulta mayor no está sana desde el punto de vista gerontológico, las limitaciones que presenta son indicadores para determinar los niveles de

calidad de vida (Barrantes-Monge, M., García-Mayo, E. Gutiérrez-Robledo, L., Miguel-Jaimes, A., 2007).

La salud en cada una de las esferas que componen al individuo es un elemento fundamental para el desempeño de cualquier actividad, por lo que su pérdida o disminución altera el funcionamiento cotidiano de quien presenta dicha situación, y que compromete su calidad de vida (Moreno & Ximénez, 1996).

3.3 Modelos de calidad de vida.

Existen diferentes marcos de trabajo y propuestas teóricas en la investigación de calidad de vida. La mayoría de estos modelos consideran la calidad de vida desde una perspectiva global en lo que se refiere a la variable edad, sin prestar especial atención al grupo de personas mayores. Sólo algunos de estos modelos han intentado ser aplicados en el campo de la Gerontología. Diener (1984), ha destacado los aspectos subjetivos y personales, como es la cultura, la separación de aspectos cognitivos y afectivos. Se muestra primero una revisión general de los modelos existentes para pasar luego a los que han sido aplicados en personas mayores. La teoría de arriba-abajo y abajo-arriba, considera que la persona reflexiona sobre las situaciones satisfactorias e insatisfactorias de acuerdo a su situación. Por lo que no es

la situación en sí misma la que provocaría satisfacción, sino la evaluación personal de ésta.

El enfoque multidimensional hace referencia a que el concepto incluye factores subjetivos y objetivos. Ello implica que habrá que contemplar factores tanto personales (salud, autonomía, satisfacción que ésta experimenta y otros), como socio ambientales o condiciones de vida (redes de apoyo, servicios sociales y otros) (National Research Council, 2001; Palomba, 2002).

Como se ha mencionado anteriormente la calidad de vida es multifactorial por lo que puede verse influida por la situación que presente una persona ante condiciones internas y externas.

Ahora bien, debido a que la esfera física, la situación psicológica y social se interrelacionan, se parte del supuesto que la autoestima y la percepción de calidad de vida de las personas viejas se influirá por dicha funcionalidad biopsicosocial.

Modelo ecológico de Lawton

Se trata de una de las más fructíferas aportaciones, que explica el comportamiento adaptativo y el afecto positivo como resultantes del acoplamiento entre el grado de competencia y el grado de presión ambiental. Propone una definición de calidad de vida como juicio subjetivo y

valoración multidimensional con base a criterios intrapersonales y sacionormativos, del sistema persona-ambiente del individuo, en relación con el tiempo anterior, actual y futuro, y la mide a través de cuatro áreas: competencia comportamental, calidad de vida percibida, ambiente objetivo y satisfacción/bienestar global.

Modelos comportamentales

La calidad de vida también ha sido conceptualizada de manera comportamental (Kaplan, 1994; Csikszentmihalyi, 1998; Reig, 2000, citado en Yanguas, 2006), defendiendo que la calidad de vida no depende sólo del bienestar psicológico o de la satisfacción, sino también, y sobre todo, de lo que uno hace para vivir una vida de calidad. Desde esta perspectiva, lo que hacemos y cómo experimentamos lo que hacemos (la calidad de nuestra experiencia) pasa a ser el objeto de estudio de la calidad de vida.

La calidad de vida desde este posicionamiento comportamental pasa a ser: hacer las cosas que tenemos, queremos o podemos hacer. La salud, las creencias positivas o las existenciales, los recursos materiales, las habilidades sociales o el apoyo social, van a ser importantes aunque no determinantes para una vida de calidad. Estas variables serían recursos para una vida de cantidad y de calidad. (Reig, 2000).

3.4 Calidad de vida relacionada con la salud

Modelos de bienestar

La felicidad, el bienestar psicológico o material y la salud apoyan poderosamente la posibilidad de vivir una vida de calidad (Diener, Suh, Lucas y Smith, 1999). La personalidad parece desempeñar un papel importante como compendio de nuestra manera habitual de ser, actuar, sentir y pensar, tanto en la cantidad como en la calidad de vida (Barefoot, Maynard, Beckman, Brummelt, Hooker y Siegler, 1998, citado en Yanguas, 2006).

Según el modelo de satisfacción desarrollado por Lehman, Ward y Linn (1982) y por Baker e Intagliata (1982), la calidad de vida incluye tres aspectos: características personales, condiciones objetivas de vida en varios aspectos de la vida y satisfacción con las condiciones de vida en dichos aspectos (Lehman, 1988, citado en Yanguas, 2006). El modelo se basa en la suposición de que el nivel de calidad de vida experimentado por un individuo depende de si sus condiciones reales de vida satisfacen sus necesidades, carencias y deseos, por lo que si una persona tiene un alto grado de satisfacción en un aspecto concreto de la vida, pueden existir al menos tres interpretaciones distintas (Angermeyer y Kilian, 2000): a) una coincidencia entre lo que se desea y lo que se consigue en ese ámbito en particular; b) ser el

resultado de que ese aspecto de la vida tenga tan poca importancia para el sujeto que su satisfacción no se vea afectada por las condiciones objetivas, y c) que el sujeto hubiera adaptado sus carencias y deseos a las oportunidades percibidas, con lo que en este caso la aparente satisfacción sería, en realidad, resignación.

Un avance respecto a este modelo fue el modelo de importancia/satisfacción de Becker, Diamond y Sainfort (1993, citado en Yanguas, 2006). Estos autores incorporan la satisfacción subjetiva del paciente y una valoración de la importancia que un ámbito determinado de la vida tiene para él.

En tanto la gente difiera en sus valores y preferencias individuales, las condiciones objetivas de aspectos concretos de la vida también afectarán su calidad de vida subjetiva de diferentes maneras. Sin una valoración de la importancia que un ámbito específico de la vida o una parte de él supone para el paciente, será imposible explicar por qué individuos que viven en condiciones totalmente distintas expresan el mismo grado de satisfacción (Angermeyer y Kilian, 2000). Aunque este modelo hace hincapié en el significado de los valores y las preferencias individuales, no considera el carácter dinámico de estas actitudes. A partir de investigaciones en el área de la disonancia cognitiva, se sabe que las personas

pueden y consienten cambiar sus valores y preferencias ante la presión ambiental. Por tanto, no puede excluirse la posibilidad de que una escasa importancia en un aspecto de la vida, como puede mencionar un paciente durante una entrevista sobre calidad de vida, represente de hecho una adaptación resignada a sus condiciones de vida deprimidas (Angermeyer y Kilian, 2000).

Modelo de desempeño de rol

En contraste con enfoques anteriores, el modelo de desempeño de rol (Bigelow, Brodsky, Stewart y Olsen, 1982, citado en Yanguas, 2006) de calidad de vida se basa explícitamente en la teoría de que la felicidad y la satisfacción están relacionadas con las condiciones sociales y ambientales necesarias para satisfacer las necesidades humanas básicas. Según el autor, el ambiente consiste en las oportunidades a través de las cuales el individuo puede satisfacer sus necesidades. Estas oportunidades son tanto materiales como (y más importantes) sociales. Debido a esta relación entre las oportunidades ambientales y las demandas, el grado en que un individuo puede satisfacer sus necesidades depende de sus capacidades cognitivas, afectivas, conductuales y perceptivas para cumplir los requisitos de los distintos roles sociales. Con la incorporación de la teoría del rol en el concepto de calidad de vida, Bigelow y Cols. aumentaron la comprensión

teórica de la asociación entre bienestar subjetivo y condiciones ambientales.

En este sentido, en la teoría del rol como concepto de calidad de vida parece necesario incluir las necesidades relativas al proceso patológico en los enfermos y el grado en que estas necesidades específicas pueden ser satisfechas o no, mediante la interpretación convencional del rol en este concepto (Angermeyer y Kilian, 2000). Además, parece importante evaluar hasta qué punto está sumergido el paciente en el rol de enfermo (Lally, 1989, citado en Yanguas, 2006) y el grado en que las demandas subjetivamente percibidas de este rol restringen su capacidad para cumplir los roles convencionales (Scheff, 1986, op. Cit).

Modelo de proceso dinámico de la calidad de vida

En los modelos anteriormente descritos de calidad de vida se ha subestimado la dinámica y los factores que influyen en este proceso de valoración subjetiva del sujeto sobre sus condiciones de vida objetivas (Angermeyer y Kilian, 2000). El modelo de proceso dinámico de la calidad de vida se basa en el concepto de que la calidad de vida subjetiva representa el resultado de un proceso continuado de adaptación, durante el cual el individuo debe conciliar constantemente sus propios deseos y logros con las condiciones de su entorno y su capacidad para satisfacer las demandas sociales asociadas con

el cumplimiento de tales deseos y logros. En este modelo la satisfacción no se valora como un resultado sino más bien como el mecanismo conductor de este proceso. La investigación sobre calidad de vida encuentra que la mayoría de las personas posee una gran capacidad relativa para mantener su nivel de satisfacción bastante estable mediante actividades cognitivas y volitivas (por lo menos a largo plazo) incluso ante circunstancias ambientales constantemente cambiantes (Angermeyer y Kilian, 2000). Según los autores del modelo, el problema central de incluir el punto de vista subjetivo en la valoración de la calidad de vida reside en que, dada la naturaleza dinámica del proceso de satisfacción de las necesidades, los sistemas de valores y preferencias individuales pueden ser el resultado de un ambiente coercitivo o de condiciones personales a su vez incompatibles con el principio de libertad personal.

Modelo de la homeostasis de la calidad de vida

Otro modelo teórico es el de la homeostasis de la calidad de vida subjetiva, propuesto por Cummins (2000, op. cit). Describe un sistema integrado que acopla una capacidad genética primaria con un sistema de amortiguadores secundario. Su propósito es sostener el rendimiento, en la forma de la calidad de vida subjetiva, dentro de un rango

estrecho, a pesar de las variaciones de la experiencia de la persona respecto a su entorno.

La propuesta del autor es que el determinante de primer orden de la calidad de vida subjetiva se apoya en la dotación genética de la personalidad. Tiene dos roles: crear el rango serial y proporcionar el componente afectivo de la calidad de vida subjetiva. Esto ocurre a través de dos dimensiones de personalidad (extroversión y neuroticismo) que actúan estableciendo la valencia del esquema cognitivo que asiste a cada autocreencia, a la vez que mantiene la base de un rango serial natural para el nivel de calidad de vida subjetiva experimentado por cada individuo. Numerosos estudios han demostrado que la extroversión y el neuroticismo correlacionan fuertemente con el bienestar psicológico subjetivo (De Neve, 1999, citado en Yanguas, 2006). Este nivel de determinación es inconsciente. Los determinantes de segundo orden comprenden un sistema de amortiguadores internos. Dicho sistema se propone que está formado por tres procesos entrelazados de control percibido, autoestima y optimismo. Son procesos conscientes que implican esquemas cognitivos. Tienen una orientación predominantemente positiva desde la perspectiva del procesamiento de información impuesto por la personalidad. Sin embargo, cada uno de los tres procesos puede ser influenciado por la experiencia

adquirida con el mundo externo, que es el tercer nivel de determinación. El producto del sistema de amortiguadores es la calidad de vida subjetiva.

Esas cogniciones están bajo la influencia de dos fuerzas simultáneas: el procesamiento de las circunstancias medioambientales reales y la expectativa de que tales circunstancias irán acordes con el sesgo positivo impuesto por el equilibrio del afecto. Así, el sistema se maneja más fácilmente con un entorno que produce el control primario (autorrefuerzo) y cuya predicción para el futuro es favorable, y se maneja menos cómodamente con un entorno donde el control primario ha fallado, con una autoestima disminuida, y donde el futuro aparece vacío. Bajo estas condiciones el mantenimiento del bienestar subjetivo se encuentra amenazado y el sistema de amortiguadores tiene que jugar un papel dual: conservar un grado razonable de autenticidad a la vez que proteger el bienestar. Esto se logra a través de dispositivos cognitivos (control, autoestima, optimismo) que, esencialmente, den un giro positivo en contra del fracaso, sin perder el contacto con la realidad.

Cuando la interacción con el ambiente conduce al fracaso, desafía el poder de los amortiguadores para absorber el impacto. Bajo estas condiciones en que el grado de desafío no

es demasiado fuerte, los amortiguadores se ajustarán homeostáticamente a las circunstancias. En cambio, un fracaso fuerte y continuo derrotará este sistema con la pérdida catastrófica subsecuente de la calidad de vida subjetiva.

Al final de este proceso encontramos que la calidad de vida subjetiva es el producto, que refleja tanto los afectos como la cognición, y que es relativamente estable a través del tiempo tanto para las personas como para las muestras de población.

Modelos de calidad de vida aplicados a personas mayores
Toda esta base teórica ha tenido poca aplicación, al grupo de edad de personas mayores, sin embargo, estos son algunos de los resultados.

Margaret y Paul Baltes ofrecen un modelo psicológico de competencia para el estudio del envejecimiento con éxito: la optimización selectiva con compensación (Baltes y Baltes, 1990, op. cit). La puesta en marcha de los mecanismos de selección, optimización y compensación posibilita que la persona pueda vivir una vida de calidad, efectiva, aunque restringida.

Las personas mayores afrontan razonablemente bien el envejecimiento y la vejez (Baltes, 1999, op. cit). Aunque conscientes de los cambios negativos (pérdidas y disminuciones) en el desarrollo personal, los mayores

continúan siendo eficaces en el mantenimiento de una sensación de control y de una visión positiva tanto del autoconcepto como del desarrollo personal (Baltes, 1999; Brandtstädter, Ventura y Greve, 1993, op. cit). Esta resistencia y adaptación satisfactorias parece ser el resultado de la puesta en práctica de actividades instrumentales y de procesos acomodativos (Reig, 2000, op. cit).

Existen diferentes estudios que avalan la teoría de que el comportamiento es la cuestión central para el envejecimiento de calidad (Reig, 2000, op. cit). Los diferentes estudios avalan que: el estado de salud autoinformado se relaciona tanto con la morbilidad como con la mortalidad (Idler y Kassel, 1991; Idler y Benjamimi, 1997; Kaplan, Goldberg, Everson et al., 1996; Shapiro, 1982, op. Cit.), que las personas felices viven más tiempo (Deeg y Van Zonneveld, 1989), que las personas infelices refieren un peor estado de salud y más problemas de salud (Argyle, 1997, op. cit), que la felicidad afecta a la salud objetiva y subjetivamente y que la salud es uno de los predictores más potentes de felicidad (Argyle, 1997), especialmente de la felicidad de las personas mayores (Willits y Crider, 1988), o de bienestar psicológico (Okun, Stock y Haring, 1984, op. cit).

3.5 Áreas o dimensiones de la calidad de vida.

De acuerdo a las diferentes definiciones de calidad de vida que se han revisado, las áreas más destacadas y propuestas por la OMS (Organización Mundial de la Salud) son las que se revisaran a continuación.

Salud Física.

La definición de salud más aceptada y difundida es en la actualidad la desarrollada por la OMS, en la que se define la salud como un estado completo de bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de enfermedad (Yanguas, 2006). Teniendo en cuenta la anterior definición se ha asociado el estado de salud a aquellas medidas objetivas obtenidas únicamente por el médico, es decir, las medidas bioquímicas, fisiológicas y anatómicas de los individuos (Badía, 1995, citado en Yanguas, 2006), dejando de lado todas las medidas subjetivas, por ejemplo, el dolor.

Según Bergner (1989, op. Cit.), el concepto "estado de salud" contiene todos aquellos elementos que forman parte integral de la persona y excluye los que existen de manera independiente de la misma aunque puedan interactuar con ella. Con este concepto se describe la salud tal y como se ha medido tradicionalmente, de forma objetiva (por ej., por un observador o alguna medida estándar externa), bien como

diagnóstico o como puntuación en una escala (Lawton, 2001, op. Cit.).

Durante la pasada década uno de los temas dominantes de investigación ha sido el estudio de cómo los síntomas de diferentes enfermedades y algunas terapias influyen en la calidad de vida cotidiana (Spilker, 1996, op. Cit.). La calidad de vida relacionada con la salud se refiere al hecho por el cual la disfunción física, el dolor y el malestar provocan limitaciones de las conductas cotidianas, actividades sociales, bienestar psicológico y otros aspectos del día a día de los sujetos y su calidad de vida global, juzgada por el propio sujeto o al grupo social al que pertenece (Lawton, 2001, op. Cit.).

Patrick y Erikson (1993, op. Cit.) definen la calidad de vida relacionada con la salud el valor asignado a la duración de la vida, modificado por la oportunidad social, la percepción, el estado funcional, y la disminución provocadas por una enfermedad, accidente, tratamiento o política.

La calidad de vida relacionada con la salud es un constructo latente, no observable directamente, que solamente puede ser deducido de manera indirecta a través de indicadores. Representa, asimismo, un constructo multidimensional (Siegrist, Boer y Junge, 1996. Op. Cit.).

Según Yanguas (2006), refiere que existen tres conceptos críticos en la definición de calidad de vida relacionada con la salud:

1. El impacto en la calidad de vida se debe a una enfermedad o un tratamiento.
2. Los efectos resultan en una disminución de la ejecución "normal" del sujeto.
3. Los juicios sobre calidad de vida relacionada con la salud pueden ser únicamente realizados por el propio sujeto.

Las investigaciones sobre calidad de vida relacionada con la salud no han reparado en cómo los factores externos a la salud y que están asociados con los incrementos en ésta afectan a la calidad de vida global y a las preferencias por uno u otro tratamiento (Patrick y Deyo, 1989; Spilker, 1996. Op. Cit.).

A continuación, se describirán los factores que influyen sobre la salud y la calidad de vida de una persona (Muñoz, 2008):

Factores externos

- Físicos: las radiaciones solares, el ruido excesivo, etc.
- Químicos: medicamentos, sustancias tóxicas, etc.

- Biológicos: los micro organismos (bacterias, virus, hongos) que provocan enfermedades infecciosas.
- Ambientales: la temperatura, la contaminación ambiental, etc.

Factores internos

- Herencia genética: predispone a padecer algunas enfermedades que son hereditarias, es decir, que pasan de una generación a otra (por ejemplo: diabetes, hemofilia).
- Edad: predispone a padecer unas u otras enfermedades (por ejemplo: arteriosclerosis en ancianos).
- Sexo: hay enfermedades que son más propensas a padecerla la mujer y otras el hombre (por ejemplo: la litiasis biliar es más frecuente en mujeres y la ulcera gastroduodenal en hombres).
- Hábitos del individuo: el tabaco, el alcohol, la práctica deportiva, el tipo de alimentación, etc.

Salud Psicológica.

El ser humano es un organismo emocional en el que la inteligencia se entremezcla con el sentimiento y la pasión a la hora de comportarse inteligentemente. Los sentimientos y las emociones conforman la afectividad como importante ámbito psicológico. Así pues, a continuación va a presentarse una

síntesis de los esenciales cambios que ocurren en la vejez en el ámbito de la afectividad y del mundo emocional. (Ballesteros, 2010).

La vejez conlleva una serie de situaciones conflictivas: la jubilación, la pérdida de seres queridos, la marcha de los hijos, con frecuencia la enfermedad crónica y, lo que es peor, un conjunto de polipatologías en ocasiones discapacidad y dependencia y, desde luego, mayor proximidad a la muerte, y todo ello junto a otros eventos negativos más que ocurren casi inevitablemente. Y se podría pensar que todos esos eventos producirán en los individuos que los sufren reacciones afectivas negativas: depresión, soledad, malestar, y sufrimiento. Y posiblemente habría una alta probabilidad de que las personas mayores experimenten una afectividad displacentera (Ballesteros, 2010).

Se ha examinado minuciosamente en qué medida el contexto (la condición socioeconómica, el estado civil, etc.), la salud y la situación funcional y las relaciones interpersonales influyen en la afectividad (positiva y negativa). En la vejez y en qué medida estos factores son más importantes que la edad. Nuevamente, la conclusión parece ser bastante contundente: no se encuentran efectos de la edad en la afectividad positiva cuando se controlan otras variables. En otras palabras, la edad es una variable vacía y tan solo

conlleva los efectos de otras covariantes. De entre ellas, no son precisamente la salud o el estado funcional los mejores predictores de la afectividad, sino la personalidad y el funcionamiento intelectual (Ballesteros, 2010).

En el campo de la salud mental el concepto de calidad de vida es sólo útil si se acopla tanto a los factores ya mencionados, como otros factores del entorno, debido a que los ingresos, la falta de autonomía y el escaso apoyo social están intrínsecamente relacionados con la psicopatología, por ejemplo. En el campo de la salud mental se requiere un concepto amplio y multidimensional que incluya la mayoría de los aspectos de la vida (Bulinger, 1993. Citando en Yanguas, 2006).

Carstensen (2002, citado en Ballesteros, 2010) ha elaborado una teoría que permite explicar tanto el bienestar como el balance entre el afecto positivo y el negativo en la vejez: la teoría de la selectividad socio-emocional. En breve, el rol del afecto y de la cognición va restructurándose con la edad. Ello permite una mayor cohesión entre los dos e influye en que haya una mayor regulación de la emoción en la vejez, lo que conlleva consigo una maximización de los aspectos positivos y una minimización de los negativos, cuyo producto es una mayor satisfacción o bienestar.

Nivel de Independencia.

Para comenzar este tema es importante destacar que todos los seres humanos pasamos por un proceso de dependencia (del seno materno) a independencia, misma que se consigue a través de las etapas de desarrollo del ser humano. La independencia exige un elevado grado de madurez personal en el que se requiere invertir mucho esfuerzo y tiempo para desarrollar hábitos (de la vida cotidiana) que permitan a la persona ser capaz de ejercer su libertad asumiendo los resultados de sus decisiones con responsabilidad, y actuar con proactividad frente a todas las situaciones y relaciones de su entorno. La independencia significa tener un buen orden de las prioridades (dentro de las cuales podemos destacar las necesidades básicas o primarias y algunas necesidades secundarias del ser humano como son comer, beber, dormir, orinar, defecar, mantener una higiene, entre otras) y hacer que en la práctica las cosas que no son significativas nunca ocupen el lugar de las cosas más importantes definidas por las propias personas (López, 2001).

Cabe mencionar que no basta con ser independientes, porque en la sociedad humana somos seres interdependientes que vivimos de otras personas, para otras personas y con otras personas (López, 2001); esto debido a que somos seres sociables y no podemos vivir adecuadamente de forma aislada y sin contacto

personal o relaciones sociales; es importante destacar que estas relaciones sociales (pueden tener consigo vínculos afectivos) para ser calificadas como sanas no tienen que ser dependientes o simbióticas entre las partes (personas) que la conforman.

Desgraciadamente, en el segmento de la población geriátrica se constata un hecho innegable: muchas de estas personas muestran progresivamente diversas dificultades que disminuyen su capacidad para funcionar de forma autónoma e independiente. Tales dificultades asociadas con la edad pueden ser: algún tipo de deterioro cognitivo, enfermedades crónicas y degenerativas, psicopatologías, discapacidades físicas y funcionales. Éstas llevan de la mano diversas limitaciones en el funcionamiento que fomentan igualmente la dependencia diaria (Navarro, Calero, M., López, Torres, Calero, J., y Gómez, 2008).

En este sentido, debemos señalar que hoy en día queda clara la unión entre las enfermedades físicas y/o psicológicas y el deterioro funcional en las personas mayores. Sin embargo, existe todavía controversia respecto a la dirección de la relación entre ambas dificultades. Por ejemplo, mientras que algunos estudios sugieren que los problemas cognitivos aparecen primero (Greinder, Snowdon y Schmitt, 1996; Moritz, Kasl y Berkman, 1995; Steen, Sonn, Hanson, y Steen, 2001.

Citados en Navarro et al., 2008), otras investigaciones plantean que ambos problemas siguen un curso en paralelo (Barberger-Gateau, Dartigues y Letenneur, 1993. Citados en Navarro et al., 2008). Referente a lo anteriormente mencionado, es claro que mientras algún tipo de enfermedad, dificultad o discapacidad sigue su curso gradual la dependencia del adulto mayor hacia el cuidador (el cual la mayoría de las veces un familiar) cada vez se hace más fuerte, ya que dicho progreso patológico va impidiendo su desarrollo normal ante las actividades de la vida cotidiana.

Relaciones sociales.

Los enfoques científicos sobre el envejecimiento socio-emocional han interpretado negativamente fenómenos que son neutrales en sí mismos. Con frecuencia se presume que disminuciones en el tamaño de las redes sociales, tasas mayores de convivencia generacional y un aumento de la probabilidad de dar y recibir cuidado, entre los adultos mayores, son reflejos de problemas individuales y sociales (Rice, Löckenhoff y Carstensen, 2002).

Durante décadas los modelos teóricos acerca del bienestar social y emocional en la edad avanzada se basaron en supuestos pesimistas sobre las relaciones sociales hacia el final de la vida. Se presumía que la bien documentada y constatable declinación que se observa en la cantidad de

contactos sociales de las personas mayores reflejaba otra pérdida gradual, junto con la salud física, la importancia social, la habilidad mental, entre otros.

Algunos modelos teóricos de la calidad de vida social son:

- Teoría de la actividad (Havighurst, 1968; citado en Carstensen, 1990) y la continuidad (Neugarten, 1969, citado en Carstensen, 1990) veían las disminuciones de los contactos sociales a medida que se envejece, como resultado de un prejuicio: el edaísmo social, el cual reduce las posibilidades de continuar desempeñando papeles y actividades sociales.
- Teoría de la desvinculación (Cumming y Henry, 1961; citado en Belando Montoro, 2006) afirmaban que la disminución de contactos sociales, es percibida como la preparación para la muerte.
- Teoría del intercambio social (Dowd, 1980; citado en Belando Montoro, 2006) sugería la disminución de la participación social porque los ancianos tienen menos recuerdos y se vuelve menos atractivo interactuar con ellos, debido a que se reduce su habilidad para tener reciprocidad en las relaciones.

- Teoría de las necesidades, sostiene que la salud de un sujeto depende de la relación entre las necesidades existentes y el apoyo social que las satisfaga o facilite su satisfacción, por lo que supone una correspondencia entre la disponibilidad de recursos sociales y necesidades (Murray, 1962; Veiel, 1985, citado en Yanguas, 2006) y según su objeto, las necesidades humanas pueden ser materiales y/o psicosociales (Galtung, 1980; Veiel, 1985. Op. Cit.).
- Teoría del efecto funcional propone que el efecto principal del apoyo social se debe a que las relaciones sociales refuerzan u obstaculizan conductas o intenciones positivas para la salud (Kaplan y Toshima, 1990. Op. Cit.). El efecto funcional es positivo cuando las relaciones sociales refuerzan una conducta saludable dada y negativo cuando la obstaculizan.

Aunque la vejez esta asociada por lo general a una menor actividad social, así como a un aumento de los sucesos vitales asociados a pérdidas relevantes, diversos estudios realizados en entornos culturales diferentes muestran que se mantiene la existencia de redes sociales proveedoras de apoyo en las personas mayores (Fleishman y Shmueli, 1984. Op. Cit.).

En el mismo sentido los estudios sociológicos se han concentrado en el análisis de las redes sociales y como la persona mayor se engrana dentro de agrupamientos sociales a un nivel familiar o comunitario.

Trabajos de Carstensen (1990), ponen de relieve que durante la vejez se produce un notable descenso de la actividad social. Sin embargo, una menor tasa de contactos sociales no debe identificarse con la inexistencia de redes sociales proveedoras de apoyo, (Fernández-Ballesteros et al., 1993). Ya que solo disminuyen los vínculos familiares y amistades estrechas.

Teniendo en cuenta los diferentes trabajos, se podría resaltar la relevancia que dan las personas mayores a sus relaciones familiares como fuente de ayuda para su funcionamiento diario y la valía de los amigos como recurso social para mantener la integración social.

Es primordial señalar lo que postulan Antonicci y Jackson (1990. Op. Cit.) ya que, mantienen que la ayuda prestada por la familia es importante durante los periodos de crisis, especialmente durante el curso de enfermedades crónicas, pero que el apoyo prestado por amigos sirve para reforzar relaciones sociales del individuo anciano que conserva su autonomía personal. Díaz-Veiga (1987. Op. Cit.) Indica que para las personas mayores los dos focos más importantes de

recursos sociales son la familia y los amigos. Sin embargo, no está tan claro si las características y funciones de las redes sociales de las personas mayores son diferentes de las de otros grupos de edad.

Finalmente cabe resaltar que la existencia de los lazos sociales positivos se ha encontrado como efecto protector contra el malestar psicológico (Krause y Jay, 1991; Hays, Kasi y Jacobs, 1994. Op.cit.).

Medio ambiente.

La calidad de vida está relacionada tanto a factores de salud y de la propia personalidad del sujeto; así como a factores contextuales (condiciones del medio ambiente) cómo son la integración social, hábitos de vida, nivel económico, grado de alfabetización nivel educativo, uso del tiempo libre, entre otros.

Así, todos aquellos elementos que formen parte del contexto en el que se desarrolla el individuo va a impactar de forma directa a la calidad de vida del mismo, haciéndola benéfica o escasa en alguna de las áreas de calidad de vida que se manejaron anteriormente (Maya, 1997).

En el componente ambiental se pueden dar tres situaciones: la resignación, la adaptación y la aceptación y la búsqueda de vivir la vejez del mejor modo. En esta última las personas descubren su sentido positivo de vida en la reflexión y la

comprensión y descubren su compromiso con lo que pasa alrededor, al asumir que, independientemente de la edad se sigue siendo un ser en el mundo (op. Cit.).

Los individuos deben enfrentar intencionalmente su proceso de envejecimiento. Envejecer bien o mal depende, dentro de los márgenes fijados por el contextos social, de los mismos individuos que envejecen (op.cit.).

El proceso del envejecimiento del organismo humano no puede reducirse a un mero proceso biológico, debe analizarse en el contexto total en que se produce: la naturaleza compleja de las sociedades humanas: ecológico, ambiental, social, económico, cultural. El envejecimiento no es una enfermedad como algunos lo plantean. El envejecimiento del organismo humano es un proceso individual y colectivo a la vez en el sentido que se produce en el individuo pero es muy condicionado por la sociedad, por la calidad de vida y por los modos de vida. (op. Cit.).

Con estas conceptualizaciones y el modelo práctico de medición utilizado por la autora Maya (1997) en su investigación sobre calidad de vida y vejez considerando que, la cultura actual está condicionada por la producción y la competencia, el anciano ha perdido poderes y derechos que lo han marginado de la sociedad creado una serie de estereotipos negativos de persona enferma, incapaz de producir, limitado e

incompetente para asumir tareas o ejercer funciones, situaciones que han llevado al anciano y en la mayoría de los casos a la familia a aplicar alternativas como la institucionalización, que por las condiciones negativas como se presenta, no permiten que el anciano tenga adecuada calidad de vida y por ende unas satisfactorias condiciones de bienestar.

Cabe mencionar que el individuo también debe cumplir la función de relacionarse con su medio ambiente, y la forma (efectiva o ineficiente) en que éste se relacione va a influir su propio nivel de calidad de vida.

Método

1. Problema de Investigación.

¿La jubilación es un factor que influye en la calidad de vida de un grupo de mujeres jubiladas del IMSS que radican en el Distrito Federal?

2. Justificación.

Actualmente existen estudios sobre la jubilación en los cuales enfocan amplios aspectos psicológicos, sociales, ambientales, familiares, etc., pero regularmente están dirigidos a la fuerza laboral masculina que anteriormente se había reconocido como el principal motor dentro de este ámbito, dejando un tanto olvidada la actividad que la mujer desempeña, de alguna manera por su reciente inserción o reconocimiento dentro del mundo laboral. Pocos son los estudios ahora enfocados a esta población, pero esto es un inicio para conocer los cambios que se hacen presentes ante el abandono de una vida laboralmente activa y posteriormente la conversión de formar parte de las filas de la jubilación que ahora representan ante la sociedad.

El presente estudio tiene la finalidad de mostrar la perspectiva que la mujer tiene de la jubilación, ya que se considera que esté es un momento crucial, pues ante el incremento de cambios que se avecinan en la entrada de la vejez y la llegada del retiro del mundo laboral, la falta de información y apoyo solo atenúa los síntomas que pudieran presentar. Así también se presentan factores que pueden influir a que existan complicaciones que se pueden evitar, lo

que vuelve difícil el bienestar de las mujeres y mermar la calidad de vida que llevan.

3. Objetivos.

3.1 General

- o Evaluar si la jubilación juega un papel importante en la calidad de vida de un grupo de mujeres jubiladas del IMSS que radican en el Distrito Federal.

3.2 Específicos.

- o Describir la percepción que la mujer tiene acerca de su jubilación de acuerdo a las áreas involucradas en la misma.
- o Identificar los factores mayormente valorados y que influyen en una mejor calidad de vida en un grupo de mujeres jubiladas del IMSS que radican en el Distrito Federal.
- o Describir la posible relación entre la jubilación y áreas específicas que se evalúan sobre la calidad de vida de un grupo de mujeres jubiladas del IMSS que radican en el Distrito Federal.

4. Hipótesis

- o H_1 . La jubilación influye sobre la calidad de vida de un grupo de mujeres jubiladas que radican en el Distrito Federal.
- o H_0 . La jubilación no influye sobre la calidad de vida de un grupo de mujeres jubiladas que radican en el Distrito Federal.

- o Hi. Existe un cambio en la percepción de la jubilación antes y después de laborar para estas mujeres.
- o Ho. No existe un cambio en la percepción de la jubilación antes y después de laborar para estas mujeres.
- o Hi. Existe un cambio percibido en la actividad y convivencia familiar en las mujeres antes y después de su jubilación.
- o Ho. No existe un cambio percibido en la actividad y convivencia familiar en las mujeres antes y después de su jubilación.
- o Hi. Existe un cambio percibido en las relaciones sociales de las mujeres antes y después de su jubilación.
- o Ho. No existe un cambio percibido en las relaciones sociales de las mujeres antes y después de su jubilación.
- o Hi. Existe un cambio percibido en el tiempo libre y ocupación antes y después de su jubilación.
- o Ho. No existe un cambio percibido en el tiempo libre y ocupación antes y después de su jubilación.
- o Hi. Existe un cambio percibido en la satisfacción personal y laboral antes y después de la jubilación.
- o Ho. No existe un cambio percibido en la satisfacción personal y laboral antes y después de la jubilación.
- o Hi. La actividad y convivencia familiar después de la jubilación se ven influenciadas por las áreas que evalúa la calidad de vida.
- o Ho. La actividad y convivencia familiar después de la jubilación No se ven influenciadas por las áreas que evalúa la calidad de vida.

- o Hi. Las relaciones sociales después de la jubilación se ven influenciadas por las áreas que se evalúan en la calidad de vida.
- o Ho. Las relaciones sociales después de la jubilación No se ven influenciadas por las áreas que se evalúan en la calidad de vida.
- o Hi. El tiempo libre y ocupación después de la jubilación se ve influenciado por las áreas que se evalúan en la calidad de vida.
- o Ho. El tiempo libre y ocupación después de la jubilación No se ven influenciado por las áreas que se evalúan en la calidad de vida.
- o Hi. La satisfacción personal y laboral después de la jubilación se ven influenciadas por las áreas que se evalúan en la calidad de vida.
- o Ho. La satisfacción personal y laboral después de la jubilación no se ven influenciadas por las áreas que se evalúan en la calidad de vida.

5. Variables.

5.1 Independiente: Jubilación.

5.2 Dependiente: Calidad de vida.

6. Definición conceptual.

- o Jubilación: Se entiende por jubilación el cese en un trabajo remunerado y el subsiguiente cobro de una pensión vitalicia en recompensa de sus servicios prestados, es decir, dispensar a alguien del cumplimiento de un servicio que tenía encomendado, en

atención a su edad (Organización Mundial de la Salud, 1998).

- o Calidad de vida: La Organización Mundial de la Salud (OMS), considera a la calidad de vida, como un concepto muy amplio que está influido de modo complejo por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con los elementos esenciales de su entorno (citado en Barranco, A., 2007).

7. Definición operacional.

Independiente

Se elaboró un instrumento llamado "Perspectiva de la Jubilación" él cual tiene por objetivo evaluar 4 áreas en particular como son: Área familiar, Relaciones sociales, Tiempo libre y ocupación y Satisfacción personal.

Es un instrumento autoaplicable que consta de tres partes: en la primera se encuentran datos sociodemográficos y posteriormente 46 ítems divididos en dos secciones de 23 reactivos cada una, la primera hace referencia a situaciones que vivieron las mujeres cuando se encontraban laborando ("Mientras me encontraba laborando") y la segunda sección esta enfocada a su vida ya como mujeres jubiladas ("Después de la Jubilación").

Dependiente:

Para la evaluación de la calidad de vida se utilizó un cuestionario de Salud llamado "SF-36". Es un instrumento desarrollado a partir de una extensa batería de cuestionarios

utilizados en el Estudio de los Resultados Médicos (Medical Outcomes Study) (MOS). Detecta tanto estados positivos de salud como negativos, así como explora la salud física y la salud mental. Consta de 36 ítems, que exploran 8 dimensiones del estado de salud como: función física; Rol físico; Dolor corporal; Salud general; Vitalidad; Función social; Rol emocional; Salud mental y Cambio de salud.

8. Muestreo

- o No probabilístico por cuotas

8.1 Muestra

- o Conformada por 38 mujeres cuyo promedio de edad fue de 59 años, la edad promedio de inicio laboral fue de 20 años y el promedio de edad de jubilación fue de 53 años. Predominando en esta muestra mujeres solteras.

8.2 Criterios de Inclusión

- o Mujeres jubiladas del IMSS
- o Que cuenten con una edad mínima de 50 años.
- o Que tengan mínimo 6 meses de haberse jubilado.

8.3 Criterios de exclusión

- o Mujeres que no trabajen en el IMSS
- o Mujeres que sigan trabajando
- o Mujeres que no sean jubiladas del IMSS
- o Que tengan menos de 55 años de edad

9. Diseño de Investigación.

- o No experimental de tipo transversal.

10. Tipo de Estudio o Investigación.

- o Exploratorio, Descriptivo.

11. Instrumentos.

Se realizó un instrumento llamado "Perspectiva de la Jubilación", desarrollado a partir de revisión de la literatura sobre la jubilación, de una amplia lista de características o situaciones encontradas y que se presentan en esta etapa de vida se categorizaron en cuatro áreas específicas: familiar, Relaciones sociales, Tiempo libre y/o ocupación y Satisfacción personal y/o laboral para ser evaluadas a través 48 ítems de escala tipo Lickert. Su forma de respuesta se apostó de acuerdo a lo deseado. La validación de este instrumento fue por medio de un jueceo, donde se le pidió a cinco expertos en el tema para revisión de la estructura del cuestionario, los cinco expertos aceptaron el instrumento para su aplicación.

Se utilizó un cuestionario de calidad de vida llamado "SF-36" de salud. Es un instrumento desarrollado a partir de una extensa batería de cuestionarios utilizados en el Estudio de los Resultados Médicos (Medical Outcomes Study) (MOS). Detecta tanto estados positivos de salud como negativos, así como explora la salud física y la salud mental. Consta de 36 ítems, que exploran 8 dimensiones del estado de salud como: función física; Rol físico; Dolor corporal; Salud general; Vitalidad; Función social; Rol emocional; Salud mental y Cambio de salud. La validez convergente de las preguntas fue,

en general, comprobada con una correlación de 0.40, y las pruebas estadísticas de confiabilidad medidas por la consistencia interna del cuestionario muestran un Coeficiente alpha de Cronbach con un rango de 0.56 a 0.84 (Salud pública en México, 1999)

12. Escenario.

El lugar donde se llevó a cabo la evaluación fue en el deportivo Ismael Rodríguez del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), donde las personas jubiladas se reúnen a diario para realizar diversas actividades. Este lugar cuenta con un espacio amplio, iluminado y ventilado.

13. Material.

- o Lápiz o pluma.
- o Instrumentos de evaluación de "perspectiva de la jubilación" y "cuestionario SF-36 de salud".

14. Procedimiento.

El primer acercamiento fue contactar a un grupo de mujeres jubiladas que mes con mes se reúnen en algún restaurante de la Ciudad de México para desayunar y festejar el cumpleaños de quien se celebre en ese mes, se les explico el motivo del trabajo a realizar y los objetivos a alcanzar mediante la realización de dos cuestionarios que me permitirían obtener datos estadísticos y sobre todo confidenciales, para lo que ellas estuvieron totalmente de acuerdo.

El segundo acercamiento fue al siguiente mes en el cual ya tenía establecidos los instrumentos de medición para

informarles del hecho y poder tener la posibilidad de verlas en otro momento en el cual no interfiriera con su celebración, estuvieron de acuerdo con esto y me propusieron que el mejor lugar seria en el deportivo Ismael Rodríguez del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) lugar donde muchas de las personas jubiladas asisten a realizar diversas actividades como beneficio de haber pertenecido al IMSS el cual se encuentra ubicado en la colonia Roma.

En el tercer acercamiento solicite la posibilidad de tener un espacio para aplicar los cuestionarios. La aplicación se llevó en el transcurso de 3 semanas puesto que los días en los que asistían variaban unas de otras.

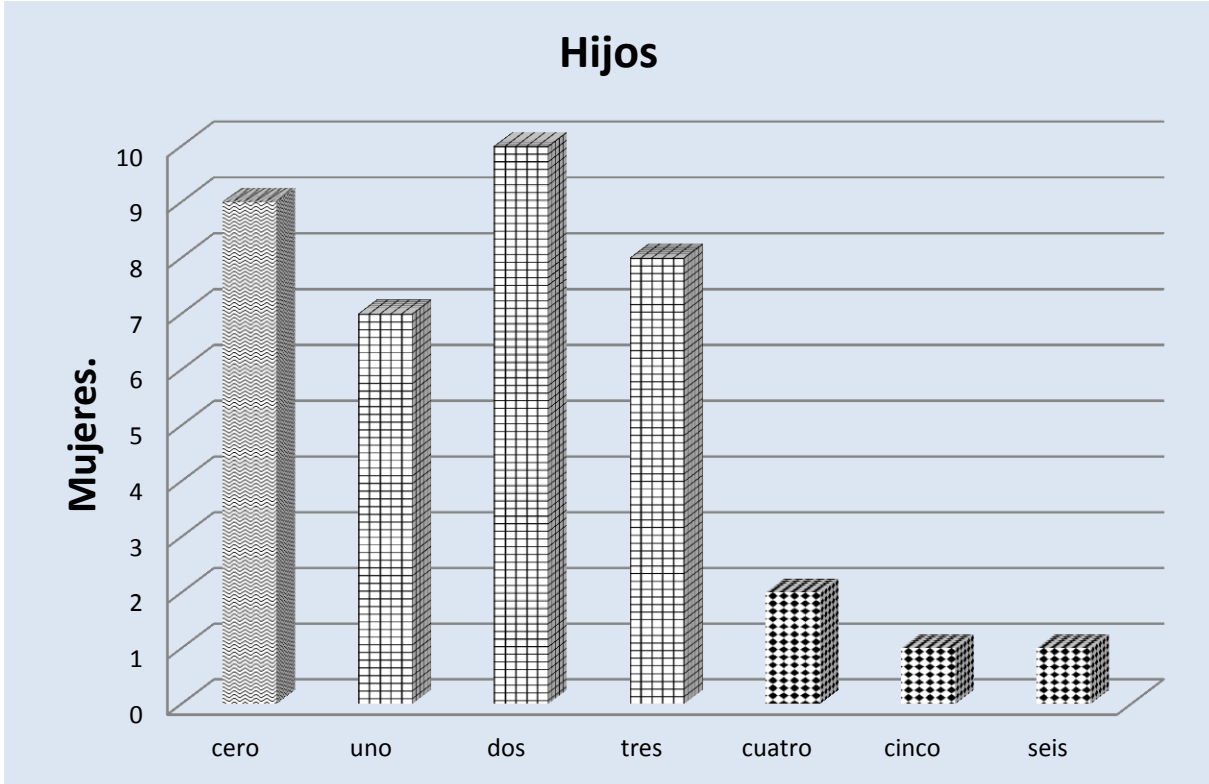
Al término de cada aplicación de los instrumentos, se les agradecía por su participación aclarándoles de nueva cuenta que los datos recolectados son para una investigación que realizó como tesis de titulación y que los resultados obtenidos con toda seguridad si así lo requirieran podrían serles proporcionados con una explicación clara para mejorar la comprensión de los mismos.

15. Análisis estadístico.

Se ocupó el programa SPSS, en su versión 15. Donde se realizó un análisis descriptivo para identificar la percepción que la mujer jubilada tiene acerca de la jubilación de acuerdo a las áreas involucradas en la misma. Se identificaron los factores mayormente valorados que influyen a una mejor calidad de vida a través de un análisis descriptivo. Posteriormente se realizó una correlación que permitiera describir una posible relación entre la jubilación y las áreas específicas que se evalúan sobre la calidad de vida.

Resultados

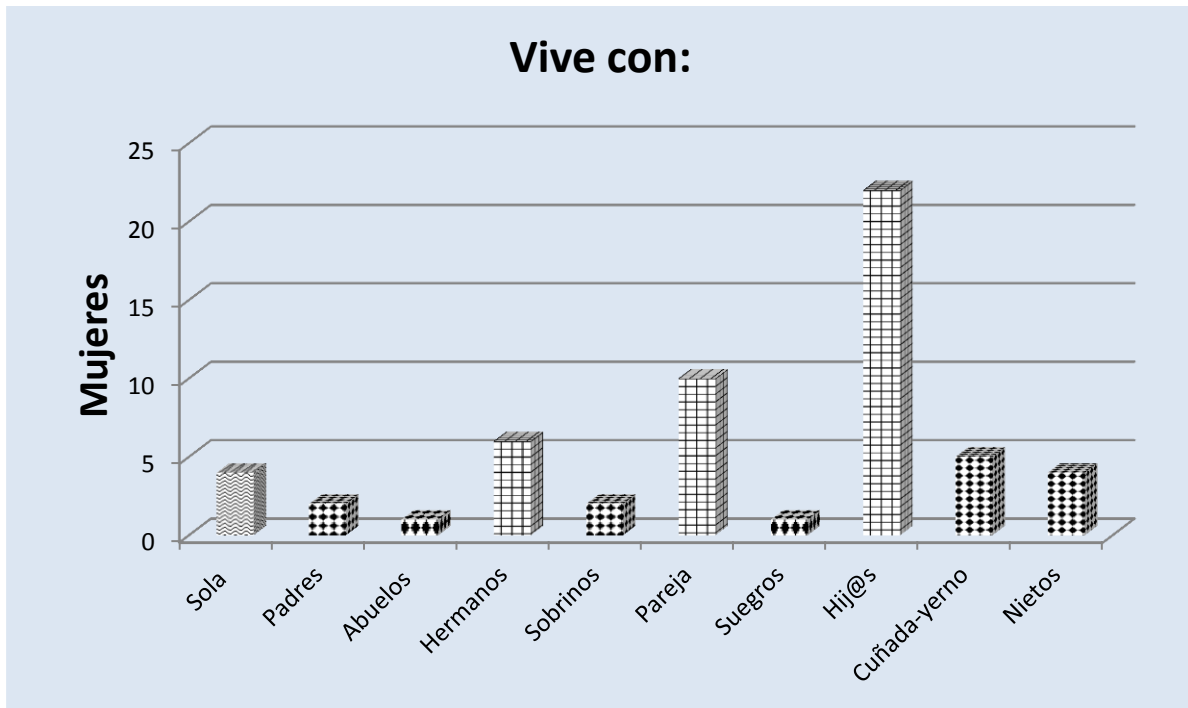
Gráfico 1. Cantidad de hijos por mujer.



Dentro del análisis se muestra el número de hijos que las mujeres jubiladas tienen.

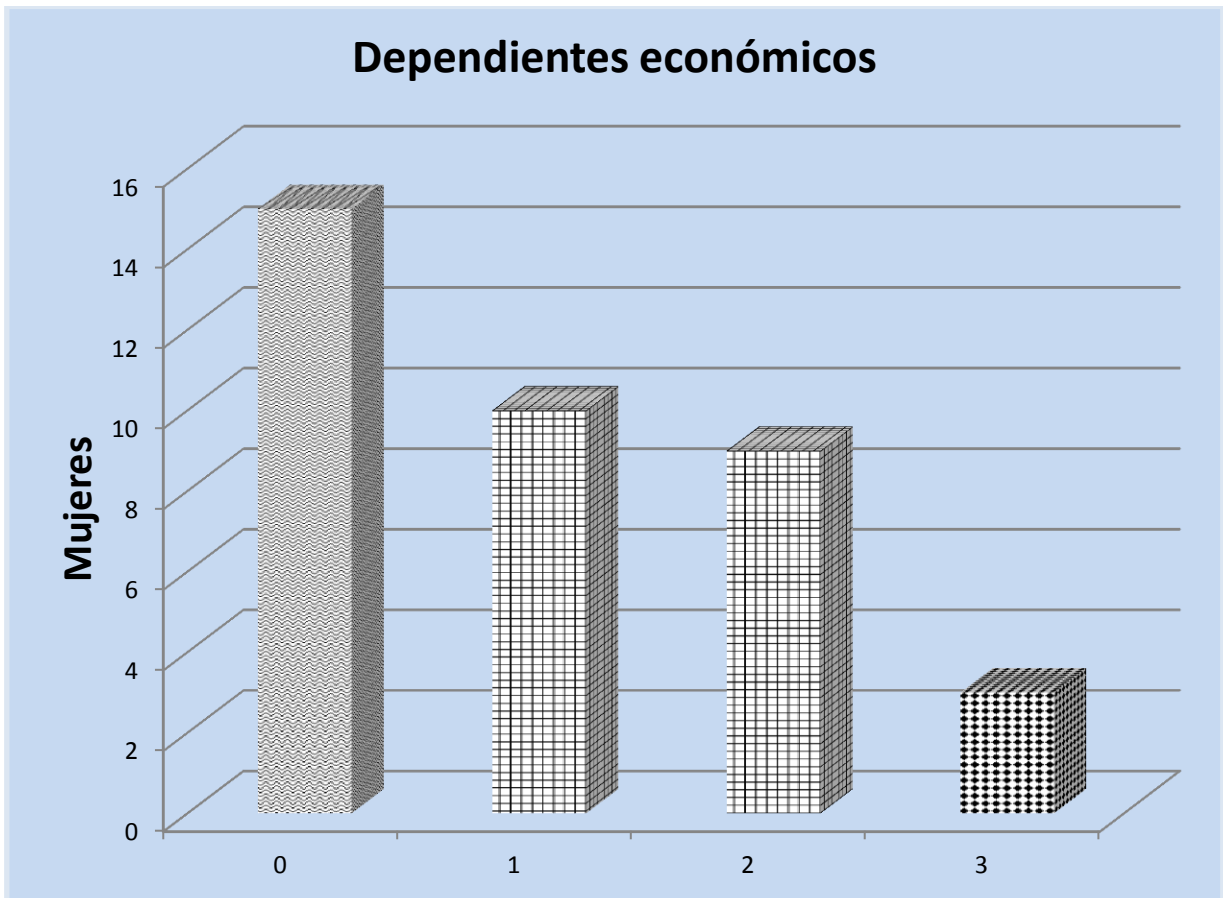
En este gráfico se encuentra el número de hijos que las mujeres tienen el cual varía entre uno y tres, predominando dos, aunque cabe resaltar que no tener es significativo.

Gráfico 2. Mujeres que viven con familiar.



En este gráfico se muestra que del total de mujeres 13 viven principalmente con su hijo o hijos y en el caso de que estos sean mayores de edad con la pareja de los mismos, en segundo término únicamente 9 de las mujeres que vive con su hijo o hijos vive también con su pareja; de los cuales 4 de estas mujeres refiere vivir con sus nietos también. El resto del total de las mujeres que no viven con sus hijos o pareja viven solas o con algún familiar cercano.

Gráfico 3. Dependientes económicos.



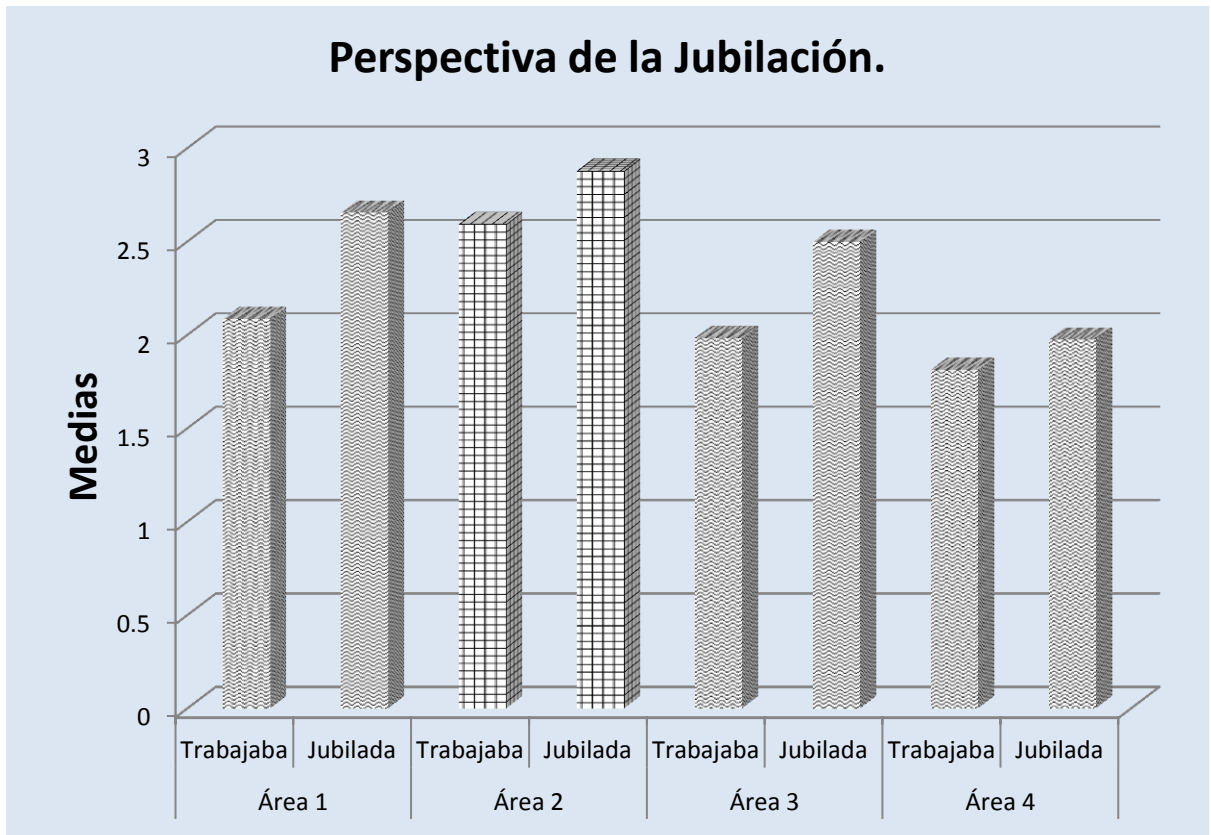
En esta gráfica se muestran los dependientes económicos de estas mujeres y podemos observar que el número de dependientes mayor a dos personas es muy bajo, entre uno y dos es representativo, sin embargo "ninguno" tiene un mayor predominio para estas mujeres jubiladas.

Cuadro 1. Correlaciones de muestras relacionadas.

Áreas de Percepción de jubilación			Media	N	Correlación.	Sig.
Actividad y Convivencia familiar	Área 1	Trabajaba	2.1396	37	.585	.000
		Jubilada	2.6892	37		
Relaciones Sociales	Área 2	Trabajaba	2.6622	37	.319	.054
		Jubilada	2.8739	37		
Tiempo Libre y ocupación	Área 3	Trabajaba	2.0360	37	.432	.008
		Jubilada	2.4910	37		
Satisfacción personal y laboral	Área 4	Trabajaba	1.8114	38	.557	.000
		Jubilada	1.9737	38		

De acuerdo al análisis realizado se obtuvieron los siguientes datos de las áreas evaluadas con relación a la percepción de la jubilación en donde encontramos que en el área 1, área 3 y área 4 existe claramente una diferencia estadísticamente significativa en cuanto a la percepción antes y después de trabajar, mientras que en el área 2 no se encuentra diferencia estadísticamente significativa.

Gráfica 4. Perspectiva de la Jubilación



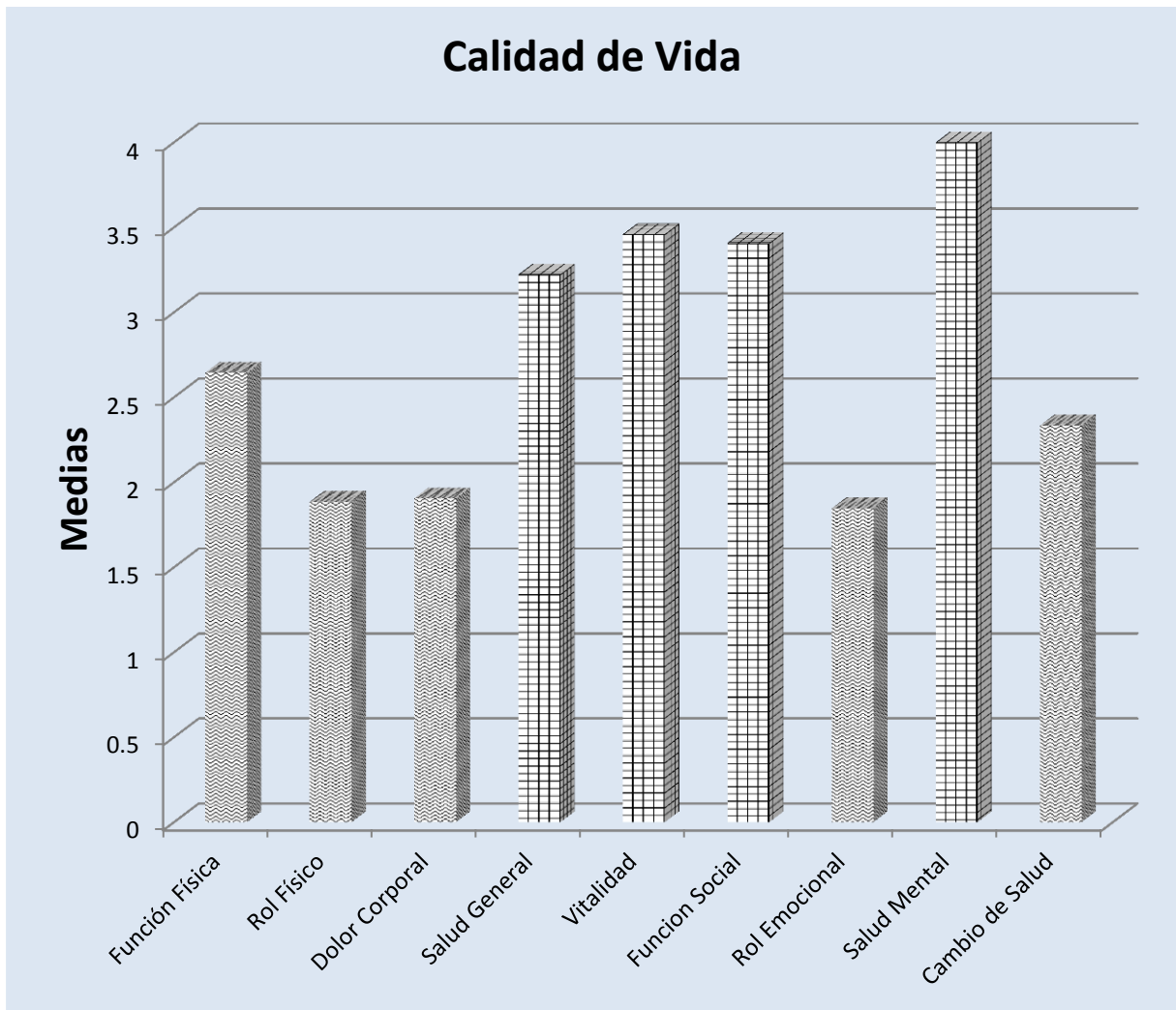
A continuación se representan gráficamente los resultados antes mencionados donde podemos observar las diferencias encontradas.

Cuadro 2. Áreas valoradas de la calidad de vida.

Áreas de Calidad de vida	Media	N	Desviación típ.	Error típ. de la media
Función Física	2.6444	36	.40669	.06778
Rol Físico	1.8857	35	.32280	.05456
Dolor Corporal	1.9054	37	.98487	.16191
Salud General	3.2229	35	.46972	.07940
Vitalidad	3.4595	37	.42701	.07020
Función Social	3.4079	38	.40026	.06493
Rol Emocional	1.8468	37	.33879	.05570
Salud Mental	4.0000	37	.39158	.06438
Cambio de Salud	2.3333	36	1.09545	.18257

De acuerdo al estudio descriptivo realizado a la calidad de vida, se obtuvieron los siguientes datos para las áreas evaluadas y encontramos que la Salud general obtuvo una media de 3.2228, la vitalidad de 3.4594, la función social de 3.4078 y la salud mental de 4, lo que significa que fueron las áreas más valoradas por las mujeres jubiladas de este estudio.

Gráfico 5. Calidad de vida.



De acuerdo a los datos estadísticos obtenidos, se pueden observar de manera gráfica que los factores mayormente valorados por las mujeres en relación a su calidad de vida son: Salud mental, Vitalidad, Función social y Salud general.

Cuadro 3. Correlaciones entre variables.

	Trabajaba relaciones	Trabajaba tiempo	Trabajaba satisfacción	Jubilada actividades	Jubilada relaciones	Jubilada tiempo L.	Jubilada satisf.	Dolor Corporal	Vitalidad	Función Social	Salud Mental	Cambio de Salud
Trabajaba actividad	.534(**)	.630(**)	.739(**)	.677(**)	.490(**)	.484(*)			-.449(*)			
Trabajaba relaciones	1	.438(*)	.468(*)	.432(*)	.461(*)	.452(*)	.404(*)					
Trabajaba tiempo L.		1	.577(**)	.751(**)	.595(**)	.695(**)			-.519(**)			
Trabajaba satisf.			1	.530(**)	.		.435(*)		-.435(*)			
Jubilada actividad				1	.767(**)	.853(**)	.566(**)		-.524(**)			
Jubilada relaciones					1	.877(**)	.653(**)	-.381(*)				
Jubilada tiempo						1	.615(**)		-.504(**)			
Función Física								-.443(*)		.409(*)		
Rol Físico								-.674(**)				-.405(*)
Dolor Corporal								1		-.419(*)	-.402(*)	.542(**)
Función Social										1		-.390(*)
Rol emocional											.541(**)	-.411(*)
Salud Mental											1	-.419(*)

** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

* La correlación es significante al nivel 0,05 (bilateral).

La siguiente tabla es una muestra de la relación que existe entre la jubilación y la calidad de vida. Mientras se encontraban laborando en las áreas: 1. Actividad, 3. Tiempo L. y 4. Satisfacción, éstas se ven influenciadas por el factor vitalidad de la calidad de vida, así mismo este factor influye en el área 1. Actividad y Tiempo L. después de haberse jubilado. Por otro lado al jubilarse solo se encontró una relación, está en el área 2. Relaciones, donde se muestra la relación con el factor Dolor corporal de la calidad de vida.

Discusión de Resultados.

El promedio de edad que se ha registrado es de 59 años y se esperaría que de acuerdo a la literatura, en estas mujeres pudiera existir ya un declive, incluso antes de llegar a la vejez a causa de la jubilación o de la calidad de vida.

El declive que se pudiera generar influye de manera concreta pero no solo a causa de la jubilación, pues existen diversos factores que no son particulares a la culminación de la actividad laboral, sino efectos de la propia vida que llevan, aspectos personales, físicos, emocionales, es decir, de la calidad de vida. Que si bien es cierto que la jubilación es un factor que pudiera mermar la vida de estas mujeres no es determinante, por lo que aceptamos la hipótesis nula, donde la jubilación como factor no influye sobre la calidad de vida de este grupo de mujeres jubiladas que radican en el Distrito Federal.

La jubilación trae consigo consecuencias perjudiciales o que benefician al personal que ha cumplido con el tiempo establecido por la ley para prestar sus servicios laborales dentro de alguna empresa o institución, al momento de jubilarse las personas se enfrentan a un cambio económico, social y psicológico que ataña a la vida posterior al trabajo. (Baltes, 1987, Citado en Lemme, 2003).

Ahora bien con la aproximación al inicio de la etapa final de la vida de estas mujeres que trabajaron, nos encontramos que en el cambio económico intervienen dos aspectos, por un lado positivo se dice que los jubilados tienen asegurada de por vida una pensión suficiente, y en muchos casos, incluso muy cercana a sus percepciones durante la etapa laboral. Esto permitiría que los pensionistas pudieran ser el sostén de una buena parte de la población joven como lo son los hijos, (Sánchez Vera, 2000). Por otro lado cuando no se cuenta con una pensión de por vida o simplemente suficiente, las personas jubiladas tienden a buscar un ingreso que les permita de alguna manera solventar aquellas necesidades básicas o buscar el apoyo de sus hijos o familiares, lo que conlleva a una dependencia económica hacia ellos pues en ocasiones puede ser difícil volver a encontrar empleo, por la calidad de jubilado o por la edad, por esta razón se pudiera llegar a provocar que se convierta en una carga para la familia que provee del dinero necesario y para estas personas una sensación de sentirse improductivos y marginados. En esta investigación observamos que las mujeres cuentan con una pensión que facilita la estabilidad económicamente hablando, algunas de ellas viven con sus hijos pero esto no quiere decir que estos sean un dependiente económico para ellas, los resultados nos muestran que el porcentaje de dependientes

económicos es pequeño, ya sea de los hijos o algún familiar. Lo que significa que los ingresos percibidos de su pensión es prácticamente para ellas, pues la mayor parte de la población estudiada son mujeres solteras, los ingresos los ocupan para sus propios gastos, por otro lado las mujeres que refieren tener hijos y vivir con ellos el porcentaje es muy bajo en cuanto a que estas mujeres aun ayuden económicamente a los mismos, existe una tercera parte de la población y la más mínima del cual se muestra que los que dependen económicamente de estas mujeres pueden ser los padres o algún familiar.

El significado que el ser humano atribuye al trabajo se basa generalmente en la manera de crear una identidad, para descubrir quién es y lo que no se es. El trabajo puede definir el estatus, los ingresos, el prestigio, las metas y valores, pueden crear un sentido de estabilidad e intensificar los sentimientos de poder y eficiencia. La jubilación se ha visto tradicionalmente como un problema para los hombres mientras que para las mujeres, aun para aquellas que se encuentran en el mercado laboral, los roles relacionados con la familia han sido principal fuente de identidad.

Se podría resaltar la relevancia que dan las personas mayores a sus relaciones familiares como fuente de ayuda para su

funcionamiento diario y la valía de los amigos como recurso social para mantener la integración social.

De alguna manera muchas etapas importantes de la vida se definen por las relaciones familiares, pero algunas personas maduras tienen mayor confianza en los amigos que en su familia, y aunque la mayoría se casa y tiene hijos, lo cierto es que las relaciones familiares y las amistades disminuyen cuando se alcanzan edades posteriores. Para todos ellos la amistad es una parte esencial de su vida. Específicamente en este grupo de mujeres un claro ejemplo de esto es que constantemente se reúnen para salir, convivir o realizar distintas actividades, lo cual nos dice que la red de apoyo entre compañeras (os) de trabajo es fuerte y se muestran claramente de manera positiva, los resultados están dirigidos a que mientras estas mujeres se encontraban laborando las actividades con sus compañeras (os) se veían disminuidas por las horas de trabajo, las distintas áreas u horarios en los que se encontraban, esto no quieren decir que no tenían amistades y que ahora al jubilarse tienen más, sino hace referencia a que las actividades y el tiempo de convivencia que pasan ahora ha aumentado en comparación a cuando estaban laboralmente activas.

En general, se encontró que estas mujeres de alguna manera sí tienen amigos y/o familiares, a menudo viven con un hermano o

hermana. Relativamente, pocos hijos viven en casa de uno de sus padres o con ambos y la razón posiblemente se deba a que aun son pequeños, problemas económicos de los hijos, por salud delicada o la muerte de uno de los padres quedando el otro sin el apoyo necesario, y que el hijo pudiera sustituir. Podemos observar que las mujeres que viven solteras, suelen vivir aun con sus hijos o con algún familiar cercano, un porcentaje menor vive con su conyugue e hijos, incluso en pocos casos con los nietos, lo que sugiere que existe una mayor interacción con su familia en comparación de cuando se encontraban laborando, ahora cuentan con la posibilidad de realizar actividades juntos generando una mayor convivencia y acercamiento de acuerdo a la percepción que estas mujeres tienen. Ahora el hecho de vivir con familiares o hijos promueve en estas mujeres una contribución sumamente valiosa, algunas atienden y cuidan a sus nietos, algunas siguen atendiendo a otros miembros de la familia e incluso a sus propios padres, esto es un aspecto muy importante porque de esta manera siguen siendo productivas, es decir la presencia de la familia aumenta las percepciones de los beneficios en la jubilación, la oportunidad de realizar labores del hogar, más tiempo para dedicarlo a los hijos y nietos y para establecer redes sociales. Esto claramente hace ver que los

mitos o estigmas respecto a que las personas mayores no tienen nada que ofrecer son solo eso.

En algunos casos las personas casadas perciben mayores beneficios en la jubilación que las solteras, asimismo la proximidad de los hijos ya sea que vivan bajo el mismo techo o que se frecuenten se relaciona con satisfacciones especialmente para las mujeres. En aquellas mujeres que han permanecido solteras, su estado emocional tiende a ser variable, generalmente se verán envueltas en su trabajo la mayor parte del tiempo sin la intención de jubilarse o tratan de conseguir otras actividades relacionadas con su profesión que las mantenga ocupadas, en ocasiones sustituyen la compañía por animales, hermanos o sobrinos en caso de haber.

Rodríguez (1988) explica que las personas sin trabajo se sienten pérdidas, debido a que no se sabe que hacer con ese tiempo si fuera libre. Para estas mujeres el tiempo libre es algo que no se tiene contemplado como un problema, ya que el hecho de tener más tiempo libre, supone que pueden realizar ahora si sus actividades como lo tenían planeado ya que con el trabajo el tiempo dedicado a sus actividades no era el esperado. Esto promueve la búsqueda de otro tipo de actividades que siempre quisieron hacer y que por el trabajo no siempre las pudieron realizar, ahora este momento lo ven como la oportunidad de hacer lo que no pudieron. Por otro

lado, Moragas (1991) considera que "la mujer nunca se jubila" al dejar la población activa, sus responsabilidades domésticas absorben tiempo dedicado a actividades fuera del hogar y su tiempo sigue tan ocupado como antes, este trabajo parece defenderla de los efectos adversos de la jubilación, ya que nunca deja de tener un rol. Los efectos de la jubilación en la mayoría de las mujeres son escasos, pues lo que hace es cambiar una serie de actividades por otras que siempre habían realizado, pero para las que dispone de mayor tiempo; su trabajo no finaliza, pues diariamente se renuevan sus obligaciones.

De acuerdo con Erikson (1963, citado en Belsky) una vez formada la identidad y de ser capaces de intimar, somos capaces de dar un sentido más amplio, es decir, establecer y guiar a la generación siguiente y aunque esto puede significar la entrega a través de la educación a los hijos, este autor menciona que no es necesario ser padres para cumplir con esta labor, lo que implica fomentar el desarrollo de nuestros semejantes en cualquier aspecto de la vida. Además esta etapa de generatividad se expone tradicionalmente en la mujer mediante actividades sociales, el trabajo y la inmersión en la maternidad y en el cuidado de los seres queridos. Bajo esta perspectiva se muestra que estas mujeres dedicaron cerca de 25 años de su vida al trabajo,

específicamente al cuidado de pacientes, a la atención de las necesidades que el enfermo y la institución demandaban, y a su vez en el caso de aquellas mujeres que sostenían una familia, al cuidado de la misma, atendiendo a sus hijos en primera instancia, y para aquellas que no tienen hijos atendiendo a alguno de sus familiares que así lo necesitan. Esto representa que han sido mujeres que han generado y han cumplido con el propósito que esa etapa marca y lo que promueve que se domine la última labor, la de la vejez; etapa que estas mujeres en su mayoría esta próximas a entrar y donde tendrán que aceptar que las metas propuestas han sido resueltas y satisfactorias. Esto último se ve reflejado en el cambio de percepción en el área de satisfacción personal y/o laboral pues existió un cambio mientras se encontraban laborando y cuando se jubilaron, esto es una ventaja y una herramienta con la que cuentan para que estas mujeres no experimenten el sentimiento de desesperación ante la aproximación de la muerte, o que piensen que terminaran su vida sintiéndose deprimidas a causa de la jubilación y la llegada de la vejez.

Velarde-Jurado (2002) señala que cada uno de los dominios (físico, mental o social) que conforman el término calidad de vida, pueden ser medidos en dos dimensiones; la primera

compuesta por una evaluación objetiva de la salud funcional y la segunda, por una percepción subjetiva de la salud. Estas mujeres principalmente han valorado cuatro aspectos como los más importantes que determinan su calidad de vida, entre ellos la salud mental, la vitalidad, la función social y la salud general.

En lo que corresponde a la salud mental, estas mujeres consideran que es primordial contar con las capacidades de afrontar las tensiones de la vida cotidiana, estar preparadas para la llegada de la vejez, contar con las herramientas necesarias para hacerle frente, convivir con las personas y tomar decisiones, pues mantener una buena salud mental contribuirá de evitar de muchas enfermedades somáticas y afectivas como la depresión o la ansiedad.

La vitalidad nos habla de aquella energía con la que las mujeres cuentan para seguir realizando sus actividades, aquellas ganas que mantienen por seguir disfrutando de la vida que les da ahora la jubilación y de alguna manera dejando de lado algunos problemas que pudieran disminuir esta energía. Por lo que regularmente salen a realizar algunas actividades deportivas, recreativas, etc. O incluso a buscar nuevas actividades en las cuales se sientan productivas y que disfruten de ocupar su tiempo libre.

La función social es de suma importancia porque despierta un sentido de pertenencia y de sentirse productivas, por lo que estas mujeres lo consideran importante, realizan diversas actividades con su familia, con amigos o compañeros de trabajo, realiza actividades de mantenimiento y cuidados lo que las puede hacer sentir productivas y satisfechas con lo que aportan a la vida y a la sociedad.

En tanto a la salud general las personas siguen desarrollando patologías que por su propia etiología de alguna manera podrían ser prevenibles, se despliegan ciertas funciones vitales y psíquicas donde destacan las enfermedades como diabetes, hipertensión, cardiopatías, u otras enfermedades que limiten a sus actividades cotidianas.

Esto no quiere decir que los demás factores que abarca la calidad de vida no les importen pero dada la edad que representan, aún no están del todo presentes los problemas físicos, emocionales y los cambios percibidos en la salud aun no son tan notables pues consideran que son mínimos, lo que permite a estas mujeres aun realizar todas sus actividades sin grandes complicaciones.

Por otra parte se encontró un dato interesante, si bien es cierto que la jubilación no influye de una manera determinante en la calidad de vida, existe un factor que abarca la calidad de vida que si influyó mientras las mujeres

se encontraban laborando en las áreas evaluadas de la percepción de la jubilación, este es la vitalidad, es decir, a menor percepción de vitalidad, menores fueron las actividades y la convivencia familiar, la búsqueda de actividades para realizar en el tiempo libre y la satisfacción mientras laboraban. Esto podría ser que el agotamiento del trabajo disminuyera las energías para estas áreas.

Por otra parte la percepción después de la jubilación se ve influenciada por dos factores medidos por la calidad de vida; el primero es el dolor corporal, este pudiera influenciar en las relaciones sociales, es decir, aquellos malestares físicos pueden limitar de alguna manera el transporte, las salidas, y la convivencia con las amigos (os) o ex - compañeras (os) de trabajo incluso también con la familia, tal como lo menciona Lawton (2001, citado en Yanguas, 2006), la disminución física, el dolor y el malestar provocaran limitaciones en conductas cotidianas, actividades sociales y aspectos del día a día de las personas, todo esto juzgado por la propia persona; El segundo factor de nueva cuenta es la vitalidad que se relaciona de igual manera con las actividades y convivencia familiar y con el tiempo libre y sus ocupaciones, a menor vitalidad después de la jubilación

mayormente se verán afectadas estas dos áreas evaluadas en la jubilación.

Conclusión.

Los estudios realizados sobre la jubilación de alguna manera son extensos, muchos hablan sobre los efectos que se tienen al culminar la etapa laboral, pero algo que es importante mencionar, es que estas investigaciones están dirigidas a los efectos que se tienen en la población masculina, sin embargo pocos son los estudios que se tienen en relación a la mujer, por ejemplo ha existido una perspectiva donde se menciona que la razón del porque la mujer trabaja es por obtener un poco de dinero extra, esto quiere decir que en el momento en el que deja de laborar las repercusiones son mínimas o incluso nulas porque los motivos no son fuertes como para poder decir que existiera un problema de esta índole que pudiera afectar la calidad de vida futura.

Se pudo observar en los resultados que la jubilación no es un factor por separado que influya en la calidad de vida de estas mujeres, si existe una diferencia en cuanto a la percepción que tenían mientras se encontraban laborando y una vez jubiladas, pues como era de esperarse el trabajo absorbía a estas mujeres que les impedía dedicar tiempo a las áreas evaluadas y ahora con mayor tiempo libre pueden realizar estas actividades y todas las cosas que no pudieron lograr

por el trabajo, así se fortaleció la convivencia con sus familiares o amistades.

Se ha encontrado que la jubilación si juega un papel importante en la vida de las mujeres jubiladas, sin embargo no como tal en la calidad de vida. Por lo tanto se rechaza la hipótesis alterna y se acepta la hipótesis nula, donde la jubilación no influye en la calidad de vida de este grupo de mujeres jubiladas.

Ahora bien, la vejez esta relacionada con la jubilación y viceversa, esto porque la ley marca que a determinado tiempo de laborar, a determinada edad cumplida o según la perspectiva de la persona activa en cuanto a su salud se refiere, será un parte aguas para decidir su jubilación.

La pensión, la vivienda y el medio en el que se desenvuelvan serán más factores que determinen la calidad de vida. Ahora afortunadamente estas mujeres alcanzaron todavía un régimen en el cual se establece una pensión hasta el día de su deceso, lo que significa que el dinero no es una preocupación como tal, es muy cierto que el dinero no trae consigo felicidad pero vaya que si la tranquilidad, y esto es precisamente lo que este grupo de mujeres presentan.

Cuentan con una vivienda, las mujeres solteras algunas viven con sus hijos, en pocos casos con los nietos y con su conyugue en caso de tener, las que no viven con algún

familiar, lo que nos muestra que mantienen una red de apoyo fuerte sea cual sea el caso, y si esto fuera poco, las actividades que realizan con sus ex compañeras (os) de trabajo es un complemento que fortalece aun mas la red y propicia una identidad social, eleva su autoestima y disminuyen la sensación de soledad, o tristeza.

Un dato importante que se encontró en este estudio es que de alguna manera la calidad de vida es la que influenciará la vida en la jubilación, esto por todos los factores que abarca la misma, y principalmente aquellos que tienen que ver con la salud, pues es el principal motor para ir hacia adelante y no quedarse estancado en un estado de preocupación y sufrimiento.

Para concluir es importante determinar que son muchos los factores que se suman a la jubilación para determinar la calidad de vida. La jubilación no es un fenómeno aislado y mucho menos se tiene que ver como tal, es necesario conocer aun más allá, evitar todo tipo de mitos que se han generado en torno a esta y que lógicamente generan miedo e incertidumbre a las mujeres que están por vivir por primera vez esta etapa de la vida. No generalizar es una pauta importante pues como la literatura menciona, cada quien vive de una manera particular, cada quien experimenta de acuerdo a su propia perspectiva, lo cual hace de este tema de

investigación sea un tema complejo por su propia naturaleza y con gran variabilidad.

Alcances y limitaciones.

Dentro de los alcances de este estudio, se pueden mencionar los siguientes:

- La investigación puede ser una introducción para conocer más acerca de la mujer en el mundo laboral.
- Podemos conocer y observar si los cursos pre-jubilatorios tienen efectos positivos o no en esta población.

Sin embargo, en este estudio se encontraron algunas limitaciones:

- La muestra fue pequeña, lo que de alguna manera los resultados pueden llegar a ser poco representativos.
- El instrumento creado para la perspectiva de la jubilación solo mostraba los cambios que percibieron mientras trabajaba y después de la jubilación. Sin embargo detallarlo más para poder enriquecerlo podría darnos información mas precisa respecto a otras áreas de interés particular.

Bibliografías.

- Artous, A. (1979). *Los orígenes de la Opresión de la Mujer, Sistema Capitalista y Opresión de la Mujer 2ª Edición*. Ed. Fontamara. Barcelona.
- Angermeyer, M. C., y Killian, R. (2000). *Modelos teóricos de calidad de vida en los trastornos mentales*. En H. Katschnig, H. Freeman y N. Sartorius (eds.): *Calidad de vida en los trastornos mentales*. Ed. Masson. Barcelona.
- Asili, N. (2004). *Vida plena en la vejez*, Ed. Pax México. México
- Barranco, A. (2007). *Enfermería de salud mental: Instituciones sanitarias*. Temario. México: CEP.
- Barrantes-Monge, M., García-Mayo, E. Gutiérrez-Robledo, L., Miguel-Jaimes, A. (2007). *Dependencia funcional y enfermedades crónicas en ancianos mexicanos*. *Salud Pública de México*, 49 (suppl.4), S459-S466.
- Belsky, J. 2001. *Psicología del envejecimiento*. Ed. Thomson Learning, Madrid, España.
- Bernard M., Juan Antonio. (2008). *El bienestar psicológico de las personas mayores: programa de aprendizaje para la tercera edad*. Ed. Hergué. Huelva, España.
- Branden, N. (1994). *El respeto hacia uno mismo*. Ed. Paidós. México.
- Branden, N. (1998). *Los seis pilares de la autoestima*. Ed. Paidós. Barcelona, España.

- Buendía, J. & Riquelme, A. (1991). *Depresión, autoestima y apoyo social en ancianos*. Actas del III Congreso de Evaluación Psicológica. Barcelona, Septiembre.
- Buendía, J. (1994). Comp. *Envejecimiento y psicología de la salud*. Siglo XXI editores, España.
- Buendía, J. y Riquelme, A. (1994), *Jubilación, Salud y Envejecimiento*. Siglo XXI editores, España.
- Cardona. E. D., Estrada, R. A. & Agudelo, G. H. (2002). *Envejecer nos toca a todos. Caracterización de algunos componentes de calidad de vida y de condiciones de salud de la población adulta mayor*. Medellín: Facultad Nacional de Salud Pública "Héctor Abad Gómez", Universidad de Antioquia.
- Carstensen, L.L. (1990). *Cambios relacionados con la edad en la actividad social*. En L.L. Carstensen y B.A. Edelstein (drs.), *Gerontología clínica. Intervención psicológica y social* (pp.58-73). Barcelona: Martínez Roca.
- Craig, G., Baucum, D., & Percina, J. (2001). *Desarrollo Psicológico*. Ed. Pearson Educación. México.
- Cornachione L., Maria A. (2003). *Psicología evolutiva de la vejez*. Ed. Brujas, Cordoba, Argentina.
- Daniel, C. Y. (2002). "Discusión actual acerca de los programas públicos de pensiones y el destino de sus fondos". En: *Sobre las rentas de Retiro y Jubilación: ¿quién debe elegir y por qué?* México: Universidad Autónoma Metropolitana - Xochimilco (Departamento de Producción Económica) pp. 1-15.

- De Guzmán, M. (2000). *La jubilación y el profesor. Del jubilarte al deponerte: de la alegría del descanso... a la realidad de la marginación*. Barcelona: Cooperativa Universitaria Sant Jordi.
- Díez, N. (2005). *Seminario Internacional sobre el envejecimiento*, Madrid.
- Engels, F. (1977). *El papel del trabajo en la transformación del mono en hombre*. Ed. Publicaciones Cruz, O, S.A.: México.
- Elías, N. & Dunning, E. (1996) *La búsqueda de la emoción en el ocio*. En: *Deporte y ocio en el proceso de la civilización*. Ed. Fondo de Cultura Económica, Págs. 83-115. México.
- Fernández-Ballesteros, R. (2000). *Gerontología Social*. Ed. Pirámide. Madrid, España.
- Fernández-Ballesteros, R. (2007). *Las actividades físico-deportivas como recurso de salud, bienestar y calidad de vida de los mayores*. 2do. Congreso Internacional de Actividad Físico Deportiva para Mayores. Málaga.
- García, J. (2003). *La vejez*. Ed., Plaza y Valdez. México.
- Herrera, O. I. (2002) *Vejez*. En: S. L. Ramos. *Lo corporal y lo psicosomático: Reflexiones y aproximaciones I*. Ed. Plaza y Valdez Editores, Pág. 317-326. México.
- INEGI, *La tercera edad en México*. México: INEGI 1996.
- Kalish, R. A. (1996) *Relaciones con los demás*. En: *La vejez: perspectivas sobre el desarrollo humano*. Ed. Pirámide. P.p. 134-186. Madrid.

- Kastanbaum, R. (1980). *Vejez: años de plenitud*. Ed. Harper y Row latinoamericana. México.
- Laforest, J. (1991). *Introducción a la Gerontología: el arte de envejecer*. Ed. Herder. España.
- Lemme, B. (2003). *Desarrollo en la edad adulta*. Ed., Manual Moderno, México.
- Lerner, L. (2003). *Del Automaltrato a la autoestima: En busca de la salud*. Lugar editorial. Buenos aires.
- López, T (2001). *Excelencia personal. Reflexiones desde las lecturas de S. Covey y la experiencia personal*, serie: liderazgo social, Fascículo N° 2. Bolivia.
- Mendoza-Núñez, V. M. (2003). *Aspectos psicosociales de las enfermedades crónicas en la vejez en el contexto de pobreza*.
- Mendoza-Núñez, V. M., Martínez-Maldonado, M. L., & Vargas-Guadarrama, L. A. (2004). *Gerontología Comunitaria*. FES Zaragoza, UNAM. México.
- Mishara B. L. y Riedel, R. G, (1986). *El proceso de envejecimiento*, Ed. Morata, Madrid.
- Moragas, M. R. (1991) *Tiempo Libre, ocio, actividades*. En: *Gerontología social: envejecimiento y calidad de vida*. Ed. Herder, Págs. 225-255. Barcelona.
- Moragas M. R. (1999). *El reto de la dependencia al envejecer*. Ed. Herder. Barcelona.
- Moreno, B. & Ximénez, C. (1996). *Evaluación de la calidad de vida*. En Buela-Casal, G.

- Muñoz Tortosa, J. (2002). *Psicología del envejecimiento*, Ed. Pirámide, P.p. 204. Madrid.
- Navarro, E.; Calero, M.; López, Á.; Torres, I.; Calero, J. y Gómez, A. (2008). *Nivel de independencia en la vida diaria y plasticidad cognitiva en la vejez*. Escritos de Psicología 2-1: 74-84.
- Oblitas, L (2004). *Psicología de la salud y calidad de vida*. Ed. International Thomson Editores. P.p. 249. México.
- Organización Mundial de la Salud. (1998). *Envejecimiento Saludable: El envejecimiento y la actividad física en la vida diaria. Programa sobre envejecimiento activo y salud*. Ginebra-Suiza.
- Palomba R. (2002). *El concepto y medición de la calidad de vida en adultos mayores*. Ponencia presentada en el Taller sobre Calidad de vida y redes de apoyo de los adultos mayores. CELADE- División de Población de la CEPAL, 24 de julio de 2002.
- Rodríguez, E. M. (1988). *Personalidad y Motivación. En: Motivación al trabajo*. México: Manual Moderno, Serie: Capacitación Integral, 2ª ed. P.p. 36-80.
- Rodríguez, S. V. & Amartya, J. S. (2000). *Desarrollo humano: un encuentro con el ser vivo*. Ed. Planeta. Madrid, España.
- Salgado de Zinder, V y Wong, R. *Envejecimiento en la pobreza. Género, Salud y calidad de vida*. Instituto Nacional de Salud Pública, pp. 57-89. México.

- Satir, V. (1991). *Relaciones humanas en el núcleo familiar*. Ed. Pax. México.
- Stuart-Hamilton, I. (2002). *Psicología del Envejecimiento*, Ed. Morata. Madrid, España.
- Velarde-Jurado, E. (2002^a). *Consideraciones metodológicas para evaluar la calidad de vida*. *Salud Pública de México*, 44, 448-463.
- Velarde-Jurado, E. (2002b). *Evaluación de la calidad de vida*. *Salud Pública de México*, 44, 349-361.
- Villa Carrandi Covadonga (2005). *La vida en la jubilación*. Ed. Trillas: Universidad Anahuac, México.
- Von Hahn, H. P. (1977). *Geriatría Práctica*. Ed. Manual Moderno. México.
- Wong, R. & Espinoza, M. (2002 Diciembre). *Bienestar económico de la población de edad media y avanzada en México: primeros resultados del estudio nacional de salud y envejecimiento en México*. Trabajo presentado en el Congreso de reunión de expertos en redes de apoyo social a personas adultas (1-26), Santiago de Chile.
- Yanguas, J. J. (2006). *Análisis de calidad de vida relacionada con la salud en la vejez desde una perspectiva multidimensional*. Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO). Madrid, España.

Referencias

- Bautista, C. (2001). *Autoestima en padres que tienen hijos con discapacidad*, Tesis de Licenciatura no publicada, Universidad Nacional Autónoma de México Campus Iztacala, Edo. De México., México.
- Bayarre, D., Pérez, J., & Menéndez, J. (2006). *Las Transiciones Demográfica y Epidemiológica y la Calidad de Vida Objetiva en la Tercera Edad*. Revista de Gerontología 1.
- Bianchi, H; Gagey, J; Moreigne, J. Balbo, G; Poivet, D. Y.; Tomas, L. V. (1992). *La cuestión del envejecimiento; perspectivas psicológicas*. V. 61 (Colección de textos y temas psicológicos). Ed. Biblioteca nueva, Madrid.
- Campos, L. (2009). *Los estilos de vida y los valores interpersonales según la personalidad en jóvenes del departamento de Huánaco*. Revista de investigación en Psicología. 12(02). 89-100.
- Castellón, A (2003). *Calidad de vida en la atención al mayor*. Revista Multidisciplinaria Gerontológica. 13. (3): 188-192.
- Diener, E. (1984). *Subjective well-Being*. Psychological Bolletín, 95, 542-575.
- Fernández-Ballesteros, R. y Macia, A. (1993). *Calidad de vida en la vejez*. Intervención social, Vol II, 5, 77-94
- Gómez, R., (2001) *La transición en epidemiología y salud ¿Explicación o condena?* Revista Facultad Nacional de Salud Pública. 19(2).

- Herrera, J. M., Barranco, C. E., Chaxiraxi, M. M., Herrera R. M., Rodríguez, M. I., et al. (2004). *La autoestima como predictor de calidad de vida en los mayores*. *Revista de Trabajo Social*. 4, P.p. 171-178.
- María, B. Montoro (2006). *Modelos sociológicos de la vejez y su repercusión en los medios*. *Reconstruyendo identidades. Una visión desde el ámbito educativo*. *Revista Comunicación e Ciudadanía*, 4.
- Maya L. Elena (1997). *Componentes de la calidad de vida en los adultos mayores*. Centro de documentación virtual en recreación, tiempo libre y ocio, Costa Rica, 2003. www.funlibre.org/documentos/lemaya2.htm#_edn1.
- Marsellach, U. G. (2001) *La depresión en los jubilados*. España; KamePG Design: <http://www.kapg.net/psico/articulos/jubilados.htm>
- Montes, M. L. (2006). *Calidad de vida*. *Revista Mexicana de Medicina Física y Rehabilitación*, 18, 5-6.
- National Research Council. (2001). *Preparing for an aging world. The case for cross-national research*. Washington, D. C.: National AcademyPress.
http://www.cepal.org/celade/noticias/paginas/9/12939/EPS9_JMGSHNVM0.pdf)
- Peña B., Terán M., Moreno F., & Bazán M. (2009). *Autopercepción de la calidad de vida del adulto mayor e la Clínica de Medicina Familiar Oriente del ISSSTE*. *Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas*. 14(2):53-61

- Reig, A., Cabrero, J. & Richard, M (1996). *Comportamiento y salud en la vejez*. *Revista de Geriátria y Gerontología*. 3(1). 37-64.
- Salud Pública de México (1999), *Evaluación del estado de salud con la Encuesta SF-36: resultados preliminares en México*. México vol. 41 N.2 Cuernavaca Mar./Apr.
http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36341999000200005
- Schwartzmann, L. (2003). *Calidad de vida relacionada con la salud: aspectos conceptuales*. *Revista de Ciencia y Enfermería*. 9(2).
- Velázquez, M. (2004). *El envejecimiento en la población*. Ciencia 75. Disponible en www.ejournal.unam.mx.

Anexos.

Cuestionario de salud SF-36

INSTRUCCIONES

Las preguntas que siguen se refieren a lo que usted piensa sobre su salud. Sus respuestas permitirán saber cómo se encuentra usted y hasta qué punto es capaz de hacer sus actividades habituales. Conteste cada pregunta tal como se indica. Si no está segura de cómo responder a una pregunta, por favor conteste lo que le parezca más cierto. Marque una sola respuesta ya sea tachando el número de la respuesta o subrayando la opción que elija.

1. En general, usted diría que su salud es:

1. Excelente 2. Muy buena 3. Buena 4. Regular 5. Mala
 2. ¿Cómo diría que es su salud actual, comparada con la de hace un año?

1. Mucho mejor ahora que hace un año 2. Algo mejor ahora que hace un año
 3. Más o menos igual que hace un año 4. Algo peor ahora que hace un año
 5. Mucho peor ahora que hace un año

LAS SIGUIENTES PREGUNTAS SE REFIEREN A ACTIVIDADES O COSAS QUE USTED PODRÍA HACER EN UN DÍA NORMAL.

3. Su salud actual, ¿le limita para hacer **esfuerzos intensos**, tales como correr, levantar objetos pesados, o participar en deportes agotadores?

1. Sí, me limita mucho 2. Sí, me limita un poco 3. No, no me limita nada

4. Su salud actual, ¿le limita hacer **esfuerzos moderados**, como mover una mesa, pasar la aspiradora, jugar a los bolos o caminar más de una hora?

1. Sí, me limita mucho 2. Sí, me limita un poco 3. No, no me limita nada

5. Su salud actual, ¿le limita para **tomar o llevar la bolsa de la compra**?

1. Sí, me limita mucho 2. Sí, me limita un poco 3. No, no me limita nada

6. Su salud actual, ¿le limita para **subir varios pisos** por la escalera?

1. Sí, me limita mucho 2. Sí, me limita un poco 3. No, no me limita nada

7. Su salud actual, ¿le limita para **subir un solo piso** por la escalera?

1. Sí, me limita mucho 2. Sí, me limita un poco 3. No, no me limita nada

8. Su salud actual, ¿le limita para **agacharse o arrodillarse**?

1. Sí, me limita mucho 2. Sí, me limita un poco 3. No, no me limita nada

9. Su salud actual, ¿le limita para caminar **un kilómetro o más**?

1. Sí, me limita mucho 2. Sí, me limita un poco 3. No, no me limita nada

10. Su salud actual, ¿le limita para caminar **varias manzanas** (varios centenares de metros)?

1. Sí, me limita mucho 2. Sí, me limita un poco 3. No, no me limita nada

11. Su salud actual, ¿le limita para caminar **una sola manzana** (unos 100 metros)?

1. Sí, me limita mucho 2. Sí, me limita un poco 3. No, no me limita nada

12. Su salud actual, ¿le limita para **bañarse o vestirse por sí misma**?

1. Sí, me limita mucho 2. Sí, me limita un poco 3. No, no me limita nada

LAS SIGUIENTES PREGUNTAS SE REFIEREN A PROBLEMAS EN SU TRABAJO O EN SUS ACTIVIDADES COTIDIANAS.

13. Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo que **reducir el tiempo** dedicado al trabajo o sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?

1. Sí 2. No

14. Durante las 4 últimas semanas, ¿**hizo menos** de lo que hubiera querido hacer, a causa de su salud física?

1. Sí 2. No

15. Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo que dejar de hacer algunas tareas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?

1. Sí 2. No

16. Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo **dificultad** para hacer su trabajo o sus actividades cotidianas (por ejemplo, le costó más de lo normal), a causa de su salud física?

1. Sí 2. No

17. Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo que **reducir el tiempo** dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimida, o nerviosa)?

1. Sí 2. No

18. Durante las últimas 4 semanas, ¿**hizo menos** de lo que hubiera querido hacer, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimida, o nerviosa)?

1. Sí 2. No

19. Durante las 4 últimas semanas, ¿no hizo su trabajo o sus actividades cotidianas tan **cuidadosamente** como de costumbre, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimida, o nerviosa)?

1. Sí 2. No

20. Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto su salud física o los problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales habituales con la familia, los amigos, los vecinos u otras personas?

1. Nada 2. Un poco 3. Regular 4. Bastante 5. Mucho

21. ¿Tuvo dolor en alguna parte del cuerpo durante las 4 últimas semanas?

1. No, ninguno mucho 2. Sí, muy poco 3. Sí, un poco 4. Sí,
5. Sí, muchísimo

22. Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto el dolor le ha dificultado su trabajo habitual (incluyendo el trabajo fuera de casa y las tareas domésticas)?

1. Nada 2. Un poco 3. Regular 4. Bastante 5. Mucho

LAS PREGUNTAS QUE SIGUEN SE REFIEREN A CÓMO SE HA SENTIDO Y CÓMO LE HAN IDO LAS COSAS DURANTE LAS 4 ÚLTIMAS SEMANAS. EN ES CADA PREGUNTA RESPONDA LO QUE SE PAREZCA MÁS A COMO SE HA SENTIDO USTED.

23. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió llena de vitalidad?

1. Siempre 2. Casi siempre 3. Muchas veces 4. Algunas veces
5. Sólo alguna vez 6. Nunca

24. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo estuvo muy nerviosa?

1. Siempre 2. Casi siempre 3. Muchas veces 4. Algunas veces
5. Sólo alguna vez 6. Nunca

25. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió tan baja de moral que nada podía animarle?

1. Siempre 2. Casi siempre 3. Muchas veces 4. Algunas veces
5. Sólo alguna vez 6. Nunca

26. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió calmada y tranquila?

1. Siempre 2. Casi siempre 3. Muchas veces 4. Algunas veces
5. Sólo alguna vez 6. Nunca

27. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo tuvo mucha energía?

1. Siempre 2. Casi siempre 3. Muchas veces 4. Algunas veces
5. Sólo alguna vez 6. Nunca

28. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió desanimada y triste?

1. Siempre 2. Casi siempre 3. Muchas veces 4. Algunas veces
5. Sólo alguna vez 6. Nunca

29. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió agotada?

1. Siempre 2. Casi siempre 3. Muchas veces 4. Algunas veces
5. Sólo alguna vez 6. Nunca

30. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió feliz?

1. Siempre 2. Casi siempre 3. Muchas veces 4. Algunas veces
5. Sólo alguna vez 6. Nunca

31. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió cansada?

1. Siempre 2. Casi siempre 3. Muchas veces 4. Algunas veces
5. Sólo alguna vez 6. Nunca

32. Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia la salud física o los problemas emocionales le han dificultado sus actividades sociales (como visitar a los amigos o familiares)?

1. Siempre 2. Casi siempre 3. Muchas veces 4. Algunas veces
5. Sólo alguna vez 6. Nunca

POR FAVOR, DIGA SI LE PARECE CIERTA O FALSA CADA UNA DE LAS SIGUIENTES FRASES.

33. Creo que me pongo enferma más fácilmente que otras personas.

1. Totalmente cierta 2. Bastante cierta 3. No lo sé 4. Bastante falsa
5. Totalmente falsa

34. Estoy tan sana como cualquiera.

1. Totalmente cierta 2. Bastante cierta 3. No lo sé 4. Bastante falsa
5. Totalmente falsa

35. Creo que mi salud va empeorar.

1. Totalmente cierta 2. Bastante cierta 3. No lo sé 4. Bastante falsa
5. Totalmente falsa

36. Mi salud es excelente.

1. Totalmente cierta 2. Bastante cierta 3. No lo sé 4. Bastante falsa
5. Totalmente falsa
-

PERSPECTIVA DE LA JUBILACIÓN

El presente instrumento tiene por objetivo recolectar información relacionada con la jubilación. Le pido sea lo más sincero posible en sus respuestas y conteste a todas las preguntas que se formulan. Recuerde no existen respuestas correctas o incorrectas. La información que me proporcione será totalmente confidencial y anónima.

Datos personales.

Edad: _____ Estado civil: _____ Último grado de estudio: _____
 Puesto ocupado: _____ A que edad inicio a laborar: _____
 A que edad se jubilo: _____ Tiempo que lleva jubilada: _____
 Numero de integrantes en la familia con quien vive actualmente: _____
 Numero de hijos: _____
 Actualmente con quien vive: _____
 Nivel socioeconómico: a) Bajo b) Medio-Bajo c) Medio d) Medio-Alto e) Alto
 Personas que dependen económicamente de usted: _____

A continuación se le mostrarán una serie de situaciones divididas en dos secciones: la primera “Mientras me encontraba laborando...” y la segunda “Después de mi jubilación...”. En las cuales le pido que marque con una “X” la casilla que más se asemeje de acuerdo a su propia perspectiva tomando en cuenta las siguientes opciones:

Muy frecuentemente	4
Frecuentemente	3
A veces	2
Rara vez	1
Nunca	0

Mientras me encontraba laborando.

		Nunca 0	Rara vez 1	A veces 2	Frecuent. 3	Muy frec. 4
1	Solía hacer actividades con mi familia entre semana cuando regresaba de trabajar.					
2	Solía reunirme con mis compañeras (os) de trabajo para realizar actividades deportivas.					
3	Me ocupaba en actividades domésticas.					
4	Los fines de semana en casa para mi eran satisfactorios.					
5	Buscaba actividades recreativas con mi familia cuando regresaba de trabajar.					
6	Realizaba actividades NO relacionadas a mi trabajo con mis compañeras (os) de trabajo.					
7	Buscaba actividades recreativas.					
8	Me satisfacía mi trabajo.					
9	Dedicaba mi tiempo libre en diversas actividades con mi familia los fines de semana.					
10	Regularmente veía a mis compañeras (os) de trabajo para realizar actividades recreativas.					
11	Tenía la posibilidad de viajar.					
12	Me encontraba satisfecha cuando realizaba actividades recreativas, deportivas o viajaba.					
13	Me ocupaba en actividades domésticas con mi familia cuando regresaba de trabajar.					
14	Me ponía de acuerdo para salir con mis compañeras (os) de trabajo para tomar un café, comer o conversar en mi tiempo libre.					
15	En mi tiempo libre buscaba diversas actividades.					
16	El trabajo le daba sentido a mi vida.					
17	Tenía la posibilidad de viajar con mi familia cuando me encontraba laborando.					

		Nunca 0	Rara vez 1	A veces 2	3	4 frec. Muy
18	Frecuentaba a mis compañeras (os) de trabajo para salir de compras o a algún evento.					
19	Cuidaba de hijos, nietos o familiares.					
20	Estando trabajando pensaba constantemente en jubilarme.					
21	Realizaba actividades deportivas con mi familia cuando regresaba de trabajar.					
22	Tenia la posibilidad de salir de viaje con compañeras (os) de trabajo.					
23	Practicaba actividades deportivas.					
24	Cuando trabajaba me sentía una persona productiva.					

Después de la Jubilación.

		Nunca 0	Rara vez 1	A veces 2	Frecuent. 3	Muy frec. 4
23	Suelo realizar actividades con mi familia durante la semana.					
24	Regularmente veo a mis ex – compañeras (os) de trabajo para realizar actividades deportivas.					
25	Hago actividades domésticas.					
26	Los fines de semana para mi son satisfactorios.					
27	Realizo actividades recreativas con mi familia.					
28	Llego a salir con mi ex – compañeros para realizar algún tipo de actividad.					
29	Busco actividades recreativas.					
30	Considero que la jubilación es satisfactoria.					

		Nunca 0	Rara vez 1	A veces 2	3	4 frec.
31	Los fines de semana realizo diversas actividades con mi familia.					
32	Suelo reunirme con mi ex – compañeras (os) de trabajo para realizar actividades recreativas.					
33	Suelo salir de viaje.					
34	Me encuentro satisfecha cuando busco actividades recreativas, deportivas o salgo de viaje.					
35	Ocupo el tiempo libre en realizar actividades domésticas con mi familia.					
36	Me pongo de acuerdo con mis ex – compañeras (os) de trabajo para tomar un café, comer o conversar.					
37	Busco nuevas actividades para ocupar mi tiempo libre.					
38	La jubilación le dio un sentido a mi vida.					
39	Con mi familia suelo salir de viaje.					
40	Frecuento a mis ex – compañeras (os) de trabajo para salir de compras o asistir a algún evento.					
41	Cuido de hijos, nietos o familiares.					
42	He pensado en la posibilidad de volver a trabajar.					
43	Práctico actividades deportivas con mi familia.					
44	Tengo la posibilidad de salir de viaje con mis ex – compañeras (os) de trabajo.					
45	Práctico actividades deportivas.					
46	Al jubilarme me siento tan productiva como cuando trabajaba.					

AGRADEZCO SU ATENCIÓN Y TIEMPO.