



UNIVERSIDAD LATINA.

CAMPUS CUERNAVACA

CON INCORPORACIÓN A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MÉXICO CON CLAVE 8344-25

LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA

EL PROCESO JUBILATORIO COMO FACTOR DE LA
DEPRESIÓN EN ADULTOS MAYORES DE 60 A 70 AÑOS

TESIS

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

QUE PRESENTA:

JOSÉ ARMANDO HERNÁNDEZ DELGADO

ASESOR DE TESIS: DR. JONATAN FERRER ARAGÓN

COMITÉ RECEPCIONAL.

DRA. OLGA MARIA SALINAS AVILA

MTRA. CARMEN DE JESUS MARQUEZ FLORES

CUERNAVACA, MORELOS.

ENERO 2023



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

DEDICATORIAS

A todos mis profesores de la institución educativa UNILA, les agradezco por cada uno de sus conocimientos brindados, las materias no serían nada sin ustedes, el material lo brindo la institución, pero la pasión y amor por la enseñanza es por ustedes, cada una de las lecciones y paciencia impartida por cada uno de ustedes refleja el sentimiento y cariño que tienen a la docencia y que con mucho gusto han compartido con nosotros, la experiencia universitaria no hubiera sido la misma sin ustedes.

A mis padres, por apoyarme en esta decisión y por brindarme su mano cada que lo necesitaba, por levantarse temprano cada que salía rumbo a la universidad y que vivieron cada día de estrés conmigo, sin ustedes no sería capaz lo que estoy logrando hoy y por eso los quiero, el conocimiento es la mayor herencia que me pueden dar.

A mi esposa y mi hijo por ser los pilares de mi motivación para la realización de esta investigación, ambos me han apoyado para lograr cada uno de mis objetivos con el fin de cumplir cada uno de nuestros sueños, gracias por todo y cada uno de sus desvelos a mi lado, gracias por cada palabra y por cada ayuda, los amo y los amare siempre.

Les dedico mi trabajo.

AGRADECIMIENTOS

El presente trabajo de investigación fue realizado a base de mucho esfuerzo y horas de empeño con el fin de realizar un proyecto digno, reconozco el apoyo de mi familia, mi esposa y mi hijo, que me entendieron y comprendieron durante todo este proceso, haciendo más ameno las noches de desvelo.

Gracias a mis padres, porque a pesar de las adversidades siempre tuve su apoyo incondicional en cada proceso universitario que enfrente, este presente trabajo no hubiera sido posible sin ellos, gracias por todo el apoyo que me brindaron durante todo este tiempo y nada de lo que hicieron fue en vano.

A mis profesores que durante toda la carrera me dieron de sus conocimientos, haciendo especial mención a los profesores Jonatan Ferrer, Amador Ocampo y Carmen Márquez, fueron de vital importancia en el desarrollo de mi investigación y durante toda mi vida universitaria aprendí mucho de cada uno de ustedes, me enseñaron a ser un mejor psicólogo y persona.

Gracias a Dios porque tú no me has dejado, tu infinita misericordia se muestra delante de mí, porque tus promesas son para siempre y me bendices cada día más y más, solo tú eres digno de honra.

ÍNDICE

DEDICATORIAS	I
AGRADECIMIENTOS	II
RESUMEN	V
INTRODUCCIÓN	VI
CAPÍTULO I. ANTECEDENTES DE INVESTIGACIÓN	1
1.1 Antecedentes	1
1.2 Planteamiento del problema.....	6
1.3 Preguntas particulares de investigación.....	8
1.4 Objetivos de investigación	8
1.4.1 Objetivo general.....	8
1.4.2 Objetivos específicos	8
1.5 Hipótesis de investigación.....	8
1.5.1 Hipótesis nulas.....	8
1.5.2 Hipótesis alternas	9
1.6 Justificación.....	9
1.7 Alcances y limitaciones	10
CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO.....	12
2.1 El envejecimiento y la vejez	12
2.2 Cambios físicos, afectivos y sociales de la vejez.....	15
2.3 La jubilación y la vejez	20
2.4 Implicaciones emocionales de la vejez	25

2.5 La jubilación y la depresión en el adulto mayor.....	29
2.6 Evaluación y diagnóstico de la depresión en el adulto mayor	33
CAPÍTULO III. MÉTODO.....	37
3.1 Tipo y diseño de la investigación	37
3.2 Participantes	38
3.3 Técnicas e instrumentos de la investigación	39
3.4. Procedimiento de la investigación.....	40
CAPÍTULO IV. RESULTADOS.....	41
Discusión	44
Conclusiones.....	47
REFERENCIAS.....	48
Anexo A: Carta de Consentimiento Informado	56
Anexo B: Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage	57
Anexo C: Escala de Depresión de Beck.....	58

RESUMEN

La siguiente investigación es un trabajo que analiza una problemática en nuestra sociedad actual, la cual es la depresión en el adulto mayor al momento de la jubilación, siendo un punto de importante cambio en la vida, debido a que no se concibe el proceso de la jubilación hasta que se presenta.

El objetivo principal del trabajo fue conocer si la jubilación influía en la aparición de la depresión en el adulto mayor, enfocándonos en la complejidad y todo lo que implica el proceso de jubilación en el ser humano siendo un cambio radical en su desarrollo, donde la mayoría de la población mexicana no prevé un plan de vida para su retiro.

Los participantes del proyecto fueron adultos mayores de una edad entre 60 y 70 años, debido a que es la edad promedio en la que un adulto mayor en México alcanza la jubilación, los instrumentos que se utilizaron fueron la Escala de depresión geriátrica de Yesavage y la escala de depresión de Beck, se obtuvieron resultados donde los jubilados con mayor nivel de escolaridad presentaron bajos niveles de depresión a comparación de los jubilados con menor nivel de escolaridad, infiriendo que se debe a cuestiones económicas, se concluye que se debe aumentar la muestra para poder obtener mayores resultados.

Esta investigación ayuda a futuras generaciones a tener un panorama más amplio sobre los niveles de depresión que se encuentran en el adulto mayor dentro de la jubilación, procurando la salud mental en este sector de la población.

INTRODUCCIÓN

El presente documento se elaboró a partir de una investigación cuyo fin fue analizar y conocer la relación entre la depresión y la de la jubilación problemática en adultos mayores de 60 a 70 años.

En la primera parte del documento se abordan las investigaciones más recientes sobre el tema, presentando información relevante sobre las variables de estudio, con la intención de proporcionar un contexto de la problemática actual que se vive en torno a la jubilación y su posible relación con la depresión en el adulto mayor. También, se delimitan las preguntas y objetivos. Se continúa con la justificación del trabajo y se finaliza presentando los alcances y limitaciones.

El siguiente aspecto trata sobre la metodología aplicada, se describe el enfoque, tipo y diseño de la investigación, el cual corresponde a un enfoque cuantitativo no experimental de tipo descriptivo con alcance comparativo, el proceso de obtención de resultados y las técnicas de recolección de datos fue por medio la aplicación de escalas validadas, así como los criterios de inclusión y exclusión son la participación voluntaria a la aportación dentro de la investigación, tener un rango de edad de 60 a 70 años, no presentar ninguna enfermedad que imposibilite la correcta aplicación de las escalas, así como dejar incompleta alguna de las escalas, finalmente se describe el procedimiento de la investigación donde se tuvo que acceder a la muestra por medio de los grupos sociales, se habilito una liga web donde se encontraban la Escala de depresión geriátrica de Yesavage y la Escala de depresión de Beck-II, pidiendo la autorización de cada participante.

CAPÍTULO I. ANTECEDENTES DE INVESTIGACIÓN

1.1 Antecedentes

En la ciudad de Madrid, España se realizó una investigación por Tomas (2005) que mostró una perspectiva psicosocial para el abordamiento de personas adultas mayores en el proceso de jubilación, se trató las distintas perspectivas teóricas, debido a que se anexó los paradigmas en los que se desenvuelve el envejecimiento y la jubilación. En el artículo se presentó la perspectiva psicosocial del envejecimiento como un acontecimiento físico-biológico, como una manera inicial de abordar el proceso de envejecimiento y su conexión con la culminación de los procesos laborales. Indicó que lo físico-biológico no se puede negar, el envejecimiento es biológico y el interés de las personas en la última etapa de la vida tiene su origen en las ciencias naturales, concretamente en la medicina y en la biología. En su documento abordó los procesos psicológicos que se vieron afectados en el proceso de envejecimiento como: la disminución de la percepción sensorial, la disminución de la motricidad. De igual forma los condicionantes sociales que se encontraron en el análisis sobre el envejecimiento y el proceso de jubilación que enfrentaron cada uno de los adultos mayores se vieron influenciados por distintos factores económicos y políticos a los que se enfrentan las personas jubiladas.

En el mismo orden de ideas, Acosta y García (2007) mencionaron en su estudio realizado en la Universidad Veracruzana que los problemas psicológicos por antonomasia en los adultos mayores son los referentes a su funcionamiento psicológico, es decir, a trastornos afectivos tales como la depresión y la ansiedad. Los resultados del estudio demostraron que existen indicadores significativos de ambos constructos en la población estudiada, lo cual pudo tener un origen multifactorial en los participantes y que dio pauta a una mayor investigación. Se analizó la calidad de vida de cada participante para conocer a mayor profundidad los factores de la depresión y la ansiedad en los adultos mayores jubilados.

En el mismo sentido, Zavala y Domínguez (2009) realizaron un estudio cuyo objetivo fue identificar la frecuencia de depresión y disfunción familiar, y sus factores asociados en adultos mayores de Tabasco, México. La muestra se compuso por 60 mujeres y 40 varones urbanos de clase media. Utilizaron los siguientes instrumentos: cuestionario Apgar familiar y la escala de Yessavage versión reducida. Se identificó que la prevalencia de disfunción familiar percibida y la depresión observada en la muestra era elevada. El superar la esperanza de vida nacional era un factor asociado a disfunción familiar, al igual la baja escolaridad desempeñó un papel importante en el desarrollo de depresión en el adulto mayor, junto con la falta de pareja sentimental y empleo.

Otro estudio sobre la temática es el de Carrasco, Hernández y Gómez (2009) mencionaron en su investigación datos relevantes que permitieron determinar la prevalencia de la depresión en pacientes ancianos ingresados en el hospital de día, con mayor predominancia en el sexo femenino. La edad de mayor riesgo se encontró comprendida entre los 60 – 79 años, también que el encontrarse dentro del estatus emocional de la viudez aumentó las posibilidades de padecer depresión. De manera similar, que pertenecer a familias disfuncionales con una dinámica familiar inadecuada la depresión leve fue la que mayor predominancia.

A su vez, en la investigación de García-Pérez (2010) reveló que entre el 10 y 15% de la población anciana de una comunidad padecieron algún grado de depresión. En personas de tercera edad la ansiedad puede presentarse como un síntoma, un síndrome o un trastorno o ser un estado psiquiátrico comórbido (por ejemplo, depresión o demencia) o ser provocado por enfermedades o medicamentos. La jubilación llamada también retiro laboral, es el cese total o parcial del trabajo que llega generalmente por la edad o por enfermedad, así la jubilación no depende de la capacidad de cada uno para el trabajo, sino de la situación que llega a alcanzar a cierta edad. A lo largo de la vida, el ser humano se enfrenta a sucesos que generan tensión, definiéndose ésta como un estado de angustia por la incertidumbre frente a un acontecimiento que no se supo cómo resolver. Dependió del tipo de personalidad, cada ser humano

respondió diferente ante cierta situación. Muchos son los eventos que pueden provocar en el adulto mayor, grados de tensión, el mismo envejecimiento, la jubilación, enfrentarse a la muerte pueden provocar síndromes de depresión y ansiedad. Algunas personas de tercera edad durante el periodo de jubilación, se vieron afectados por factores, sociales, económicos, físicos, familiares y psicológicos que les provocó síntomas de depresión y ansiedad. La información recabada por medio de los instrumentos de recolección de datos se estableció que homogéneamente los principales síntomas de depresión en los participantes fueron: humor depresivo, ansiedad psíquica, sentimiento de culpa, insomnio, ansiedad somática y síntomas somáticos. De acuerdo con la investigación se comprobó que en su mayoría de las personas participantes presentaron distintas comorbilidades. cómo: la artritis, hipertensión, deficiencia cardiaca y diabetes.

Por otro lado, en Argentina se realizó un estudio por Natacha (2011) cuyo objetivo fue identificar la posible depresión que sufrían los hombres y mujeres luego del proceso jubilatorio, en comparación de aquellas personas que aún no lo iniciaban, tomaron en cuenta el lugar de residencia (geriátricos o en viviendas particulares). Utilizó los siguientes instrumentos Test de Pfeiffer, Escala de Depresión Geriátrica e Inventario de Depresión de Beck. Se encontró una correlación directa entre el proceso jubilatorio y la depresión; existieron diferencias estadísticamente significativas en las frecuencias de los grupos comparados, según variables involucradas en cada caso, el tipo de muestra que se refirió fueron adultos mayores jubilados.

A su vez, en Perú se realizó una investigación por Arias et al. (2013) cuyo objetivo fue analizar las relaciones entre la felicidad, la depresión y la creencia en la benevolencia humana en un grupo de adultos mayores que se encuentran institucionalizados y en otro grupo que vive con su familia. La muestra que se utilizó para el estudio fueron 62 adultos mayores, 24 de los cuales provenían de dos asilos de la ciudad de Arequipa (10 varones y 14 mujeres), mientras que 38 de los adultos mayores (13 varones y 25 mujeres) que vivían con sus familias. Los instrumentos que se aplicaron fueron la Escala de Felicidad de Lima (EFL),

la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage y la Escala de Creencia en la Benevolencia Humana. Con la elaboración del estudio se encontró que la vejez es una etapa en la que se dan cambios importantes en la vida de la persona, ya que laboralmente tiene lugar la jubilación. Debido a que los hijos se van de la casa y se produce el efecto del “nido vacío”, psicobiológicamente se pierde fuerza física y las funciones psicológicas sufren un leve declive. Por lo contrario, las emociones positivas tendrían un efecto positivo, es decir, promueven el bienestar y la salud, pero ello supone aprender a ser feliz, lo que se sustenta sobre la base del autoconocimiento y la autoaceptación de la persona. Este nivel implica hacer una intervención psicológica individualizada, pero es necesario elaborar propuestas sobre referentes empíricos producto de la investigación psicológica.

Siguiendo la misma línea, Vera Rodríguez, Rosario Nieves, Pietri Gómez y Ruiz Santana (2014) realizaron una investigación para explorar los niveles de ansiedad y depresión en personas jubiladas de Puerto Rico y la crisis económica actual. Utilizaron las escalas de ansiedad y depresión de Beck. Los hallazgos de este estudio apuntaron al hecho de que para los jubilados puertorriqueños la jubilación en lugar de ser una época de descanso y disfrute, representó un período marcado por la estrechez económica y alteraciones emocionales, particularmente la ansiedad. Sumado a esto, las personas mayores también enfrentaron los estragos de la crisis económica, el impacto físico que tiene la jubilación en su vida diaria y el efecto que tiene en el ánimo de las personas de edad avanzada el no trabajar además de vivir con ingresos más limitados. La jubilación se percibió como una experiencia negativa, pues se relacionó con un aumento en los niveles de pobreza de los jubilados. Sumado a esto, las personas mayores también enfrentaron los estragos de la crisis económica, el impacto físico que tenía la jubilación en su vida diaria, y el efecto que tiene en el ánimo de las personas de edad avanzada el no trabajar.

En tal sentido Chavarría (2016) realizó un estudio sobre la depresión en el adulto mayor y su prevalencia en esta etapa del ciclo de vida. El objetivo de la investigación fue explicar el manejo del anciano con depresión, los tipos de

factores que influyen, como la comorbilidad, polifarmacia y/o factores psicosociales que favorecen la aparición de depresión; así como la instauración de psicoterapia y posible manejo farmacológicos con antidepresivos duales o inhibidores de la recaptura de serotonina. Los instrumentos que se utilizaron para la investigación fueron las escalas de depresión geriátrica de Yesavage y la escala de Hamilton. La depresión es un gran síndrome geriátrico, dado por su alta prevalencia e incidencia en el adulto mayor, además por su capacidad de producir limitación funcional, la cual exige por parte del clínico un amplio conocimiento del tema para realizar diagnósticos tempranos, así como, poder identificar los posibles factores de riesgos asociados que pueden ocasionar esta enfermedad, lo que implicó una gran relevancia de los estudios enfocados al área geriátrica.

En esa misma línea Vivas, García y Pichardo (2017) realizaron un estudio sobre la depresión como daño colateral del proceso jubilatorio, se da en mayor medida en personas de 60 a 69 años predominantemente en el sexo femenino, viudos, personas jubiladas y con un pobre nivel educativo. Se presentó normalmente con otras patologías generalmente psicosomáticas, siendo los factores de riesgo más influyente el proceso de la jubilación y la edad. Los instrumentos utilizados para medir la depresión fueron: la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage versión corta y la escala de Depresión de Beck. Hace relativamente pocos años, era una minoría, las personas mayores que se podían permitir el lujo del disfrute de unos años de la esperada jubilación, ya que había muchas causas que la impedían como el factor económico, pero la más importante se debió a que antiguamente la edad de retirarse de la vida laboral en activo, coincidía en muchas ocasiones con la aparición de los primeros signos de deterioro tanto físico como cognitivo, lo cual propiciaba una muerte prematura. Gracias al aumento de la esperanza de vida unido a la calidad de ésta misma, no pudo referir a la vejez como una etapa de deterioro general o próximo a la muerte. Es muy importante, renovar la idea de jubilación y disfrutar de esta nueva etapa que te ofrece la vida, sin prejuicios ni experiencias vividas atrás, ya que cada etapa tiene su momento y su lugar.

En la presente investigación se derivaron y enlazaron las variables de jubilación y de presión, con el fin de proyectar un antecedente histórico, apoyando y fundamentando para mostrar una visión más amplia de la problemática.

1.2 Planteamiento del problema

En la actualidad la población mundial sufre uno de los trastornos de ánimo más significativos dentro de la sociedad moderna. La depresión es una enfermedad frecuente en todo el mundo, y se calcula que afecta a más de 300 millones de personas. La depresión es distinta de las variaciones habituales del estado de ánimo y de las respuestas emocionales breves a los problemas de la vida cotidiana. Puede convertirse en un problema de salud serio, especialmente cuando es de larga duración e intensidad moderada a grave, y puede causar gran sufrimiento y alterar las actividades laborales, escolares y familiares. En el peor de los casos puede llevar al suicidio (OMS, 2018).

La depresión puede causar grandes sufrimientos y trastorna la vida cotidiana. Una de las poblaciones recientemente mayor afectada por la depresión es la población de los adultos mayores. La depresión unipolar afecta a un 7% de la población de ancianos en general y representa un 5,7% de los años vividos con una discapacidad entre las personas de 60 años de edad y mayores. En los establecimientos de atención primaria de salud la depresión no se diagnostica ni se trata como debería. Es frecuente que los síntomas de este trastorno en los adultos mayores se pasen por alto y no se traten porque coinciden con otros problemas que experimentan los adultos mayores (OMS 2018).

Los adultos mayores con depresión tienen un desempeño más deficiente en comparación con los que padecen enfermedades crónicas como las enfermedades pulmonares, la hipertensión arterial o la diabetes sacarina. Este trastorno también aumenta la percepción de tener mala salud, la utilización de los servicios médicos y los costos de la asistencia sanitaria.

Por otro lado, la jubilación se concibe como una estabilidad económica al momento de llegar la inactividad laboral frente a la fluctuante economía de la actualidad, Las pensiones de jubilación, incapacidad y supervivencia forman lo que históricamente se conoce como la “tríada protectora”, nacida en un contexto de inestabilidad social y desamparo de las familias. Unos de los objetivos esenciales a contemplar dentro del proceso jubilatorio es la cobertura de jubilación, que trata de proteger el nivel de vida de aquellos trabajadores y sus familias que llegan a una cierta edad en la que el trabajo es desaconsejable por ser poco productivo y/u oneroso en términos físicos para el trabajador.

El proceso de jubilación es concebido desde distintas perspectivas, donde existen deseos y anhelos, así como fantasías y miedos de las personas que entraran a dicho proceso. Las personas que se encuentran dentro del proceso jubilatorio cuentan con sentimientos placenteros mezclados con incertidumbre y preocupación. La mayoría de los jubilados se muestran temerosos por el hecho de tener que vivir de la pensión. Anticiparse al proceso jubilatorio puede evitar que las personas caigan en depresión y se mantengan activos. Esto propiciará que hagan frente a los distintos cambios que sufrirá su estilo de vida a través de la vivencia de la jubilación.

Mantenerse la mayor parte de la vida empleado y enfrentar un proceso jubilatorio representa un gran desafío, ya que cuando no se tiene obligación laboral es el momento en donde se corre más riesgo de padecer depresión. Debido a que la jubilación se percibe como un duelo-luto y si el proceso no se lleva de manera adecuada puede ser un importante precursor de la depresión, provocando un déficit en la calidad de vida de los adultos mayores.

Por lo tanto, en esta investigación surge la siguiente interrogante ¿cómo influye el proceso de jubilación en la aparición de la depresión en adultos mayores de 60 a 70 años?

1.3 Preguntas particulares de investigación

- I. ¿Qué efecto tiene el proceso de jubilación en la aparición de la depresión?
- II. ¿Existen diferencias en la aparición de la depresión en adultos mayores jubilados con alguna actividad laboral y los jubilados sin alguna actividad laboral?

1.4 Objetivos de investigación

1.4.1 Objetivo general.

Demostrar el impacto del proceso jubilatorio en la depresión de adultos mayores de 60 a 70 años de edad, por medio de la aplicación del test de depresión de Beck y la escala de depresión geriátrica de Yesavage.

1.4.2 Objetivos específicos

- I. Analizar las causas que propician la depresión.
- II. Caracterizar el proceso de jubilación.
- III. Relacionar el efecto del proceso de jubilación en la aparición de la depresión.

1.5 Hipótesis de investigación

- Existe una relación entre el desarrollo de la depresión y diversos factores asociados con el proceso jubilatorio como la actividad laboral, los problemas de salud y los anhelos de jubilarse.

1.5.1 Hipótesis nulas

- No existen diferencias significativas en los niveles de depresión entre los jubilados con y sin ningún tipo de actividad laboral.
- No existen diferencias significativas en los niveles de depresión entre los adultos mayores con y sin anhelo de jubilarse.

- No existen diferencias significativas en los niveles de depresión entre los adultos mayores con y sin problemas de salud.

1.5.2 Hipótesis alternas

- Existen diferencias significativas en los niveles de depresión entre los jubilados con y sin ningún tipo de actividad laboral.
- Existen diferencias significativas en los niveles de depresión entre los adultos mayores con y sin anhelo de jubilarse.
- Existen diferencias significativas en los niveles de depresión entre los adultos mayores con y sin problemas de salud.

1.6 Justificación

Los adultos mayores que sufren un proceso de jubilación se perciben como un grupo vulnerable frente a la sociedad, en ocasiones, si la persona basó su vida, su identidad social y su rol familiar en el trabajo, se puede encontrar con que disminuye su autoestima al sentir que ha dejado de ser útil, que ha perdido su fortaleza y su reconocimiento personal, de forma que se produce un duelo por la pérdida.

Es por ello que la presente investigación brindará nuevos conocimientos acerca de una enfermedad de la cual presenta relevancia en los pensionados y en el proceso que conlleva a la jubilación, debido a que es probable que en la mayoría de los casos se pueda confundir entre síntomas propios de la edad y los síntomas relacionados con una depresión provocada por el proceso jubilatorio.

Con la ayuda de esta investigación se proyecta que los jubilados, dependiendo el grado de depresión que presenten puedan buscar atención psicológica, ayudándolos a orientarse en su plan de vida y seguir motivados sus nuevas actividades que van a desarrollar en esta etapa de su vida, entender que a pesar de haber dejado de participar en el servicio a la sociedad

siguen siendo parte de ella y por ende tienen un valor significativo proyectando conocimientos y experiencias a las nuevas generaciones.

Para la sociedad morelense un estudio de esta magnitud es representativo, al ser uno de los estados con mayor índice de jubilados en el país representa un estudio con gran impacto dentro de la sociedad, debido a que toda persona que labora en una institución llegara al punto de retirarse de su deberes laborales por motivo de la pensión y en cuanto más se colabore con los adultos mayores con su superación y voluntad luego de su inactividad laboral, presentara beneficios para los jubilados, elevando la calidad de vida de las personas y erradicando uno de los trastornos de ánimo más frecuentes en las sociedades modernas, logrando una resignificación de la propia vida del adulto mayor frente a la sociedad.

Es importante mostrar los efectos de la jubilación en la población adulta mayor, ya que muestra un aumento en el trastorno depresivo, debido a que no se cuenta con una planificación, proyectando el proceso jubilatorio como una variable al desencadenamiento del trastorno.

1.7 Alcances y limitaciones

Alcances

- a. El presente estudio espera apoyar a las personas pensionadas a encontrar ayuda psicológica con el propósito de superar de manera favorable esta transición.
- b. La investigación fomentara la orientación y el desarrollo del plan de vida, con el propósito que los adultos mayores jubiladas busquen actividades para atravesar su etapa postjubilatoria.
- c. Se aplicarán instrumentos estandarizados para el análisis de la depresión en población jubilada con el propósito de demostrar su presencia en el adulto mayor.

Limitaciones

- a. Las limitantes físicas que pueden presentar los adultos mayores jubilados, pudiendo ser un obstáculo al momento de la aplicación de las pruebas estandarizadas.
- b. Encontrar población jubilada dispuesta a participar en la realización de la investigación debido a los distintos tabús que se tienen al trabajo psicológico.
- c. La pandemia por COVID-19 dificulta la aplicación de la prueba estandarizada de manera presencial, ya que se está tratando con población vulnerable, obligando a buscar distintas alternativas.

CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO

2.1 El envejecimiento y la vejez

La vejez es un punto del desarrollo humano y el envejecimiento un proceso que sucede a lo largo del ciclo vital. Tanto la vejez como el envejecimiento humano son objetos de conocimiento multidisciplinar en el sentido en el que el individuo humano es un ente biopsicosocial. Por esta razón, el adulto mayor es un sujeto de conocimiento psicológico, explorando los cambios psicológicos que suceden dentro del envejecimiento y la vejez.

Para Rodríguez (2011) comprender la perspectiva del adulto mayor que cursa por la etapa de envejecimiento y vejez es importante, debido a que se puede percibir el modo en el que el sujeto concibe los cambios transcurridos en ambas transiciones, conociendo los cambios biopsicosociales.

De la mano con Lacub y Sabatini (2015) las importantes transformaciones que se producen en el sujeto al momento de la vejez, tales como los cambios corporales, psicológicos, sociales o existenciales, pueden ser detonantes de cambios en la lectura que realiza el sujeto sobre su identidad, que tensionan y ponen en cuestión al sí mismo, pudiendo incrementar inseguridades, fragilizando mecanismos de control y afrontamiento, demandando nuevas formas de adaptación o modificando proyectos.

Desde la perspectiva de González (2014) se puede considerar el envejecimiento como un proceso que se inicia en el nacimiento, aunque también se puede entender que se inicia una vez que ha culminado el proceso de óptima funcionalidad, y es secundado por el deterioro de la misma y su involución.

Durante el proceso de envejecimiento de acuerdo con Mecohisa (2011) se producen una serie de cambios que afectan tanto al aspecto biológico como al psicológico de la persona. Pero, además, también se produce una importante

transformación en el papel social que hasta entonces ha desarrollado esa persona.

Sin duda, los cambios que se ponen de manifiesto tempranamente en el envejecimiento son los cambios físicos que, en realidad, son una continuación de la declinación que comienza desde que se alcanza la madurez física, aproximadamente a los 18 o 22 años. A esa edad finaliza la etapa de crecimiento y empieza la involución física. Pero no todos los cambios se producen en la misma época y con el mismo ritmo.

Las personas adultas mayores presentan importantes cambios, atravesando por la vejez, la cual refleja la última etapa de la vida, donde el ser humano se deteriora sin importar el estado de salud que presenten, debido al estado involutivo que no hace excepción.

Comprender el ciclo de vida presenta una perspectiva del envejecimiento y los procesos que implica esta etapa en el desarrollo humano, donde se presenta el tránsito de vida a la etapa de vejez donde el ser humano ha sido el resultado del desarrollo del proceso del ciclo vital, el cual ha estado enmarcado por las características de lo que ha vivido a lo largo de sus etapas a nivel individual, social, desde su historia de salud y de los determinantes de esta fase del desarrollo humano.

A partir de las definiciones antes expuestas puede entenderse el envejecimiento como un proceso dinámico, complejo, irreversible, progresivo y universal, que con el tiempo ocurre en todo ser vivo a consecuencia de la interacción genética de este y su medio ambiente.

No obstante, existen otros tipos de envejecimiento, los cuales se catalogan como envejecimiento activo, envejecimiento de la población, envejecimiento positivo, envejecimiento saludable, envejecimiento exitoso, envejecimiento regular y envejecimiento patológico.

El envejecimiento activo de acuerdo a la OMS (2015) es un proceso en que se optimizan las oportunidades de salud, participación y seguridad a fin de

mejorar la calidad de vida de las personas a medida que envejecen. El envejecimiento activo permite que las personas realicen su potencial de bienestar físico, social y se centra en las personas mayores y en la importancia de dar una imagen pública positiva de este colectivo.

De acuerdo con Alvarado García y Salazar Maya (2014) el envejecimiento poblacional trata de la modificación progresiva de la distribución por edad de los miembros de esta población, que da un paso cada vez más considerable a las edades avanzadas, y correlativamente un peso cada vez más bajo a las edades jóvenes. La causa esencial del envejecimiento reside en el descenso de la natalidad, y mortalidad infantil, y el aumento de la esperanza de vida.

Por lo tanto, el envejecimiento positivo para Lagos (2020) es la creación dinámica de un futuro atractivo para las personas y las sociedades. Opera simultáneamente como proceso biográfico a nivel individual e histórico a nivel social. Como política, su esencia busca que las personas mayores sean autosuficientes, procurando que se encuentren integrados a los distintos ámbitos de la sociedad y reporten niveles de bienestar subjetivo tan altos como los jóvenes.

Asimismo, el envejecimiento saludable va de la mano con el positivo el cual proyecta un proceso de fomentar y mantener la capacidad funcional que permite el bienestar en la vejez. La capacidad funcional comprende los atributos relacionados con la salud que permiten a una persona ser y hacer lo que es importante para ella.

En tal sentido, el envejecimiento exitoso se define para Castillo (2009) cómo la ausencia o baja probabilidad de enfermedad y discapacidad relacionada a esta enfermedad, alta capacidad cognitiva y funcional, y un activo compromiso con la vida. Por lo tanto, el envejecimiento regular hace referencia a todas las transformaciones provocadas por el paso del tiempo. Aunado a esto el envejecimiento patológico hace referencia a actividad de enfermedad o alguna limitante sin contar los cambios correspondientes al envejecimiento regular.

Por otro lado, la vejez para Ucha (2010) se define como etapa del desarrollo que señala un estado al cual se llega después de un largo proceso, y que es el resultado de una compleja interacción de procesos biológicos, psicológicos y sociales.

Conocer y comprender los distintos significados y términos que se le acuñan al envejecimiento y la vejez es de vital importancia para la investigación debido a que nos proporciona una visión más amplia de la muestra de nuestra investigación, presentando una visión compleja de lo que rodea al adulto mayor y sus distintos cambios que está sufriendo y transformando su calidad de vida a nivel biopsicosocial.

2.2 Cambios físicos, afectivos y sociales de la vejez

Existen distintas teorías relacionadas a la vejez, abordándola desde distintos de vista, biológico, psicológico y social. De acuerdo con la teoría biológica de Charles Darwin consideraba que la vejez se debía a la irritabilidad del tejido nervioso. Para Miranda (2017) el envejecimiento biológico puede definirse de manera simplificada, como la incapacidad progresiva del organismo, en función de la edad, para mantener la homeostasis, comienza en la concepción y ocasiona cambios en las características de las especies durante todo el ciclo de la vida, esos cambios producen una limitación de la adaptabilidad del organismo en relación con el medio.

Según Hechavarría Ávila (2018) el envejecimiento se divide en: Primario, que se enfoca en la herencia, en la cual, a pesar de los factores que influyen como las enfermedades o traumas, también hay cambios inevitables que se dan con el paso del tiempo, aunque a ritmos diferentes entre las personas. Secundario, que se refiere a las pérdidas de las capacidades ocasionadas por los traumas, caídas o enfermedades.

De acuerdo con Fernández (2004) la idea más común es que existe un comienzo de esa vejez, generalmente establecido en la edad de jubilación, y, lo que es peor, que ello conlleva pérdida, declive y deterioro. En cualquier

comportamiento humano existe una base biológica pero que el comportamiento de construye a través de una compleja transacción entre el individuo y el contexto socio-cultural.

Se pueden percibir distintos cambios físicos que experimentan las personas adultas mayores, repercutiendo principalmente en la modificación de los cinco sentidos, según Mecohisa (2011) se afecta la visión a nivel biológico, ya que disminuye el tamaño de la pupila, existe menor transparencia y mayor espesor del cristalino, lo que provoca que llegue menor cantidad de luz a la retina y empeore la visión lejana, provocando una menor capacidad para discriminar colores. A la par, la audición presenta menor agudeza para las frecuencias altas (tonos agudos), lo que deteriora la capacidad para discriminar palabras y comprender conversaciones normales. Esta es la causa de que una persona mayor tenga más problemas en oír las voces femeninas, ya que suelen ser más agudas. Respectivamente a lo que corresponde al gusto y al olfato disminuye la sensibilidad para discriminar los sabores salados, dulces y ácidos, debido al deterioro de las papilas gustativas, presentan pérdida de capacidad para discriminar los olores de los alimentos, la combinación de esos dos factores es una de las causas por la que la mayoría de los usuarios se quejan.

Diferentes sistemas orgánicos sufren deficiencias con el proceso del envejecimiento, así lo explica Mecohisa (2011), la estructura muscular se pierde de manera importante, provocando una disminución del peso, número y diámetro de las fibras musculares, consecuentemente trae consigo el deterioro de la fuerza muscular. Aunado a esto el sistema esquelético se ve afectado por medio de la masa esquelética debido a que disminuye, pues los huesos se tornan más porosos, con menor densidad del hueso y quebradizos. Las articulaciones se tornan menos eficientes al reducirse la flexibilidad. Se produce mayor rigidez articular debida a la degeneración de los cartílagos, los tendones y los ligamentos, que son las tres estructuras que componen las articulaciones, provocando intenso dolor en el adulto mayor. El sistema cardiovascular se ve afectado, el corazón sufre aumento del ventrículo

izquierdo y aumento de grasa acumulada envolvente, los vasos sanguíneos se estrechan y pierden elasticidad, mientras que las válvulas cardíacas se vuelven más gruesas y menos flexibles, provocando mayor dificultad para cerrarse.

De acuerdo con González (2014) el envejecimiento psicológico de un individuo, es la consecuencia de la acción del tiempo percibido por él sobre su personalidad, por eso hay personas mayores a las que el hecho de envejecerles motiva a descubrir nuevos roles en la vida o les impulsa a buscar nuevos medios para conservar su habitual rol y no perder su razón de estar en el mundo social que conocen. Sin embargo, otros tienen una actitud totalmente negativa, esta actitud puede ser adoptada por los estereotipos negativos que existen hacia el proceso de envejecimiento en la sociedad, mantenidos incluso por ellos mismos.

Como humanos no se concluye la maduración psicológica al llegar al punto máximo de desarrollo biológico y físico sino dura mientras siguen produciendo cambios entre el organismo biológico y el ambiente. En el punto del cambio a lo largo de la vida en la homeostasis entre evolución y desarrollo e involución y deterioro existen factores psicológicos que experimentan ganancias y otros que experimentan pérdidas.

Existen distintas teorías que se refieren al envejecimiento psicológico, una de ellas es la teoría de Erik Erikson, postula que el ser humano experimenta ocho etapas de crisis que corresponden con los cambios del ciclo de vida, para Bordignon (2005) nos explica el estadio número ocho (integración vs desesperación) dentro de la teoría de Erick Erikson expresando que el trazo sintónico de este estadio es el de la integridad. En ella, los modos y los sentidos anteriores son resignificados a la luz de los valores y de las experiencias de ese momento, sean los sanos o los patológicos. La suma de los modos psicosexuales tiene un significado integrador. La palabra que mejor expresa ese momento es integridad, que significa: a) la aceptación de sí, de su historia personal, de su proceso psicosexual y psicosocial; b) la integración emocional de la confianza, de la autonomía y demás fuerzas sintónicas; c) la vivencia del amor universal, como experiencia que resume su vida y su trabajo;

d) una convicción de su propio estilo e historia de vida, como contribución significativa a la humanidad; e) una confianza en sí y nosotros, especialmente en las nuevas generaciones, las cuales se sienten tranquilos para presentarse como modelo por la vida vivida y por la muerte que tienen que enfrentar. La falta o la pérdida de esa integración o de sus elementos se manifiestan por el sentimiento de desespero, con la ausencia de sus valores. La palabra clave para expresar esta fuerza básica es sabiduría, que recuerda el saber acumulado durante toda la vida, la capacidad de juicio maduro y justo, y la comprensión de los significados de la vida y la forma de ver, mirar y recordar las experiencias vividas, así como de escuchar, oír y recordar todos los sus significados, que se expresa en esta síntesis: “Yo soy el que sobrevive en mí”. La falta, la pérdida o la debilidad de la integración se presentan por el temor a la muerte, por la desesperanza, por el desespero y por el desdén. La ritualización que culmina la vida humana y da sustento a la sabiduría y a la filosofía, que mantienen el significado esencial e integrador de la vida, de los sentimientos, de las ideas y de los comportamientos y da esperanza en la sabiduría. Contraponiendo a los sistemas filosóficos y religiosos, el ritualismo desvinculante de este estadio es el dogmatismo. Basado en el poder totalizante, que puede transformarse en dogmatismo coercitivo.

En tal sentido la teoría de Robert Peck (1968) explica que el ser humano pasa por cuatro crisis, que se corresponden con los cambios de etapa vital. Es necesario resolver las tres crisis para envejecer de forma saludable y extender su identidad más allá de su trabajo, bienestar físico y existencia propia.

Para Havighurst, Neugarten & Tobin (1964) afirman que el envejecimiento óptimo va unido a un estilo de vida activo continuado. Las personas mayores deben prolongar todo lo posible sus actividades acostumbradas y buscar nuevas alternativas para aquellas otras que deban interrumpir por mandato de la edad. El postulado básico sería: la madurez y la vejez llevan psicosocialmente a una lenta retirada de la persona mayor. El motor de esa retirada puede ser la propia persona, pero también su entorno. La retirada no necesita ser uniforme y paralela en todos los entornos. El posible desequilibrio

puede salvarse por un nuevo cambio en las relaciones y en el entorno. Con frecuencia, la sociedad valora positivamente este proceso, considerándolo como un hecho biológico natural, por ejemplo, cuando las personas mayores deben ceder su puesto de trabajo a los jóvenes.

En tal sentido Baltes (1989), siguiendo la línea conceptual del envejecimiento exitoso, han conseguido un modelo propio del desarrollo de la edad adulta que ha dado pie hasta el momento presente a numerosas investigaciones empíricas. El trasfondo de este modelo de la optimización con compensación lo constituye el concepto del ciclo vital con sus ganancias, estabilidad y pérdidas en la edad madura. Vejez y éxito no son contradictorios. La persona mayor obtiene también la posibilidad de construir activamente su vida y regularla, según las nuevas exigencias de la edad. Rige para ello el principio de que las capacidades descienden, por lo regular, pero según el postulado de ganancias, estabilidad y pérdidas, la persona mayor dispone de unas reservas y recursos que pueden ser movilizados. Existen para ello estrategias, ejercicios y aprendizajes muy valiosos, eso sí, siempre sometidos a las limitaciones de la edad.

Asimismo, dentro de lo que corresponde a la evolución del entorno socioafectivo Mecohisa (2011) explica que el entorno social adquiere gran importancia para el adulto mayor. Pero el descenso de los contactos sociales que conlleva el envejecimiento no equivale a un descenso en el apoyo recibido; así como tampoco un mayor número de interacciones trae como obligada consecuencia un aumento en la percepción subjetiva de apoyo. Las repercusiones de los lazos sociales en la salud del individuo son de vital importancia debido a que se ha llegado a la conclusión de que las consecuencias del estrés serán menores y la resistencia a la enfermedad mayor, si existen relaciones sociales de apoyo sólidas.

El apoyo que cualquier adulto mayor puede recibir por medio puede ser de varios tipos. Apoyo instrumental que refiere al suministro de bienes materiales y servicios que puedan ayudar en la solución de problemas prácticos. El apoyo emocional se relaciona con la información que recibe el sujeto de ser

respetado, amado, valorado e integrado en una red social. Apoyo de estima consiste en disponer de alguien con quien poder comentar los problemas propios. Apoyo informativo se trata de facilitar la información necesaria que ayudará a resolver un determinado problema, para disminuir el sentimiento de confusión e impotencia, e incrementar la sensación de control sobre la situación, aumentando así el bienestar psicológico. Compañía social refiere a la actividad social, sobre todo la de carácter lúdico, es un generador de estado de ánimo positivo. Las actividades lúdicas, formativas, deportivas, etc., son un fin en sí mismas que debemos alentar y apoyar, tanto en los hombres como en las mujeres. Todas ellas inciden positivamente tanto en la esfera psíquica de la persona como en la física. Debemos reconocer que la persona no tiene limitaciones.

En tal sentido la pérdida de relaciones sociales conlleva también la pérdida de roles, de recuerdos, incluso de la propia identidad. Con la desaparición de las personas significativas también desaparecen los anclajes de la historia personal. La motivación de la persona mayor para establecer nuevas relaciones disminuye y lo hace en la misma proporción que la autonomía y la autoestima, lo que suele llevarla a aislarse y refugiarse en una soledad en la que se siente segura.

Por lo tanto, queda claro que la perspectiva conceptual de percibir al ser humano como un ser biopsicosocial es de vital importancia, debido a que las tres fases juegan un rol importante en el desarrollo del envejecimiento y la vejez, direccionando la transición del ser humano de adulto a adulto mayor, provocando una mezcla de factores importantes para el desarrollo de posibles enfermedades y/o trastornos biológicos y psicológicos con repercusiones en el ámbito social del sujeto.

2.3 La jubilación y la vejez

Para Aguilera (2010) la jubilación implica un cambio en la forma de vivir que se había mantenido durante muchos años y marca el comienzo de una nueva etapa en la vida de los trabajadores. Cuando termina el ciclo laboral, la

ausencia de trabajo puede ser una fuente importante de daños a la salud de los jubilados, sobre todo en el área psicosocial. A éstos han de sumarse los daños causados mientras se trabajaba, directamente por la morbilidad ocupacional, e indirectamente por el cansancio que a veces no pudo ser recuperado por completo y que se acumuló tanto que provocó, con el tiempo, daños no específicos a la salud, los cuales han sido planteados como “desgaste” laboral. La jubilación es una situación ambigua y de doble filo. Por una parte, debe ser jubilosa, pero por otra es enormemente peligrosa y hace decaer y degrada a la gente, al verse, sin puesto alguno, sin lugar, sin nada que hacer o que desempeñar en la vida.

De acuerdo con Romero Castro & Jimenez Terrazas (2019) la jubilación es uno de los procesos sociales que más pesan en el sentir del varón. Dejar de trabajar, para alguien que creció pensando que se vive para ello, significa perder el sentido de vivir. Para el trabajador activo con escaso tiempo libre, llegar a la jubilación y tener tiempo libre en exceso puede convertirse en un peso. La jubilación contribuye a una serie de pérdidas importantes en la vida de las personas, como la pérdida de contactos con sus compañeros de trabajo, de la dinámica laboral y del estatus como trabajador.

Por ello Aguilera (2010), argumenta que gran parte de los jubilados mexicanos tienen problemas para subsistir. En ocasiones dichos problemas pueden disminuirse relativamente si las personas retiradas cuentan con apoyo familiar o si se incorporan al trabajo informal. La incorporación al trabajo informal significa para los jubilados tener que enfrentar nuevos riesgos laborales, sumados a la morbilidad ocupacional y al desgaste laboral acumulado durante 30 o más años de trabajo.

Los problemas de subsistencia de los jubilados se complican si las personas retiradas con problemas de salud delicados no se pueden reincorporar a trabajar al ámbito informal, y si además no cuentan con una red social que los apoye. Teniendo como consecuencia para los retirados tener que vivir en condiciones de pobreza, depresión y soledad.

De acuerdo con la Secretaría de Salud Pública de México (2015), una de las dimensiones clave en torno al desarrollo de las personas adultas mayores es la capacidad de disponer de bienes económicos y no económicos. En este sentido, la seguridad económica de las personas mayores se define como la capacidad de disponer y usar de forma independiente una cierta cantidad de recursos económicos regulares y en montos suficientes para asegurar una buena calidad de vida. Las fuentes a través de las cuales se adquieren estos recursos son variadas y pueden provenir del ámbito público (ahorros, pensiones) o privado (transferencias familiares). Este elemento es fundamental ya que promueve un envejecimiento con mayor independencia y dignidad.

De acuerdo con la CEPAL (2015) se ha puntualizado el acceso a la seguridad social y a una pensión digna como uno de los principales retos en torno al proceso de envejecimiento. La mayor parte de la población adulta mayor en América Latina y el Caribe no cuenta con un sistema de pensión que favorezca su seguridad económica. Una estrategia que se ha utilizado en la región es la instauración de pensiones no contributivas para personas que no pudieron acceder a un esquema similar durante su vida laboral. Los cambios en la estructura etaria de América Latina y el Caribe que se presentan como resultado de la transición demográfica, derivan en que el ritmo de crecimiento de las personas dependientes (niñas, niños, y personas adultas mayores) sea mayor que el de las personas en edad laboral.

La pobreza es el mayor obstáculo para un envejecimiento decente y seguro. En América Latina, los datos muestran que en la mayoría de los países de la región se mantienen niveles elevados de pobreza en la vejez. Si comparamos este dato con otras regiones, encontramos que la tasa permanece en niveles muy altos. De acuerdo con la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos, en 2014 el promedio de las personas adultas mayores que viven en pobreza en sus países miembros fue de 12%. Siguiendo esta fuente, encontramos a Chile con 18% de adultos mayores en condición de pobreza, y México con 27%. Es común que durante esta etapa los ingresos de las personas se reduzcan o incluso dependan de las transferencias

públicas o privadas. Es en este sentido que la cobertura del sistema de pensiones o la generación de oportunidades laborales que respondan a las características de este grupo poblacional adquieren particular importancia.

Debido al incremento de la esperanza de vida de las personas de 60 años o más, la Secretaría de Salud Pública de México (2015) explica que la demanda en materia de seguridad social, salud, trabajo, educación, participación social y política será cada vez mayor. Si bien en América Latina se han presentado avances sustantivos en la provisión y acceso a servicios para adultos mayores, persisten grandes brechas en zonas que son de difícil acceso. Así, aquellas personas que radican en comunidades en situaciones de alta pobreza encuentran mayores dificultades para acceder a los servicios de salud. Garantizar el derecho a la salud debe ser una de las prioridades en la región, para lo cual es necesario establecer iniciativas que reconozcan las condiciones y necesidades de este grupo poblacional.

Como resultado del proceso de envejecimiento, el perfil epidemiológico en América Latina ha tenido cambios significativos; entre los más importantes encontramos el incremento en las enfermedades crónicas y degenerativas, así como las enfermedades infecciosas y parasitarias. Cabe recordar que la atención de este tipo de afecciones suele tener un costo más elevado que aquellas más comunes a las poblaciones juveniles. Ante un escenario como el descrito anteriormente, en el cual el grupo de adultos mayores continuará creciendo, es necesario desarrollar estrategias que permitan adecuar los servicios de salud

De acuerdo con Alpízar (2011), la jubilación repercute en diversos niveles de la vida, desde los ámbitos familiar y económico hasta el uso del tiempo libre. En ese sentido, la jubilación es un proceso amplio que requiere de estrategias para poderla vivir a plenitud y que no altere su bienestar. Así, por ejemplo, cuando se percibe que el monto de la pensión es significativamente menor a la del salario, muchas personas sienten que estar pensionado o jubilado, en lugar de ser una recompensa constituye un castigo. Si a eso se le suma que la persona al retirarse encuentra que ya sus hijos se han independizado, o existe

una situación de viudez o un retiro inesperado, como a veces ocurre, la situación se agrava.

En ese sentido, Hidalgo (2002) dice que la jubilación viene a representar una crisis muy severa, sobre todo para aquellas personas que no han elaborado proyectos de vida y contactos sociales fuera del trabajo, lo que hace que el ajuste a la jubilación les sea más dificultoso. Las pérdidas como elemento inherente a la jubilación son definidas como todo acontecimiento significativo para un ser humano en el que se rompe o deteriora un eslabón, lazo o nexo, bien sea afectivo emocional, social o simbólico, biológico o de cualquier otra naturaleza que sea de importancia para el individuo.

López (2007) explica que en el proceso psicológico que conlleva una jubilación aparece una pérdida del papel profesional. Cuando supone más del 75% del tiempo del individuo, y se suma a la disminución de ingresos económicos, encontramos ante consecuencias negativas que repercutirán en el estado de ánimo de la persona jubilada. Ello no quiere decir necesariamente que se enfrente siempre a situaciones poco agradables. Ahora bien, no todas las personas reaccionan de la misma manera ante la jubilación; factores como el estado civil, la condición laboral, el apoyo social, el nivel educativo, la situación económica, la personalidad, la actitud ante la vida, el significado que se haya internalizado de este fenómeno y el ambiente social inciden en gran manera en la forma de reaccionar ante la jubilación y de percibirla como pérdida.

Así mismo, Herrera (2008) menciona que, dentro del ciclo de evolución de la familia, la etapa de contracción es aquella donde, por lo general, se produce un reencuentro entre los padres, luego el paro del cuidado de los hijos y la independencia de los mismos, y comienzan a vivirse situaciones propias de la mediana y tercera edad como, la jubilación y la vejez, conocidas como puntos de fragilidad en la familia. Estas provocan que la familia tenga que realizar cambios y modificaciones en su dinámica o funcionamiento interno, en su modo de vida, en la forma en que se relaciona con el entorno, e incluso, pueden afectarse sus posibilidades económicas, para bien o para mal. La mayor o

menor cantidad de cambios que el evento impone a la familia es lo que consideramos nivel de impacto del evento, y este es directamente proporcional con la cantidad de reajustes que la familia refiera haber tenido que realizar, el sentido asignado dependerá de la evaluación cognitiva que realice la propia familia de la afectación que el evento le pudo generar. Este impacto favorece el desarrollo de la familia, o por el contrario, constituye un riesgo o daño para la salud del sistema familiar.

Es importante conocer la situación jubilatoria en la que se encuentran los adultos mayores, debido a que puede repercutir de manera significativa al momento de estar transcurriendo por la vejez, la variable económica y de salud juegan papeles muy importantes en el desarrollo de posibles enfermedades biológicas y psicológicas debido a la prevención que tengan los adultos mayores al momento de la jubilación, mostrando notorios cambios afectivos por parte de su familia y la concepción cultural y personal que tengan los cuidadores para con la persona jubilada.

2.4 Implicaciones emocionales de la vejez

De acuerdo con Rodríguez y Ellgring (2010) las emociones son especialmente relevantes en psicología debido a que regulan nuestra conducta. La emoción destaca por ser una función psicológica básica, junto a ésta se encuentran la motivación y la cognición. Estas tres funciones hacen posible la flexibilidad del comportamiento humano. Sin ellas la conducta del ser humano quedaría reducida a mero reflejo. Este hecho hace que las emociones sean uno de los principales centros de atención para su estudio en la psicología científica.

Cholíz (2005) menciona que para poder entender por emoción una experiencia con distintas dimensiones: cognitiva-subjetiva, conductual-expresiva y fisiológica-adaptativa. Se deben tener en cuenta estos tres sistemas de respuesta que se manifiestan para entender el concepto de

emoción, que van a variar dependiendo de la persona, la emoción o la situación particular. Además, no tiene porqué existir una coincidencia entre estos tres sistemas de respuesta.

Otra propuesta se debe a la teoría de la disociación de sistemas formulada por Lacey (1967). Dicho planteamiento propone que pueden aparecer tres tipos de respuesta distintos para que se manifieste la activación en el organismo. Las posibles respuestas que pueden darse son: electrocortical, fisiológica, autonómica o motora. Estas tres respuestas no tienen por qué estar relacionadas entre sí. Describe además que puede aparecer una disociación de la respuesta en un mismo sistema, y a esto lo llama especificidad de la respuesta autónoma.

Por lo tanto, Navarro (2007) llega a la conclusión de que hasta ahora no se ha logrado obtener una base consolidada en lo que respecta a la investigación de las emociones. Por lo que se puede afirmar que todavía hoy no existe un consenso acerca de qué es una emoción, y por lo tanto la falta de una definición del concepto de emoción. A pesar de este problema, ponen en común las siguientes ideas como características de las emociones:

- En la emoción se integran respuestas motoras, cognitivas y neurofisiológicas, siendo un proceso complejo y multidimensional.
- Hay una integración entre emoción y cognición, por tanto, las emociones están implicadas en la toma de decisiones, llevando a una orientación adecuada de éstas.
- Las emociones son innatas y se producen de manera automática, pudiendo concluir que son un medio para la supervivencia.
- Hay una interacción entre la mente racional y la mente emocional, coexistiendo así a su vez el pensamiento consciente y el conocimiento impulsivo. Este sentimiento unido al pensamiento forma nuestro ser.

- Las emociones están implicadas en la toma de decisiones y forman parte del razonamiento adecuado.

Por ello, Darwin (1872/1984) destacó el papel de las emociones como función adaptativa. Para este autor la función de la emoción es un método utilizado para poder comportarse de forma más adecuada a una determinada situación. Sin entrar en detalles, el autor destaca tres principios fundamentales por los que están gobernadas las emociones: hábitos útiles asociados, antítesis y acción directa del sistema nervioso.

Según Izard (1989) la función social de las emociones sirve para crear y facilitar las relaciones sociales, poder transmitir las emociones al resto, tener control sobre el comportamiento de otros y mantener un comportamiento de ayuda y solidaridad. Se destaca también como función social la inhibición de las emociones, ya que, para poder mantener los vínculos establecidos socialmente, es importante reprimir algunas emociones que sentimos en momentos particulares. A pesar de esto, cabe recalcar que el hecho de reprimir emociones también puede llevar a conflictos en otras ocasiones.

Desde la perspectiva de García (2017) las emociones primarias pueden ser denominadas también como básicas, discretas, universales, elementales o puras. Dichas emociones se distinguen por tener una expresión facial y un estilo de afrontamiento concreto.

Por otro lado, Izard (1991) plantea una serie de características específicas para considerar una emoción como básica: tener una base neural, una expresión facial, y unos sentimientos distintivos y tener una derivación evolutiva y motivacional. El autor defiende como emociones que cumplen dichas características planteadas las siguientes: placer, interés, sorpresa, tristeza, ira, asco, miedo y desprecio.

Las emociones de acuerdo con García (2017) de nivel secundario pueden ser denominadas como sociales, morales, complejas o derivadas. Este tipo de emociones subyacen a las primarias, siendo generalmente una combinación de

emociones primarias, aunque al contrario de las emociones primarias, éstas no pueden distinguirse por tener una expresión facial ni un estilo de afrontamiento concreto.

En tal sentido Chóliz y Gómez (2002) refieren que las emociones secundarias se caracterizan principalmente porque aparecen cuando se tiene relación en el ámbito social. Estas emociones adquieren significación cuando se muestran en contextos interpersonales. Para entenderlas es necesario analizar el contexto en el que se encuentran y la relación que pueda existir con el resto. Son experiencias emocionales complejas que están estructuradas por otras más básicas, las primarias. En presencia de las emociones sociales se pueden cometer conductas que pueden alcanzar una intensidad mucho mayor que con la presencia de emociones básicas.

De acuerdo con Cartensen (1995) propone el enfoque sociocognitivo de las emociones en su teoría de la selectividad socioemocional. Ésta trata de explicar que las personas mayores utilizan un proceso selectivo que lleva a mantener las relaciones que para ellos tienen relevancia, y a dejar de lado las relaciones que no perciben como trascendentes. A medida que avanza la edad las personas muestran menor importancia a las metas a largo plazo como las relacionadas con el conocimiento, y muestran una mayor relevancia a la obtención de relaciones afectivas positivas, ya que éstas se pueden obtener a corto plazo. El mantenimiento de relaciones afectivas positivas lleva a experiencias emocionales positivas y aumenta la tendencia a inhibir las emociones negativas. Todo ello permite concluir que con la edad se comprenden mejor las relaciones sociales, y la importancia que tienen en la vida afectiva.

Con respecto a la frecuencia de las emociones, Márquez (2008) menciona que se destacan cambios significativos en personas mayores. Ya sea positiva o negativa, la expresión emocional iría disminuyendo ligeramente a lo largo de la vida. Esta disminución aparece sobre todo en emociones de fuerte activación. Este hecho lleva a plantear que las personas mayores dejarían de experimentar con tanta frecuencia emociones que tengan un componente de

activación fisiológica elevado. Se identifica también un ligero incremento en la frecuencia de emociones negativas en personas con una avanzada edad durante la vejez. A pesar de esta propuesta cabe destacar que este hecho desaparece cuando los problemas de salud comunes a la vejez se tienen controlados.

La felicidad en personas mayores ha sido demostrada con mayor predominancia que en jóvenes. La paradoja de la vejez de Cartensen y Charles (1998) describen que a diferencia del déficit a nivel físico y cognitivo a medida que una persona envejece, el bienestar emocional se ve incrementado con la edad. La explicación de este fenómeno se ve relacionada con la expectativa del límite de tiempo de vida que crea a la vejez, la necesidad de experimentar sus objetivos y emociones de distinta manera.

Las emociones juegan un papel muy importante en el ciclo de vida del ser humano, siendo fundamentales para un correcto desarrollo durante todas las etapas, para provocar una emoción entran en juego un conjunto de sistemas biológicos y psicológicos, donde hasta la fecha es difícil poder encontrar una definición exacta a lo que corresponde una emoción. Las emociones obtienen una singular relevancia al momento de llegar a la senectud, debido a los importantes cambios que sufre el ser humano a través de dicho proceso, provocando una variabilidad en las emociones de los adultos mayores, el sistema familiar y la percepción del adulto mayor, así como también la parte individual e intrínseca del sujeto, se balancean al momento de llegar al proceso de envejecimiento y su impacto en la vejez.

2.5 La jubilación y la depresión en el adulto mayor

Con respecto a la tercera edad, Orozco (2015) expresa que es un periodo crítico de la vida en el que se debe hacer frente a una serie de circunstancias personales, laborales, familiares y culturales, que modifican la percepción de sí mismo y afectan la propia identidad. La imagen que cada cual tiene de sí

mismo comprende aspectos cognoscitivos y afectivos, y estos últimos estarían relacionados con la propia estima; esta ejerce una influencia universal sobre el modo de comportarse y la actitud ante la vida.

Así mismo para Salvarezza (1998) muchos adultos mayores llegan a la edad de la jubilación y se sienten todavía en plenitud para realizar sus trabajos. Aunque ven disminuidas sus potencialidades físicas al llegar a la vejez, sienten, sin embargo, que su mente sigue lúcida, y sus ganas de hacer las cosas permanecen inalteradas. En otras palabras, es como si se les dijera que podemos prescindir de ellos. Una de las primeras necesidades de todo ser humano es la de sentirse aceptado, querido, acogido, perteneciente a algo y a alguien, sentimientos en los que se basa la autoestima. La autoestima positiva es ser útil. Por lo tanto, no puede haber autoestima si el individuo percibe que los demás prescinden de él.

La depresión para Salvarezza (1998) es considerada como uno de los trastornos de mayor complejidad en la población gerontológica, ya que puede tener efectos potencialmente nocivos en la salud de una persona mayor. A ello contribuyen una serie de factores, entre los que destacan las enfermedades somáticas, la disminución de las funciones cognitivas y, al mismo tiempo, suele ser la causa más frecuente de sufrimiento emocional en la última etapa de la vida. Es importante añadir que el anciano tiende a no pedir ayuda especializada en centros de salud mental. El diagnóstico correcto de los problemas emocionales del anciano deprimido se convierte, por tanto, en una cuestión de extraordinaria importancia.

De acuerdo con Papalia (2009), la depresión puede ser mal diagnosticada en los ancianos debido a que los médicos atribuyen sus síntomas a enfermedades físicas o a que los consideran una parte normal del proceso de envejecimiento. Los síntomas de la depresión con frecuencia se traslapan con los cambios normales asociados con el envejecimiento, como pensamientos acerca de la muerte, cambios en el impulso o deseo sexual y en el patrón del sueño, y reducción de la energía. Puesto que la depresión acompaña algunas condiciones médicas como la enfermedad de Parkinson, apoplejía, trastornos

tiroideos y ciertas deficiencias vitamínicas, identificar los síntomas puede ser una labor muy difícil.

Calderón (2018) expresa que en la depresión del adulto mayor influyen varios factores, tanto genéticos, biológicos, psicológicos y ambientales. Por mucho tiempo, se ha estudiado el papel de la serotonina y se considera que en la depresión la alteración de la serotonina afecta a personas vulnerables que se encuentren pasando por momentos críticos o de cambio abrupto dentro de la rutina de su vida, el no planificar para la posteridad, crea cambios psicológicos significativos. La depresión del adulto mayor agrava las comorbilidades, aumenta las necesidades de atención de salud incluyendo la atención de hospitalización y emergencia, aumenta la discapacidad, deteriora la calidad de vida, aumenta el consumo de sustancias adictivas. Además, aumenta el riesgo de muerte especialmente en síndromes depresivos mayores. Alentar a los individuos a iniciar, mantener y expandir el compromiso social en los últimos años de vida podría ayudar a mejorar la calidad de vida relacionada a la salud y disminuir los síntomas depresivos.

Los gastos de salud en adultos mayores con depresión se incrementan de manera importante por complicaciones en enfermedades crónicas como insuficiencia cardíaca y diabetes. El adulto mayor es usuario frecuente de los servicios de salud; los adultos mayores acuden a los servicios médicos para ser atendidos, las visitas al médico aumentan en pacientes deprimidos, se expanden las consultas médicas cuando un adulto mayor se encuentra deprimido, se perciben mayores sentimientos de soledad y angustia por su salud, acentuando problemas que probablemente ya presentaba en un inicio.

La depresión y la demencia son los trastornos neuro-psiquiátricos más frecuentes en el adulto mayor. La prevalencia de la depresión varía según el desarrollo socio económico de los países; como es lógico suponer, es más frecuente en países en vías de desarrollo. La depresión en el adulto mayor tiene características propias y el impacto sobre la calidad de vida, las comorbilidades y la ideación suicida es evidente. Es importante el conocimiento de los factores de riesgo de depresión para poder enfrentar el problema de

manera más eficaz. Fomentando actividades de desarrollo en el adulto mayor con el fin de proporcionarle un nuevo propósito de vida, promoviendo la salud mental en los adultos mayores.

De acuerdo con Nieto (2019) los principales resultados que se encontraron en las experiencias subjetivas de depresión están las relacionadas a las actividades, ya que los jubilados destacaron que estar activos era el antídoto para no tener depresión, pero también para combatirla, un factor primordial y necesario para que la persona jubilada se adapte mejor a la jubilación y combata la depresión que le pueda generar el cambio y aumente su bienestar.

En cuanto a las emociones, lo jubilados reportaron tener emociones positivas y negativas, es decir ciertas experiencias relacionadas a su jubilación los llevaron a sentir emociones negativas, y otros, emociones positivas. Los sentimientos principales entorno a la depresión en su jubilación se destacaron por ser positivos y negativos, es decir, algunos jubilados ven la jubilación de manera positiva y otros la ven de manera negativa, debido a diversos factores económicos, psicológicos, sociales y biológicos, donde puede influir la pensión que recibe cada jubilado y la perspectiva social y cultural que se tiene hacia el adulto mayor en América Latina.

En el mismo orden de ideas, Ojeda (2012) argumenta que la depresión disminuye la expectativa de vida en 6.5 años cuando se presenta en pacientes jóvenes y en 2.2 años en pacientes mayores. La depresión aumenta el riesgo de mortalidad en adultos mayores con riesgos relativos (RR) que varían entre 1.5 y 2.5. Se encuentra presentes múltiples comorbilidades físicas y la salud mental con la que llegan a la etapa jubilatoria. La presencia de enfermedades crónicas constituye un factor de riesgo para la depresión (OR 1.53). Pacientes con depresión tienen más riesgo de presentar alteraciones cardiovasculares y cognitivas y puede representar una fase prodrómica de la demencia. La depresión en adultos mayores se comporta diferente a la de pacientes jóvenes. Los adultos con depresión refieren más síntomas como pérdida de apetito, pérdida de interés en actividades sexuales y menos síntomas de tristeza,

aburrimiento y miedo. La depresión en los adultos se conoce como la depresión sin tristeza.

Los adultos mayores son una población en riesgo para los trastornos afectivos, en especial para la depresión, el cursar por la transición jubilatoria puede repercutir de manera importante al estado de ánimo de cada personas, debido a que no existe dentro de la cultura latina la prevención para los años postreros, por lo tanto juega un papel muy importante los niveles de depresión que tienen los adultos mayores dentro de su calidad de vida, debido a que se suelen confundir con síntomas propios de la edad, aunado a esto son la población con menor atención dentro de la cultura latinoamericana, provocando la soledad y el abandono dentro de los adultos mayores.

2.6 Evaluación y diagnóstico de la depresión en el adulto mayor

Respecto a lo que corresponde a la evaluación psicológica, Fernández-Ballesteros (2013) refiere que la psicología tiene por objeto el comportamiento humano, en los niveles de complejidad necesarios, lo cual implica el estudio de estructuras, como la conciencia o la mente, y como objetivo esencial el hallazgo de objeto de conocimiento. Por lo tanto, necesariamente, la evaluación ha de nutrirse de los hallazgos que proceden de las distintas áreas de la psicología, enfocándose en las diferencias individuales, de la personalidad, cognitiva, del aprendizaje, de la psicofisiología y psiconeurología y de la psicopatología. Así, también, la evaluación psicológica se ha visto influida por algunos desarrollos de la psicología aplicada y sus técnicas, que han sido posibles gracias a los avances metodológicos de la estadística y de psicología experimental y matemática. Es necesario tener la comprensión de la evaluación psicológica debido a que brinda un panorama general al momento de intervenir con personas adultas mayores que pasan por un proceso jubilatorio.

En relación con la medición de la depresión Trujillo-Hernández et.al (2017) expresan que el desarrollo de las primeras escalas de valoración coincidió con

el nacimiento de la psicofarmacología, para poder evaluar los resultados terapéuticos de los primeros medicamentos antidepresivos. Sin embargo, es preciso señalar, que el mejor cuestionario o la más elaborada escala de evaluación, no pueden suplir jamás a un buen estudio clínico, efectuado por personal capacitado del área de la salud. Por lo tanto, estos instrumentos deben considerarse como un elemento de ayuda para el diagnóstico y también como un medio para valorar en forma sencilla la evolución de un cuadro depresivo ante un tratamiento determinado.

Para Moscoso (2014) la elaboración de un instrumento psicométrico coherente, válido y confiable para la evaluación de la depresión, necesita distinguir las características de personalidad y diferencias individuales con las cuales esta enfermedad está relacionada, de manera directa o indirecta.

En este sentido, Reitterban y Spielberger (1996) ofrecen un avance y ponen en evidencia las deficiencias de los actuales métodos de evaluación psicométrica de la depresión observando la tendencia de algunos instrumentos a evaluar la intensidad del trastorno depresivo utilizando instrucciones que indican más bien la frecuencia de los síntomas.

De acuerdo con Ezquiaga-Terrazas (2011) Con frecuencia la literatura médica, igual que hacen los medios de divulgación no médicos, utiliza con una alarmante ligereza los términos “depresión” o “trastorno depresivo” para englobar un grupo amplio de cuadros clínicos que incluyen desde trastornos adaptativos leves con ánimo depresivo a trastornos afectivos severos e incapacitantes, como si todos ellos fueran intercambiables entre sí y en un continuum de severidad de difícil delimitación. Esto se debe en gran parte, a la controvertida nosología de los trastornos afectivos. Hasta finales del siglo XIX el síndrome depresivo era equiparable a la melancolía. Kraepelin agrupó todos los síndromes depresivos en las psicosis maníacodepresivas, y posteriormente Leonhard diferenció las formas bipolares y unipolares depresivas. En todo caso, hasta la aparición del DSM-III, la clasificación de las depresiones unipolares giró en torno al carácter biológico-constitucional que representa la melancolía,

frente a otras depresiones de naturaleza psicosocial (neuróticas, psicógenas, etc), en lo que se ha denominado un modelo nosológico categorial binario.

El DSM-III (1980) centró la categorización de los trastornos depresivos en la depresión mayor, y relegó la posibilidad diagnóstica de la melancolía a un quinto dígito. Ediciones posteriores del DSM han anulado también esta posibilidad, y aplicando una perspectiva en teoría descriptiva y “ateórica” actualmente, tanto DSM-IV como CIE-10, categorizan los episodios depresivos en función de su gravedad, por suma de síntomas, y por tiempo de duración del cuadro, descartando prácticamente formas cualitativamente diferentes en los trastornos depresivos.

La delimitación del número de síntomas requeridos y de la duración de los mismos para hacer el diagnóstico de depresión mayor, se estableció a través del consenso de un grupo de “expertos”, no habiendo sido posible establecer correlatos significativos entre el síndrome depresivo descrito en los manuales diagnósticos y marcadores físicos, evolutivos, terapéuticos, etc., posiblemente debido a que bajo la categoría depresión mayor se incluyen cuadros muy diferentes en su etiopatogenia, clínica, repercusión funcional, pronóstico y tratamiento. Para el diagnóstico de episodio depresivo con el sistema diagnóstico CIE-10 se requiere la presencia de menor número de síntomas que con los criterios DSM, lo que presumiblemente incorpora un espectro aún más amplio de cuadros depresivos.

Por otra parte, Alvarado, R (2005) et. al. menciona que el Ministerio de Salud de Chile ha desarrollado un programa de alcance nacional (PDTID) encaminado a optimizar la detección, el diagnóstico y el tratamiento de los trastornos depresivos en el nivel primario de atención. Actualmente, el programa se extiende a todos los centros de atención primaria de la salud (APS) del país. En cuanto a su organización, el PDTID funciona de la siguiente manera. Cualquier profesional del centro puede realizar la detección de los casos probables durante sus actividades habituales de atención. Todo caso probable se deriva a un médico o psicólogo del propio centro, que se encarga entonces de hacer el diagnóstico y, en su caso, de efectuar el ingreso en un

programa estructurado de atención. Se realiza un diagnóstico clínico conforme a los criterios de la Clasificación Internacional de Enfermedades, décima revisión (CIE-10), se verifica la gravedad del trastorno y se estudia un conjunto de condiciones que se consideran de riesgo psicosocial (según el consenso de expertos nacionales). Si el cuadro clínico apunta al diagnóstico de depresión grave, se remite a la persona a un centro en el que brinda atención especializada un equipo multidisciplinario dirigido por un psiquiatra. De otro modo, si el diagnóstico corresponde a depresión leve o moderada, se ingresa al paciente en un programa de atenciones que sigue los criterios de una guía de práctica clínica.

Desde la perspectiva de Rodríguez-Domínguez, Z (2015) et. al. La depresión en los adultos mayores constituye un cuadro heterogéneo que presenta ciertas características diferenciales. Los factores psicosociales juegan un papel más importante en su etiopatogenia que en edades más jóvenes. Además, los cambios biológicos propios del envejecimiento, la presencia de déficits cognitivos, la coexistencia de otros problemas médicos y el uso de múltiples medicaciones, hace a los ancianos más vulnerables para presentar sintomatología depresiva. Existen múltiples instrumentos de evaluación de trastornos mentales que pueden facilitar la identificación de casos o probables casos de depresión. Una de las escalas más utilizadas en la actualidad es la escala de depresión geriátrica de Yesavage, escala también recomendada por la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria. Sheikh y Yesavage propusieron posteriormente una versión abreviada de la GDS, formada por 15 preguntas (10 positivas y 5 negativas) que sólo requiere de 5 a 7 minutos para ser completada, con el objeto de reducir los problemas de fatiga y pérdida de atención que se suelen presentar en este grupo de edad.

CAPÍTULO III. MÉTODO

En el presente capítulo se muestra la metodología utilizada en la investigación, y de acuerdo con esta se describe cómo se llevó a cabo el proceso para obtener los resultados sobre el impacto de la jubilación en el adulto mayor y su desarrollo en el trastorno depresivo.

3.1 Tipo y diseño de la investigación

A continuación la presente investigación que pertenece a un enfoque cuantitativo no experimental que de acuerdo Hernández (2010) este enfoque tiene como fundamento la recolección de datos sin la manipulación directa de las variables para lograr probar las hipótesis a través de la medición numérica con base en un análisis estadístico que tiene como objetivo establecer una guía para el desarrollo de la investigación probando las teorías, debido a esto se refiere a un estudio descriptivo con alcance comparativo.

El diseño que se pretende será de tipo descriptivo ya que se espera describir los resultados obtenidos realizando al mismo tiempo una comparación entre la muestra de sujetos que se tendrá.

Se pretenden utilizar como instrumento escalas psicológicas para recabar los resultados de la investigación, la Escala de depresión geriátrica de Yesavage y la escala de depresión de Beck con el fin de obtener una mayor veracidad en los resultados recolectados.

El tipo de corte que se utiliza es de tipo transversal donde se obtienen los datos en un tiempo y momento único, el principal propósito es describir variables y analizar la interrelación e incidencia en un solo momento.

Por lo tanto, en el presente proyecto se pretende describir de manera cuantitativa la variable de jubilación y depresión de manera separada, debido a esto no es un experimento ya que se analizan los fenómenos como se muestran en su contexto natural para posteriormente analizarlos, no teniendo control ni influencia directa con las variables porque ya sucedieron.

3.2 Participantes

La elección para el muestreo de los adultos mayores fue del tipo determinístico por conveniencia, la cual de acuerdo con Hernández (2010) hace alusión a la elección de los elementos relacionados con las características de la investigación o de quien hace la muestra; debido a esto la muestra que se utilizó para la presente investigación fueron tres grupos de diez personas con las siguientes particularidades, el primer grupo se encontraba formado por personas jubiladas en estado de inactividad laboral actual, el segundo grupo se encontraba formado por personas no jubiladas y en plena actividad laboral, finalmente el último grupo se encuentra caracterizado por personas jubiladas en estado de actividad laboral postjubilatoria. Todos los grupos conformados por ambos sexos que se encontraban en distintas casas de reposo y grupos sociales, los cuales aceptaron su participación de manera voluntaria al ingreso del estudio, en donde el rango de edad es de 60 a 70 años, los sujetos evaluados se localizaron por medio de las casas de reposo y acercamiento a los grupos sociales.

Criterios de inclusión

- Mujeres y hombres que estuvieran jubilados sin ninguna actividad laboral.
- Mujeres y hombres que están laborando en la actualidad.
- Mujeres y hombres que estuvieran jubilados y con actividad laboral post-jubilatoria.
- Tener por lo menos 60 años y no tener más de 70 años.
- Participación voluntaria.
- Se les notifica el objetivo de la investigación, así como la confidencialidad de la información proporcionada.

Criterios de exclusión

- Presentar alguna enfermedad que imposibilite la aplicación de la prueba.

- Dejar incompletas las escalas aplicadas.

3.3 Técnicas e instrumentos de la investigación

Las escalas que se decidieron utilizar para la recolección de información para proporcionar los índices de depresión en la población adulta mayor jubilada, fueron la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage y la Escala de Depresión de Beck-II, basadas en preguntas donde las respuestas se encuentran variadas, otorgándoles distintas posibilidades de contestar a los evaluados, que de acuerdo con Hernández (2010), consiste en un conjunto de ítems presentados en forma de afirmaciones o juicios, ante los cuales se les pide la reacción de los participantes.

La escala de depresión geriátrica de Yesavage (Anexo B), validada por Brink, Yesavage y Lum (1983). La finalidad de este instrumento es que fue especialmente diseñado para ser empleado en población anciana para detectar posible presencia de depresión. Esta escala es autoadministrada y su aplicación es de manera individual, consta de 30 ítems, tiene una duración aproximada de 10 a 30 minutos, el resultado es arrojado por medio de puntos de corte, 0-10: Adulto mayor regular, 11-30: Adulto mayor con posible depresión.

Con base en esto se encontró que la escala de depresión geriátrica de Yesavage (1983), presenta una sensibilidad del 92% y una especificidad del 89%

La escala de depresión de Beck-II (BDI-II) (Anexo C), validada por Beck, Steer y Brown (2011). Creada para medir la severidad de depresión en adultos y adolescentes, a través de la evaluación de los síntomas correspondientes a los criterios diagnósticos de los trastornos depresivos en el Manual Diagnóstico y Estadístico de trastornos Mentales, se emplea de manera autoadministrada y su aplicación puede ser de manera individual o colectiva, contiene 21 ítems, tiene una duración de 5 a 10 minutos, las puntuaciones mínima y máxima en el test son 0 y 63. Se han establecido puntos de corte que permiten clasificar a los

evaluados en uno de los siguientes cuatro grupos: 0-13, mínima depresión; 14-19, depresión leve; 20-28, depresión moderada; y 29-63, depresión grave.

Los datos sobre la fiabilidad de las puntuaciones se basan exclusivamente en la consistencia interna. Los coeficientes son elevados (superiores a 0.85).

3.4. Procedimiento de la investigación

Pidiendo la autorización por medio de una Carta de Consentimiento informado (Anexo A) a cada participante y brindándoles el tiempo necesario para que pudieran contestar de manera adecuada ambas escalas, donde se fue objetivos en cada momento de la aplicación, brindando el máximo grado de anonimato, para la recolección de datos de la investigación se tuvo que acceder a la muestra por medio de los grupos sociales, se habilito una liga web donde se encontraban la Escala de depresión geriátrica de Yesavage y la Escala de depresión de Beck-II.

La selección de la muestra y el proceso de obtención de datos para esta investigación se llevaron a cabo entre octubre y diciembre de 2021. En cada una de las aplicaciones, los candidatos del proyecto fueron propiamente informados del carácter voluntario y anónimo de sus respuestas y su confidencialidad de su participación, apegándose a los objetivos del estudio.

Se compararon dos grupos de jubilados, uno con actividad laboral y otra sin actividad laboral postjubilatoria, por medio de una correlación de Spearman donde se utilizó un método estadístico sobre la una medida de dependencia en la cual se calculó la jerarquía media de las observaciones, asignando una clasificación a las variables y analizando su relación de dependencia entra ambas.

Por la pandemia de COVID -19 se logró conseguir solo dos grupos de personas jubiladas, ya que al ser una población vulnerable y en riesgo a contraer la enfermedad se consiguió una cantidad muy limitada de adultos mayores que cumplieran con las características adecuadas para esta investigación.

CAPÍTULO IV. RESULTADOS

En la tabla 1 se presentan las puntuaciones medias de los Jubilados con y sin algún tipo de actividad laboral. Se puede observar que de acuerdo con las puntuaciones obtenidas del GDS y del IDB los jubilados con algún tipo de actividad laboral presentan niveles superiores de posible depresión en comparación con los jubilados que no tenían actividad laboral post-jubilatoria.

Tabla 1. Media y Desviación estándar (DT) de las puntuaciones obtenidas en el GDS e IDB

	Jubilados con actividad laboral		Jubilados sin actividad laboral	
	Media	DT	Media	DT
Puntuación GDS	7.27	8.11	6.36	5.24
Puntuación IDB	12.64	14.50	8.55	7.92

La puntuación del GDS presenta una asimetría de 1.07 lo cual indica que los datos se concentran en los valores inferiores y presenta una cola larga hacia valores extremos superiores. La curtosis de la puntuación del GDS es de 0.15, lo cual indica que la forma de su distribución de frecuencias es mesocúrtica. El estadístico de Levene para la homocedasticidad de los grupos no fue significativo ($F= 2.91$, $p= 0.10$) por lo que se asumen varianzas iguales entre los grupos.

Situación similar ocurre con la puntuación del IDB cuya asimetría es de 1.75, lo cual indica una alta concentración en valores inferiores y una cola larga hacia valores superiores. Sin embargo, la curtosis obtenida de la puntuación del IDB es de 2.75, lo cual indica que la forma de su distribución de frecuencias es leptocúrtica. Con base en lo anterior, no es posible establecer el supuesto de normalidad de los datos del IDB (ver Figura 2). El estadístico de Levene para la homocedasticidad de los grupos tampoco fue significativo ($F= 3.10$, $p= 0.09$) por lo que se asumen varianzas iguales entre los grupos.

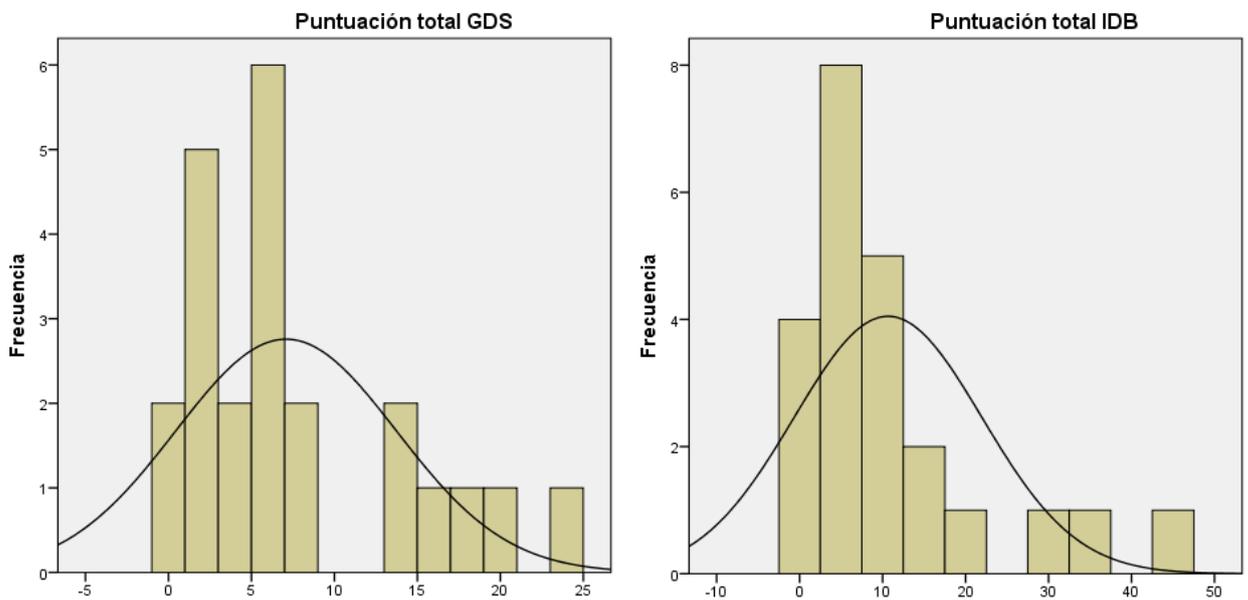


Figura 1. Histograma de puntuaciones obtenidas en el GDS e IDB

No se encontraron diferencias significativas entre los jubilados con algún tipo de actividad laboral y los jubilados sin ningún tipo de actividad laboral, en las puntuaciones del GDS ($t=0.31$, $p= 0.76$) e IDB ($t=0.82$, $p= 0.42$), por lo tanto, no se establece una diferencia significativa entre ambos grupos analizados.

Con respecto al anhelo de jubilarse que tenían los jubilados, tampoco presentaron cambios significativos en las puntuaciones del GDS ($t= 0.41$, $p=0.68$) e IDB ($t= 0.10$, $p= 0.92$), mostrando que las ganas que tenía el adulto mayor al momento de jubilarse no influyeron en el desarrollo de depresión.

Tabla 2. Estadísticas de grupo referente a las ganas de jubilarse.

	Jubilados con ganas de jubilarse		Jubilados sin ganas de jubilarse	
	Media	DT	Media	DT
Puntuación GDS	7.19	6.87	5.83	6.64
Puntuación IDB	10.75	12.35	10.17	10.30

Los problemas de salud no presentaron modificación de gran relevancia, al no observarse diferencias significativas en las puntuaciones del GDS ($t=1.70$ $p= 0.10$) y del IDB ($t= 1.70$ $p= 0.10$) entre las personas que manifestaron tener problemas de salud actualmente.

Tabla 3. Estado de salud

	Jubilados con problemas de salud		Jubilados sin problemas de salud	
	Media	DT	Media	DT
Puntuación GDS	9.88	7.82	5.07	5.48
Puntuación IDB	15.88	13.80	7.57	9.34

Por otro lado, se encontró una correlación inversa, de intensidad fuerte y estadísticamente significativa entre la escolaridad y la puntuación obtenida en el GDS ($\rho=-0.55$, $p<0.01$), lo cual indica que, a menor escolaridad, mayor es la puntuación obtenida en el GDS. Asimismo, las puntuaciones obtenidas para IDB también presentan que efectivamente una correlación entre la escolaridad y la puntuación obtenida del IDB ($\rho=-0.65$, $p=<0.01$), mostrando una importante correlación entre los factores académicos y la depresión (ver Figura 2).

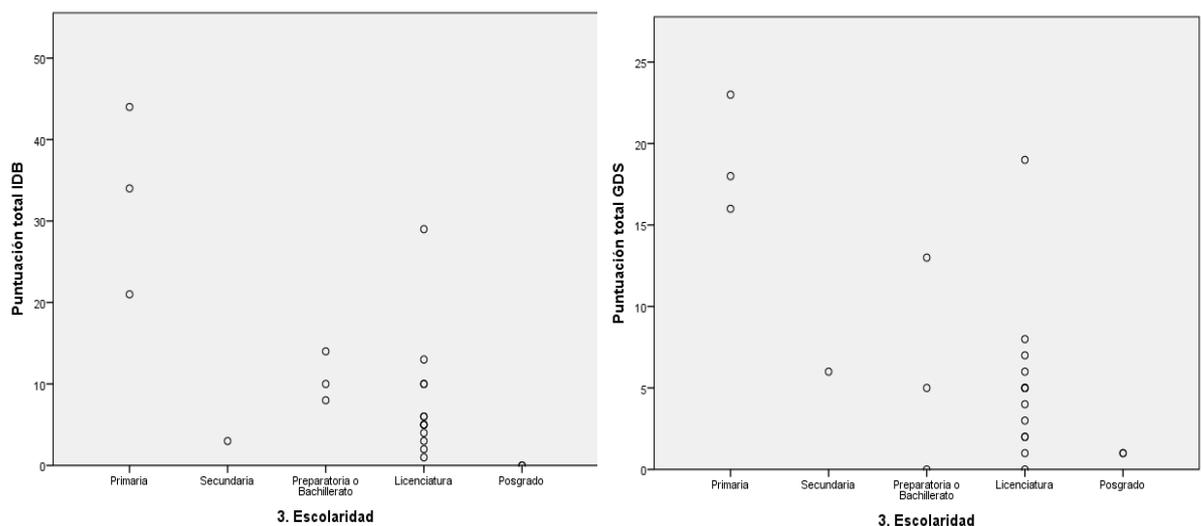


Figura 2. Correlación entre la escolaridad y las puntuaciones obtenidas en el GDS e IDB

CAPÍTULO V. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Discusión

Apoyados con los resultados obtenidos dentro de la escala Geriátrica de Depresión de Yesavage y la escala de Depresión de Beck se pudo observar que la hipótesis se cumplió de manera parcial ya que solo se encontraron diferencias significativas entre el nivel educativo de los jubilados y la depresión, infiriendo que se debe a la remuneración económica que perciben cada uno ambos grupos encuestados, siendo la razón principal de nuestro estudio el análisis de la depresión entre adultos mayores jubilados con algún tipo de actividad laboral y adultos mayores sin ningún tipo de actividad laboral post-jubilatoria.

De acuerdo con los resultados encontrados se muestra que la puntuación del GDS y la del IDB entre grupos de personas jubiladas con alguna actividad laboral y personas sin ningún tipo de actividad laboral presento que conforme al estadístico de Levene para la homocedasticidad de los grupos no fue significativo por lo que se asumen varianzas iguales entre los grupos, se infiere que fue debido a la cantidad de sujetos analizados, se puede suponer con una N de mayor numero se lograrían las diferencias significativas buscadas en la hipótesis del estudio.

De igual manera referente a la intención que tenían los adultos mayores de jubilarse, no se presentaron diferencias significativas entre ambos grupos de entrevistados en la puntuación obtenida en las escalas de depresión, por lo que la etapa de la jubilación en algunos adultos mayores no presentaba ningún tipo de controversia con la decisión de querer jubilarse. Incluso, en la mayoría de encuestados se puede presentar como un anhelo de la etapa jubilatoria pero la mayoría no presenta alguna complicación hasta el momento de los primeros meses de jubilados, debido a que no se tenía ningún plan de retiro consecuente.

Los problemas de salud en el adulto mayor también fueron un referente de análisis dentro del estudio, sin embargo, se encontró una tendencia a la significación estadística en los niveles de depresión entre ambos grupos de estudio, lo cual se infiere que fue debido a la cantidad reducida de participantes. Los estudios antes expuestos demuestran que probablemente los problemas de salud representan algún riesgo para desarrollar depresión en los adultos mayores, por lo que se requiere replicar el estudio con un número mayor de adultos mayores lo que podría llegar a una relevante diferencia significativa entre ambos grupos encuestados, abriendo las posibilidades a nuevos estudios.

En el adulto mayor la depresión genera consecuencias tanto personales como sociales, la experiencia de los síntomas depresivos lleva al adulto mayor al incremento de problemas relacionados con su salud física e incluso a la muerte, ya sea por complicaciones médicas o suicidio, por eso es de vital importancia el estudio de la depresión en etapas adultas, debido a que es un sector que la sociedad tiene en descuido.

Ambos grupos de jubilados con alguna actividad laboral y jubilados sin ningún tipo de actividad laboral presentaron niveles similares de depresión sin presentar cambios significativos, los cambios más presentes entre ambos grupos de personas jubiladas son entre la escolaridad y la depresión encontrada. Uno de los factores coadyuvantes al bienestar del adulto mayor es el nivel de escolaridad. (Sánchez, Cabaco, Litago, Maciá y López, 2003).

Por lo tanto la relevancia que tiene el nivel educativo al momento de llegar a la etapa jubilatoria en el adulto mayor es fuerte, debido a que se encuentra fuertemente relacionado con la pensión que se percibe, los adultos mayores con una menor escolaridad reciben remuneraciones económicas menores que una persona con licenciatura o posgrado, las variaciones en el tipo de empleo que presentaba cada uno de los seleccionados para la aplicación de la prueba vareaba influenciado principalmente en su nivel educativo que presentaba cada uno.

Las diferencias principales que se llegaban a mostrar entre ambos grupos de jubilados radicaban principalmente en el tipo de trabajo que ejercían y/o ejercen. La mayor parte de adultos jubilados con educación básica presentaban empleos de obreros o comerciantes y se veían en la necesidad de seguir laborando para poder suplir sus necesidades básicas, a diferencia de las los adultos mayores con nivel educativo superior o posgrado quienes presentaron empleos mayor remunerados y con prestaciones superiores a las de la ley, mejorando y fortaleciendo su plan de retiro, favoreciendo sus pensiones y brindándoles una mayor calidad de vida al momento de llegar a la jubilación.

Estos resultados coinciden con los encontrados por Lasheras, Patterson, Casado y Fernández (2001) quienes hallaron que las personas con baja escolaridad mostraron mayores sentimientos de infelicidad.

Dadas las experiencias y contenidos de aprendizaje proporcionados por la escuela, la escolaridad es uno de los elementos que fundamentan la variabilidad individual de reserva cognitiva y, por ende, el bienestar cognitivo, evitando la aparición de la depresión en adultos mayores con mayor nivel educativo, presentando mayor capacidad de expresión verbal y escrita, así como óptima capacidad de pensamiento y labilidad emocional.

Existe controversia en cuanto al efecto de la escolaridad sobre la presencia de depresión en adultos mayores. Chen, Copeland y Wei (1999), realizan un meta-análisis de estudios epidemiológicos realizados con población de adultos mayores en China; los investigadores reportan los resultados obtenidos por 20 estudios sobre depresión en esta población. La mitad de estos estudios se utilizaron para el meta-análisis de prevalencia de depresión, y el resto se consideraron para una revisión cualitativa de los factores de riesgo asociados a la depresión. Gracias al análisis cualitativo de los estudios recopilados, los autores señalan que la presencia de niveles bajos de escolaridad es uno de los factores de riesgo asociados a cuadros o síntomas depresivos en la población de adultos mayores.

Conclusiones

La investigación hecha muestra que algunas personas de tercera edad durante el periodo de jubilación, se ven afectados por factores, sociales, económicos, físicos, familiares y psicológicos que les provoca síntomas de depresión, se notó que las personas de tercera edad que pasan por el periodo de la jubilación tienen una decaída en su remuneración para su vejez, la cual provoca cambios en su vida, que pueden provocar la relación con la depresión, es de vital importancia estudiar la salud mental en los adultos mayores, ya que es un sector poco atendido por el gobierno y por la sociedad por la concepción que se tiene dentro de nuestra cultura donde se les concibe como cargas, fomentando su salud en todas las áreas de desarrollo.

REFERENCIAS

- Acosta Quiroz, C. O., & Garcia Flores, R. (2007). Ansiedad y depresión en adultos mayores. *Psicología y Salud*, 9-10.
- Aguilera Velasco, M. D. L. Á., Torres López, T. M., Rodríguez García, R. M., & Acosta Fernández, M. (2010). Dimensiones culturales del concepto de salud en trabajadores jubilados de Guadalajara, México. *Hacia la Promoción de la Salud*, 15(2), 13-27.
- Aldana Olarte, R., & Pedraza Marin, J. A. (2012). Análisis de la depresión en el adulto mayor en la encuesta nacional de demografía y salud 2010 (Doctoral dissertation, Universidad del Rosario).
- Alpízar Jiménez, I. (2011). Jubilación y calidad de vida en la edad adulta mayor. *Revista de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad Nacional*. 31 (42), 15-26.
- Alvarado, R., Vega, J., Sanhueza, G., & Muñoz, M. G. (2005). Evaluación del programa para la detección, diagnóstico y tratamiento integral de la depresión en atención primaria, en Chile. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 18(4-5), 278-286.
- Alvarado García, Alejandra María & Salazar Maya, Ángela María. (2014). Análisis del concepto de envejecimiento. *Gerokomos*, 25 (2), 57-62. <https://dx.doi.org/10.4321/S1134-928X2014000200002>.
- American Psychiatric Association (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3a. ed)
- Arias, W., et al. (2013). Felicidad, depresión y creencia en la benevolencia humana en adultos mayores institucionalizados y no institucionalizados. *Propósitos y Representaciones*, 1 (2), 83-103.

- Baltes, P.B. y Baltes, M.M. (1989). Selective optimization with compensation – a psychological model of successful aging. *Zeitschrift für Pädagogik*, 35(1), 85-105.
- Ballesteros, R. F. (2013). Evaluación psicológica: conceptos, métodos y estudio de casos. Pirámide.
- Bordignon, Nelso Antonio. (2005). El desarrollo psicosocial de Eric Erikson. El diagrama epigenético del adulto. *Revista Lasallista de Investigación*, 2 (2). 50-63. Corporación Universitaria Lasallista. Antioquia, Colombia.
- Calderón, D. (2018). Epidemiología de la depresión en el adulto mayor. *Revista Médica Herediana*, 29(3), 182-191.
- Carstensen, L (1995). Evidencia de una teoría del ciclo de vida de la selectividad socioemocional. *Direcciones actuales en ciencia psicológica*, 4 (5), 151–156. <https://doi.org/10.1111/1467-8721.ep11512261>.
- Carstensen, L. L. & Charles, S. T. (1998). Emotion in the second half of life. *Current Directions in Psychological Science*, 7, 144-149.
- Carrasco Garcia, M., Hernández Mojena, G., & Gómez Hernández, M. (2009). Prevalencia de la depresión en ancianos ingresados en el hospital de día de geriatría. *Infomed*, 10-11
- Castillo S, Domingo. (2009). Envejecimiento exitoso. Facultad de Medicina de la Universidad de Chile. 1 1-8.
- Castro, L. E. R., & Terrazas, P. J. (2019). Socialización de la jubilación en adultos jóvenes microempresarios de Ciudad Juárez. *NovaRua*, 11(18).
- CEPAL. (2011). El envejecimiento y las personas de edad: indicadores sociodemográficos para América Latina. Consultado en septiembre de 2021. Disponible en <<http://www.cepal.org/es/publicaciones/1350-envejecimiento-personas-edad-indicadores-sociodemograficos-america-latina-caribe>>.

- Chavarría Araya, J. (2016). Depresión: Una enfermedad común en el adulto mayor. *Revista Médica de Costa Rica y Centroamérica*, 72(615), 427-429.
- Chen, RJRM, Copeland, JRM y Wei, L. (1999). Un metanálisis de estudios epidemiológicos sobre la depresión en personas mayores en la República Popular de China. *Revista internacional de psiquiatría geriátrica* , 14 (10), 821-830.
- Cholíz Montañés, M. (2005). *Psicología de la emoción: el proceso emocional*. Universidad de Valencia, 3.
- Chóliz, M. y Gómez, C. (2002). Emociones sociales II (enamoramamiento, celos, envidia y empatía). En F.Palmero, E.G: Fernández-Abascal, F. Martínez y M. Chóliz (eds.), *Psicología de la Motivación y Emoción* (pp. 395-418). Madrid: McGrawHill.
- Domínguez, Z. R., Méndez, P. R. C., Segrera, M. M., Almaguer, D. J., Tamayo, D. C., & González, D. L. (2015). Evaluation the spanish version Yesavage abbreviated questionnaire in diagnostic of depression in geriatric population. *Revista del Hospital Psiquiátrico de La Habana*, 12(3).
- Ezquiaga Terrazas, E., García López, A., Díaz de Neira, M., & García Barquero, M. J. (2011). "Depresión": Imprecisión diagnóstica y terapéutica. Importantes consecuencias en la práctica clínica. *Revista de la asociación española de neuropsiquiatría*, 31(3), 457-475.
- Fernández Ballesteros, R. (2004). *La psicología de la vejez*. Encuentros multidisciplinares. Universidad Autónoma de Madrid. 5 -6.
- García Martínez, M. (2017). *Las emociones y el bienestar en las personas mayores*.

- García Pérez, E. A. (2010). *La jubilación y su relación con padecimientos de ansiedad y depresión en personas de 60 a 70 años que asisten al centro de atención médica integral para pensionados (C.A.M.I.P.)*. Guatemala: Universidad De San Carlos De Guatemala.
- González Bernal, Jerónimo. (2014). Desarrollo humano en la vejez: un envejecimiento óptimo desde los cuatro componentes del ser humano. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, vol. 7, núm. 1, 2014, pp. 121-129.
- Havighurst, R.J., Neugarten, B.L. y Tobin, S.S. (1964). Disengagement and patterns of aging. *The Gerontologist*, 4(3), 24-24.
- Hechavarría Ávila, María Margarita, Ramírez Romaguera, Melba, García Hechavarría, Hebert, & García Hechavarría, Albert. (2018). El envejecimiento. Repercusión social e individual. *Revista Información Científica*, 97(6), 1173-1188. Recuperado en 09 de noviembre de 2021, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1028-99332018000601173&lng=es&tlng=es
- Hernández-Sampieri, R., & Torres, C. P. M. (2018). Metodología de la investigación (Vol. 4, pp. 310-386). México: McGraw-Hill Interamericana.
- Herrera Santi, Patricia M. (2008). Jubilación y vejez, su repercusión en la salud familiar. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 24(4) Recuperado en 11 de mayo de 2022, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252008000400008&lng=es&tlng=es.
- Hidalgo, J. (2002). El envejecimiento: aspectos sociales. San José Costa Rica: Editorial Universidad de Costa Rica.
- Izard, C. E. (1989). The structure and functions of emotions: Implications for cognitions, motivation and personality. En E. S. Cohen (Ed.), *The G. Stanley Hall lecture series* (Vol. 9). Washington, DC: American Psychological Association.

- Izard, C. E. (1991). *The psychology of emotions*. Nueva York: Plenum Press.
- Lacub, R., & Sabatini B. (2015). *Psicología de la mediana edad y vejez*. Universidad Nacional de Mar de Plata. Ministerio de Desarrollo Social de Argentina. 3(1) 13-14.
- Lacey, J.I. (1967). Somatic response patterning and stress: Some revisions of activation theory. En M.H. Appley y R. Trumbull (eds.): *Psychological Stress: Issues in Research* (pp. 14-42). Nueva York: Appleton-Century-Crofts.
- Lagos B, Leidy. (2020). Generalidades sobre Envejecimiento, Vejez y Personas Mayores. Facultad de Ciencias de la Salud: Escuela de Terapia Ocupacional. Centro de Investigación en Educación Superior. 86(1) 15-16.
- Lasheras, Angeles M. Patterson, Carmen Casado, Serafina Fernandez, C. (2001). Effects of education on the quality of life, diet, and cardiovascular risk factors in an elderly Spanish community population. *Experimental aging research*, 27(3), 257-270.
- López, A. (2007). Afrontar la jubilación. Recuperado de <http://www.consumer.es/web/es/salud/psicologia/2004/06/10/104003.php>
- Marín, C. C. N., & Velasco, M. D. L. Á. A. (2019). Vivencias de depresión en un grupo de jubilados mexicanos. *Revista Colombiana de Salud Ocupacional*, 9(2), 6431-6431.
- Márquez-González, María (2008). "Emociones y envejecimiento". Madrid, Portal Mayores, Informes Portal Mayores, nº 84. Lecciones de Gerontología, XVI [Fecha de publicación: 14/05/2008]. <http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/marquezemociones-01.pdf>

- MECOHISA. (2011). Atención sociosanitaria a personas dependientes en instituciones sociales. McGraw-Hill.
https://www.mhe.es/ceo_link.php?tipo=1_02_D&isbn=8448176898&submateria=344&materia=93&nivel=c&comunidad=Castellano&ciclo=0&portal=&letrero=&cabecera=
- Miranda, C. (2017) Alteraciones Cognitivas, Conductuales y Psicológicas en la Enfermedad de Alzheimer. Diplomado en Demencias Chile. Pontificia Universidad Católica de Chile.
- Moscoso, M. S. (2014). Avances en la medición psicométrica de la depresión. *Liberabit*, 20(1), 29-39.
- Natacha, P. (2011). *Depresión post jubilatoria*. Argentina: Universidad Abierta Interamericana.
- Navarro, B. (2007). La urgencia de la educación emocional [Reseña del libro: Educar las emociones]. *Revista Electrónica de Investigación Educativa*, 9 (2). Consultado el 06 de septiembre de 2021 en: <http://redie.uabc.mx/vol9no2/contenidonavarro.html>
- Orosco, Carlos. (2015). Depresión y autoestima en adultos mayores institucionalizados y no institucionalizados en la ciudad de Lima Persona, núm. 18, pp. 91-104. Universidad de Lima, Lima, Perú.
- Organización Mundial de la Salud. (2015). Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud. Recuperado de: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186466/9789240694873_spa.pdf. Ginebra, Suiza.
- Papalia, D. (2009). Desarrollo del adulto y vejez. (3.a ed.). México, D. F.: McGraw-Hill.

- Peck, R.C. (1968). Psychological developments in the second half of life. En B.L. Neugarten (Ed.), Middle age and aging. Chicago: University of Chicago Press.
- Ritterband, L. M. & Spielberger, C. D. (1996). Construct validity of the Beck Depression Inventory as a measure of state and trait depression in nonclinical populations. *Depression and Stress*, 2, 123-145.
- Rodríguez, B. G., & Ellgring, H. (2010). Los motivos y las emociones en la vejez. Editorial UNED.
- Rodríguez Daza, K. (2011) Vejez y envejecimiento. Universidad del Rosario. 12(1), 6-7.
- Rodríguez, H. A. V., Nieves, I. C. R., Gómez, L.P., & Santana, E. R. (2014). Niveles de ansiedad y depresión en una muestra de personas jubiladas del sur y oeste de Puerto Rico y la crisis económica actual. *Informes Psicológicos*, 14(1), 13-30.
- Salvarezza, L. (1998). Una mirada gerontológica actual. Buenos Aires: Paidós.
- Sánchez, M. W., Cabaco, A. S., Litago, J. D. U., Maciá, E. S., & López, B. B. (2017). Reserva Cognitiva: Un análisis bibliométrico desde su implantación hasta la actualidad. *Revista de Psicología de la Salud*, 5(1), 86-113.
- Secretaría de Salud Pública de México. (2015). Vejez y pensiones en México. (p. 19 – 44). Ciudad de México. Secretaría de Gobernación.
- Tomás, M. S. (2005). *Mayores, actividad y trabajo en el proceso de envejecimiento y jubilación: una aproximación Psico-Sociológica*. Madrid: Universidad Complutense De Madrid
- Trujillo, P., Esparza, S., Benavides, R., Villarreal, M., & Castillo, R. (2017). Depresión en el adulto mayor: un instrumento ideal para su diagnóstico. *Nure Investigación*, 14(89), 1-10.

Ucha, F. (2010). Vejez. junio 10, 2017, de gerontología Sitio web:<https://www.definicionabc.com/general/vejez.php>.

Vivas Gómez, P., García Suano, R., & Pichardo Bullón, I. (2017). El daño colateral de la jubilación: La depresión. Madrid: ASUNIDEP.

Zavala-González, M. A., & Domínguez Sosa, G. (2010). Depresión y percepción de la funcionalidad familiar en adultos mayores urbanos mexicanos. *Psicogeriatría*, 2(1), 41-8.

Anexo A: Carta de Consentimiento Informado

Aspectos afectivos en la jubilación



Objetivo: Identificar los cambios afectivos que ocurren en los adultos mayores después de la jubilación.

Procedimiento: La siguiente prueba consta de 59 ítems, divididos en tres secciones, para lo cual se le pedirá que responda con sinceridad cómo se ha sentido emocionalmente en las últimas dos semanas.

Riesgos: Su participación en este estudio no implica ningún riesgo para su salud e integridad. Si durante la prueba le surge alguna duda hágaselo saber al investigador. Tiene el derecho a saber los resultados finales de la investigación.

Confidencialidad: Los datos que usted proporcione serán confidenciales y solo se usaran con fines de investigación académicos y de investigación científica, de manera que no se divulgara la identidad de los participantes.

Participación voluntaria: Su participación es totalmente voluntaria y tiene el derecho de negarse a participar o responder alguna pregunta sin que esto tenga una consecuencia para usted. Usted no recibirá ninguna recompensa económica por su participación y tampoco se le pedirá un pago por ello.

Instrucciones: Procure ser lo más honestos con sus respuestas, dentro de la aplicación no hay respuestas incorrectas, no emplee mucho tiempo en cada pregunta, sea espontáneo, las preguntas dentro del apartado sociodemográfico que no apliquen a su condición actual, márquelas únicamente con una X.

Anexo B: Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage

5.5. Escala de Depresión Geriátrica (Geriatric Depression Scale, GDS) (versión de 30 ítems)

1

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

Anexo C: Escala de Depresión de Beck

INVENTARIO DE BECK BDI*

Fecha: _____ Edad: _____ Sexo: _____ Edo. Civil _____
Escolaridad: _____
Ocupación: _____
Domicilio (Colonia y Delegación): _____

En este cuestionario se encuentran grupos de oraciones. Por favor lea cada una cuidadosamente. Posteriormente escoja una oración de cada grupo que mejor describa la manera en que usted se **SINTIO LA SEMANA PASADA INCLUSIVE EL DIA DE HOY**. Encierre en un círculo el número que se encuentra al lado de la oración que usted escogió. Si varias oraciones de un grupo se aplican a su caso circule cada una. Asegúrese de leer todas las oraciones en cada grupo antes de hacer su elección.

- | | |
|--|--|
| <p>1 0. Yo no me siento triste</p> <ol style="list-style-type: none">1. Me siento triste2. Me siento triste todo el tiempo y no puedo evitarlo3. Estoy tan triste o infeliz que no puedo soportarlo | <p>6 0. Yo no me siento que esté siendo castigado</p> <ol style="list-style-type: none">1. Siento que podría ser castigado2. Espero ser castigado3. Siento que he sido castigado |
| <p>2 0. En general no me siento descorazonado por el futuro</p> <ol style="list-style-type: none">1. Me siento descorazonado por mi futuro2. Siento que no tengo nada que esperar del futuro3. Siento que el futuro no tiene esperanza y que las cosas no pueden mejorar | <p>7 0. Yo no me siento desilusionado de mí mismo</p> <ol style="list-style-type: none">1. Estoy desilusionado de mí mismo2. Estoy disgustado conmigo mismo3. Me odio |
| <p>3 0. Yo no me siento como un fracasado</p> <ol style="list-style-type: none">1. Siento que he fracasado más que las personas en general2. Al repasar lo que he vivido, todo lo que veo son muchos fracasos3. Siento que soy un completo fracaso como persona | <p>8 0. Yo no me siento que sea peor que otras personas</p> <ol style="list-style-type: none">1. Me crítico a mí mismo por mis debilidades o errores2. Me culpo todo el tiempo por mis fallas3. Me culpo por todo lo malo que sucede |
| <p>4 0. Obtengo tanta satisfacción de las cosas como solía hacerlo</p> <ol style="list-style-type: none">1. Yo no disfruto de las cosas de la manera como solía hacerlo2. Ya no obtengo verdadera satisfacción de nada3. Estoy insatisfecho o aburrido con todo | <p>9 0. Yo no tengo pensamientos suicidas</p> <ol style="list-style-type: none">1. Tengo pensamientos suicidas pero no los llevaría a cabo2. Me gustaría suicidarme3. Me suicidaría si tuviera la oportunidad |
| <p>5 0. En realidad yo no me siento culpable</p> <ol style="list-style-type: none">1. Me siento culpable una gran parte del tiempo2. Me siento culpable la mayor parte del tiempo3. Me siento culpable todo el tiempo | <p>10 0. Yo no lloro más de lo usual</p> <ol style="list-style-type: none">1. Llora más ahora de lo que solía hacerlo2. Actualmente lloro todo el tiempo3. Antes podía llorar, pero ahora no lo puedo hacer a pesar de que lo deseo |

Versión estandarizada por: Samuel Jurado Cárdenas, Lourdes Méndez Salvatore y Enedina Villegas Hernández, Facultad de Psicología, UNAM.

- 11 0. Yo no estoy más irritable de lo que solía estar
 1. Me enojo o irrito más fácilmente que antes
 2. Me siento irritado todo el tiempo
 3. Ya no me irrito de las cosas por las que solía hacerlo
- 12 0. Yo no he perdido el interés en la gente
 1. Estoy menos interesado en la gente de lo que solía estar
 2. He perdido en gran medida el interés en la gente
 3. He perdido todo el interés en la gente
- 13 0. Tomo decisiones tan bien como siempre lo he hecho
 1. Pospongo tomar decisiones más que antes
 2. Tengo más dificultad en tomar decisiones que antes
 3. Ya no puedo tomar decisiones
- 14 0. Yo no siento que me vea peor de como me veía
 1. Estoy preocupado de verme viejo (a) o poco atractivo (a)
 2. Siento que hay cambios permanentes en mi apariencia que me hacen ver poco atractivo (a)
 3. Creo que me veo feo (a)
- 15 0. Puedo trabajar tan bien como antes
 1. Requero de más esfuerzo para iniciar algo
 2. Tengo que obligarme para hacer algo
 3. Yo no puedo hacer ningún trabajo
- 16 0. Puedo dormir tan bien como antes
 1. Ya no duermo tan bien como solía hacerlo
 2. Me despierto una o dos horas más temprano de lo normal y me cuesta trabajo volverme a dormir
 3. Me despierto muchas horas antes de lo que solía hacerlo y no me puedo volver a dormir
- 17 0. Yo no me canso más de lo habitual
 1. Me canso más fácilmente de lo que solía hacerlo
 2. Con cualquier cosa que haga me canso
 3. Estoy muy cansado para hacer cualquier cosa
- 18 0. Mi apetito no es peor de lo habitual
 1. Mi apetito no es tan bueno como solía serlo
 2. Mi apetito está muy mal ahora
 3. No tengo apetito de nada
- 19 0. Yo no he perdido mucho peso últimamente
 1. He perdido más de dos kilogramos
 2. He perdido más de cinco kilogramos
 3. He perdido más de ocho kilogramos
 A propósito estoy tratando de perder peso comiendo menos
 Si ____ No ____
- 20 0. Yo no estoy más preocupado de mi salud que antes
 1. Estoy preocupado acerca de problemas físicos tales como dolores, malestar estomacal o constipación
 2. Estoy muy preocupado por problemas físicos y es difícil pensar en algo más
 3. Estoy tan preocupado por mis problemas físicos que no puedo pensar en ninguna otra cosa
- 21 0. Yo no he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo
 1. Estoy menos interesado en el sexo de lo que estaba
 2. Estoy mucho menos interesado en el sexo ahora
 3. He perdido completamente el interés por el sexo

Versión estandarizada por: Samuel Jurado Cárdenas, Lourdes Méndez Salvatore y Enedina Villegas Hernández, Facultad de Psicología, UNAM.