



Universidad Autónoma del Estado de
México

Facultad de Ciencias de la Conducta



**"DEPRESIÓN EN JUBILADOS ASISTENTES A SESIONES INFORMATIVAS DEL
SMSEM EN VALLE DE BRAVO"**

TESIS

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

PRESENTA:

ISUI BETZABE OSORIO GONZÁLEZ
NÚMERO DE CUENTA: 0821498

ASESOR DE TESIS:

MTRA. ELIZABETH ESTRADA LAREDO

TOLUCA, MÉXICO, ENERO DE 2015.

I. ÍNDICE

I.	Índice	6
II.	Resumen	8
III.	Presentación	9
IV.	Introducción	10
V.	Marco teórico	13
	Capítulo1: Jubilación	14
	Definición	14
	Antecedentes de la jubilación	16
	Factores que intervienen en la Jubilación	18
	Significado e Impacto de la Jubilación	22
	Antecedentes de la jubilación en México	26
	El perfil del jubilado en México	28
	Estadísticos de la población jubilada	30
	La jubilación en el ISSEMyM	31
	Capítulo 2: Depresión	34
	Definición	35
	Características de la depresión	36
	Factores de riesgo y tratamiento de la depresión	39
	Depresión y jubilación	41
VI.	Método	44
	Objetivo del estudio	45
	Planteamiento del problema	45
	Tipo de Investigación	47
	Variables	47
	Definición del Universo de estudio	50
	Definición de la muestra y tipo de muestreo	49
	Instrumento	49
	Diseño de Investigación	49
	Especificación de la captura de información	50

	Procesamiento de la información	50
VII.	Resultados	51
VIII.	Análisis de resultados	54
IX.	Conclusiones	60
X.	Sugerencias	62
XI.	Referencias	65
XII.	Anexos	70

II. RESUMEN

La jubilación, como un hecho inminente en la vida laboral de los trabajadores que gozan de este tipo de prestación, representa un cambio variable e inestable en la cotidianeidad y confort afectivo, en el que se encuentran los antiguos trabajadores. Esto trae consigo un desequilibrio entre lo que se ha vivido por tantos años y lo que se espera, del futuro incierto, que tanto tiempo se ha esperado. El presente trabajo se centra en una investigación acerca de saber si existe un nivel de depresión entre los jubilados del SMSEM, que asisten a sesiones informativas dentro de la misma casa sindical, en el Municipio de Valle de Bravo, Estado de México.

La investigación se basa específicamente en un recorrido teórico que va desde la jubilación, como la fase final de la vida económica productiva, hasta las características y síntomas más sobresalientes de la depresión como la alteración del estado de ánimo. Para así, después, poder describir acerca de dichas características, si la jubilación tiene como una de sus consecuencias a la depresión. El desarrollo de la misma fue a través de la aplicación del Test de depresión de Beck a los jubilados que cumplieran con los criterios especificados.

Lo que se encontró, fue principalmente, que los jubilados tuvieron leves altibajos en el estado de ánimo y sólo un pequeño porcentaje de la muestra, manifiesta una depresión moderada. Lo anterior llevó a la conclusión de que, aún en un mínimo porcentaje, la depresión sí existe entre los jubilados pertenecientes a la muestra. Dejando un amplio camino para el establecimiento y desarrollo de otras investigaciones, o la proposición de nuevas teorías acerca de la jubilación y sus implicaciones.

III. PRESENTACIÓN

La investigación siguiente se compone de diversos apartados, distribuidos específicamente y subdesarrollados en otros componentes teóricos que explican y sustentan la realización de la presente. El primer capítulo del marco teórico, lo integra una explicación acerca de la jubilación, su definición, antecedentes históricos, los factores que intervienen, su proceso, significado e impacto para los servidores públicos jubilados.

Además de los antecedentes de la jubilación en México, el perfil del jubilado mexicano, las estadísticas de los jubilados en la Nación y el cómo es concebida administrativamente la jubilación dentro del ISSEMyM.

El siguiente capítulo trata a la depresión, su definición, características clínicas, factores de riesgo, tratamiento y su relación con la jubilación. Posteriormente se hace un abordaje descriptivo por el método de trabajo, el objetivo de la investigación, planteamiento del problema, tipo de investigación, las variables de trabajo, la definición del universo de estudio y muestra; el instrumento utilizado, el diseño de investigación, la especificación de la captura de la información y su procesamiento.

Finalmente se exponen los resultados obtenidos de la aplicación del instrumento a la muestra, el análisis de los resultados, las conclusiones, sugerencias y un listado de las referencias consultadas, para dar soporte teórico al trabajo de investigación.

La jubilación es una idea relativamente nueva. Se instauró en muchos países industrializados a finales del siglo XIX y comienzos del XX; pero en los países menos desarrollados, la mayoría de las personas todavía trabajan hasta que ya no son físicamente capaces. Con frecuencia, una mayoría de la población, en especial los trabajadores del “sector informal” y en las áreas rurales, quedan fuera y es común la mala administración (Papalia, Sterns, Feldman y Camp, 2009).

La mala administración lleva a pensar entonces, en las dificultades y desventajas en que se encuentran este tipo de población. En el transcurso de este siglo, gobiernos de distintos países han implementado acciones que permiten incluir cada vez más, un mayor número de personas como susceptibles a la jubilación. En el mismo tiempo se han desarrollado investigaciones que tratan de determinar los efectos de la jubilación y los problemas que enfrentan las personas retiradas del trabajo remunerado.

Resultados de estas investigaciones indican una cantidad considerable de situaciones que debe afrontar el individuo jubilado: baja en los ingresos, pérdida del estatus social y privilegios relacionados con la posición ocupacional, la reorganización de la vida cotidiana, sobre todo de la vida familiar, la búsqueda de nueva identidad y valores, así como una reducción en número y frecuencia de las actividades sociales.

Como consecuencia, la jubilación actualmente ya no es percibida como un hecho meramente positivo para el individuo, sino también como un acontecimiento que implica ciertos efectos negativos (Jiménez Tapia, Mondragón Barrios y González-Forteza, 2000). Las estadísticas en México del crecimiento de la edad en la población, de acuerdo a las proyecciones del Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (2010), muestran que en los próximos 5 años la población mayor a 60 años crecerá alrededor de un 20%, en tanto que, la población total crece un 4%. En el mismo reporte el INEGI (2010), basado en el panorama sociodemográfico de México, establece que del total de la población no económicamente activa, los jubilados y pensionados ocupan el 5.5%. Específicamente en el Estado de México ocupan el 5% de la población.

En México casi cinco millones de personas pertenecen al grupo de los jubilados, con una tasa de crecimiento constante, que cae en la conclusión de que este grupo,

ahora vulnerable, se volverá al pasar de los años, en una proporción grande, cuya necesidad de atención y estudio se vuelve primordial para mantener la estabilidad o funcionalidad de este sector.

La jubilación (el cese de trabajo no remunerado y el subsiguiente cobro de una pensión o equivalente) es un fenómeno inicialmente percibido como una acción que beneficiaba en todos los aspectos la vida de los trabajadores, pero existen muchos factores que pueden hacer tambalear esta concepción.

Las razones para obtener la jubilación han cambiado a través de los años y se hacen cada vez más complejas. Pueden existir fuerzas de “tirar” y “empujar” que influyen en la decisión de jubilarse; las fuerzas del “tirar” implican a los factores que son atractivos de la jubilación y la oportunidad de hacer lo que el trabajador quiere; una pensión es un ejemplo. Los factores de “empujar” incluyen los problemas en la fuerza laboral que le fuerzan a jubilarse. Los problemas de salud o la discapacidad serían factores de “empuje” (Warner Schaine y Willis Sherry, 2003).

La naturaleza del trabajo se ha visto que es un factor de “empuje” importante, incluyendo los factores tales como la falta de reto en el trabajo, la reorganización y el recorte de plantilla. Las decisiones de jubilación positivas se han asociado con pensiones adecuadas, una planificación de prejubilación y el sentimiento de haber logrado las propias metas profesionales. La forma en que se tome esta decisión tiene un impacto considerable en la satisfacción tras la jubilación (Warner Schaine y Willis Sherry, 2003).

Warner Schaine y Willis Sherry (2003) han sugerido que el proceso de jubilación se puede considerar como una serie de adaptaciones que se pueden presentar en cinco fases; primeramente se da la “luna de miel”, donde la persona intenta hacer todo lo que no tuvo tiempo de hacer antes. Después, hay un periodo de “descanso” en el que sobreviene la calma para llegar a un periodo de “desencantamiento”, si las expectativas sobre la jubilación no se cumplen. Posteriormente en la “reorientación” la persona toma conciencia de la situación y explora nuevas posibilidades de implicación para concluir en la rutina estable y satisfactoria.

De lo anterior se toma en cuenta que la etapa del desencanto representa un estadio propicio para la investigación, puesto que si no se supera, el jubilado puede

caer en una etapa depresiva que le impida la continuación de su vida diaria y afrontamiento de los días y experiencias subsecuentes. La depresión representa una serie de signos y síntomas como la falta de interés, tristeza, inactividad, pesimismo, baja autoestima, falta de apetito, fatiga crónica, problemas del sueño y cambios en los hábitos intestinales (Organización Mundial de la Salud, 2013).

Es incierto poder definir o establecer un procedimiento sistemático de las reacciones del trabajador ante la jubilación, y las consecuencias que ésta le traerá, es por ello que esta investigación se centra en el estudio de una de esas posibles reacciones, ya antes investigadas, cuyo efecto podría ser desencadenante de diversos factores o situaciones de riesgo para esta vulnerable población.

V. MARCO TEÓRICO

CAPÍTULO 1: JUBILACIÓN

Hoy en día la depresión representa un trastorno del estado de ánimo que afecta gravemente a las personas en México, muchas veces no es tratada y en algunas otros casos puede pasarse sin importancia alguna, haciendo alusión a que es pasajera y que de un momento a otro cambiará. Una población vulnerable ante este padecimiento es la de los jubilados, quienes experimentan cambios emocionales diversos, antes y después de dar por terminado el trabajo que por tantos años han desempeñado. Estos cambios van desde la euforia y felicidad de sentirse “libres” teniendo todo el tiempo para ellos mismos, hasta aquéllos que se hunden en una depresión derivada del “no saber qué hacer o a qué dedicarse ahora”. Dichos sentimientos, como se propone más adelante, pueden variar en intensidad y orden, dependiendo en mucho por diversos factores que rodean o afectan a la persona jubilada.

1.1 Definición. Villa Carrandi (2005) define a la jubilación como el cumplimiento de un pacto obrero patronal que reconoce que a determinados años de antigüedad laboral el trabajador adquiere el derecho a una “pensión jubilatoria”, es decir, la jubilación es por antigüedad en el trabajo.

Vega Vega y Bueno Martínez (2000) establecen que la jubilación es un símbolo social de transición a la vejez, constituye un signo para el individuo y para la sociedad de que algo importante ha cambiado; la jubilación es sólo uno de los acontecimientos más importantes de la vida de una persona.

Para Izal y Montorio (1999), la jubilación implica, además de la pérdida del rol profesional, una disminución de los ingresos económicos, una pérdida de las oportunidades de contacto social derivadas del trabajo, que pueden ser sustituidas por otras, y una mayor cantidad de tiempo libre.

De la misma manera Gonzalo Sanz (2002) dice que la jubilación supone un cambio importante en las personas que dejan su trabajo profesional para engrosar el número de los que constituyen la “clase pasiva”. Ante este hecho hay dos posturas en cierto modo contrapuestas: la de los que reciben con “júbilo” la jubilación y los que la asumen con sentimiento. Aunque no se trata de un fenómeno universal ni transcultural, en la sociedad, la jubilación constituye un cambio importante en el ciclo vital porque

modifica la estructura de funciones, hábitos, la organización de vida diaria y repercute intensamente sobre el sentido de eficacia y de competencia personal (Galvanovskis y Villar, 2000; citado en Bueno y Buz, 2006).

Para Bueno y Buz (2006) la jubilación es, tanto un estado al que se llega y que se obliga a asumir un nuevo rol, como un proceso que comienza durante la vida laboral y que debería planificarse con tiempo para organizar muchos años de vida.

Para fines de este trabajo de investigación se retomará la definición de Villa Carrandi (2005) donde la jubilación se da al cumplir determinados años de antigüedad laboral, adquiriendo éste el derecho a una “pensión jubilatoria”, siendo una jubilación por antigüedad en el trabajo; lo anterior describe de la mejor manera las características establecidas por las cuales los profesores del SMSEM obtienen su jubilación.

1.2 Antecedentes de la jubilación. La jubilación no es un término del cual se conozca ampliamente su historia y desarrollo, es sino más bien ya un concepto de habla común que engloba o generaliza, un estado que pocos pueden obtener o gozar en la administración actual; sin embargo, las generaciones que hoy en día tienen un proceso jubilatorio únicamente se preocupan por cumplir con el papeleo requerido para llegar a obtener su pensión y retirarse de la manera más digna y decorosa posible. No está por demás introducirse un poco en el desarrollo y creación del término jubilación, así como su instauración como proceso y derecho global de todos los trabajadores, que por mucho tiempo han prestado sus servicios a organizaciones, y que después de haber sido productivos, necesitan un retiro que les permita vivir los siguientes años de su vida de la mejor manera.

Si bien el establecimiento de la jubilación no es propio de México, sino de Alemania, se adopta y se adapta a las leyes sociales, económicas y políticas del Estado, proponiéndose un plan de desarrollo que ampare a los trabajadores que ya no pueden ser más productivos por edad y/o fuerza física dentro de diversas Instituciones Mexicanas. Lehr y Thomae (2003) mencionan que la ley decretada en 1889 por la Dieta Imperial Alemana, relativa al seguro de la vejez e invalidez para los trabajadores, se marca como el comienzo de la institución de la “jubilación”.

Primeramente, esa ley se aplicaba tan sólo a los trabajadores manuales; a partir de 1913 se aplicó también a los empleados. El límite de edad fijado originalmente en los 70 años (y al que, por tanto, llegaba sólo un porcentaje sumamente pequeño de la población), se redujo en 1916 a los 65 años. Otros autores hacen referencia a los comienzos de una previsión social para la vejez en favor de los funcionarios públicos en la Gran Bretaña, una medida que se remonta a 1810.

Durante los años ochenta del siglo XXI hubo en Inglaterra muchas sociedades filantrópicas y sindicatos que reclamaban una previsión social para la vejez. En el año 1892, en ese país los maestros de escuela primaria recibían ya una pensión de jubilación a la edad de 60 años. En el año 1908 se introdujo ya en Inglaterra una pensión formal para todos los funcionarios del Estado a partir de los 70 años de edad: algo parecido a lo que se había dispuesto en la legislación social alemana de aquel entonces (Lehr y Thomae, 2003).

Hasta el final de la primera guerra mundial no existió en Inglaterra ninguna “problemática relativa a la jubilación”, porque apenas nadie llegaba al límite de edad previsto. Al final de la Segunda Guerra Mundial se derrumbó la seguridad social, lo mismo que toda la economía. Gracias a la rápida recuperación, el seguro de la previsión para la vejez llegó pronto a estabilizarse (Lehr y Thomae, 2003).

En el año 1957 se introdujo la *dynamische rente* (“renta dinámica”), es decir, se ajustó la cuantía de la pensión a la correspondiente evolución de los salarios. Sin embargo, desde 1741 a 1975 ha cambiado la situación a causa del desequilibrio estructural que se ha producido entre la demanda y la oferta del trabajo. Esta situación, que perdura hasta el momento presente y que ha contribuido a la existencia de un elevado número de desempleados, ha conducido a que el límite de edad para la jubilación o la reglamentación para el paso a la jubilación se convierta en un instrumento de la política sobre el mercado de trabajo.

Provisionalmente se redujo el posible límite de edad hasta los 55 años. En los Estados Unidos es posible, desde hace unas décadas, retirarse de la vida laboral a la edad de 62 años con una pensión más baja. Esta oferta la aceptó, en 1968, el 54% de los hombres y el 71% de las mujeres; en el año 1980 la aceptó ya el 65% de los hombres y el 76% de las mujeres que entonces se encontraban dentro de las fuerzas de trabajo.

La situación existente en Francia, y que nació de una política sobre el mercado de trabajo parecida a la Alemana, fue caracterizada por Guillemard en 1985 como causa de una nueva estructuración de curso de la vida humana.

Entre la fase de la actividad laboral y la de la jubilación efectiva se interpone ahora un periodo de “prejubilación”. Éste condujo a una nueva estructuración de la edad adulta avanzada. Juntamente con la “pre jubilación”, la jubilación duraría actualmente un promedio de 30 años, una duración casi tan prolongada como de la precedente actividad laboral. Pero, para la política relativa a los ancianos, esta forma de política sobre el mercado de trabajo conduciría a una crisis, debido a su ya avanzada edad y la baja pensión remunerada (Lehr y Thomae, 2003).

1.3 Factores que intervienen en la jubilación. Morangas (2001), afirma que la jubilación implica a toda persona y su medio ambiente, y que las relaciones de cada individuo son tan diversas como la personalidad del sujeto y sus respuestas a una pluralidad de estímulos.

Clasifica entonces estos factores en tres grupos:

- Factores individuales, salud: ésta es el resultado de unos factores fisiológicos y psíquicos que la persona vive directamente en su organismo y constituyen su realidad más próxima. Entre los factores individuales se cuentan, por una parte, los que se refieren a la salud física, al bienestar del cuerpo o salud somática, campo bien delimitado por el organismo, el cuerpo humano y su funcionamiento.

El grado de salud física determina un bienestar individual que influye obviamente en la actitud del sujeto frente a la jubilación, tanto por exceso –al encontrarse con buena salud desea retirarse para poder disfrutar de la vida que le reste- como por defecto: al carecer de salud y sentirse incapaz de desempeñar su trabajo, espera que al dejar éste llegue a encontrarse mejor.

Inteligencia, memoria, motivación, ritmo vital, intereses y atracciones se entrelazan en el cuerpo material para formar la individualidad de cada persona. El componente psíquico determina el enfoque positivo o negativo de la jubilación, y la variabilidad de las reacciones frente a este hecho es tan diversa como la propia personalidad humana.

La cuestión psicológica viene a relucir en aspectos de salud, impactados directamente por la reacción del jubilado respecto a las características afectivo-familiares, la estructura familiar, la aceptación y la muerte de familiares o amigos de igual manera impactan.

La jubilación genera modificaciones y nuevos significados de carácter sociocultural, ejemplo de ello es la sensación de libertad, la disposición del tiempo, la oportunidad de descanso, ansiedad, creencia de que la vida se ha acabado, vulnerable al trastorno depresivo, soledad, necesidad de salir a buscar otras actividades o medios para ganarse la vida y disponer de un tiempo vacío (Patiño, 2006).

- Factores materiales, dinero: el sustantivo jubilación se emplea como sinónimo de la pensión con la que el jubilado satisfará sus necesidades vitales. En la historia

del trabajo, las pensiones han sido uno de los principales objetivos de los trabajadores en su búsqueda de la seguridad económica futura.

En las últimas décadas cambiaron muchas cosas en la economía, y el ahorro, considerado como una virtud, se convirtió en objeto de escepticismo de los jóvenes, que veían como sus padres y abuelos, después de una vida de ahorro, llegaban a la jubilación con unas pensiones incapaces de mantener niveles mínimos de bienestar.

El jubilado es consciente de que su nivel de vida se erosiona continuamente e intenta defenderse reduciendo gastos y buscando servicios necesarios a precios inferiores al resto de la población. La economía del jubilado es precaria, y el sistema económico social no facilita la adaptación a los menores gastos y al diferente esquema vital.

- Factores sociales, amor: los factores sociales externos a la persona influyen en la actitud respecto a la jubilación, confirmándose una vez más el primer axioma de la psicología social: la personalidad es individual, pero constituye el resultado de factores sociales que condicionan las actitudes y conducta, siendo uno de los principales, el trabajo.

Tres grupos aparecen fundamentalmente en la vida social y quedan afectados por la jubilación: la familia nuclear (cónyuge e hijos), el grupo de trabajo (colegas, superiores y subordinados) y el grupo de amigos y relaciones externas (recreativas, religiosas, culturales, etc.).

El individuo que deja de trabajar poseía un esquema de relación con cada uno de los grupos indicados que la jubilación altera, en especial respecto al grupo de trabajo. Se requiere un nuevo esquema de relaciones del jubilado con los tres grupos, que puede ser igual, más o menos satisfactorio que el anterior, pero que será evidentemente, diferente, pues se carece de un factor importante que absorbía una parte de las energías y tiempo del sujeto: el trabajo (Morangas, 2001).

La jubilación presenta múltiples formas en cada persona y en cada situación. En los últimos tiempos se ha convertido en un factor de organización social y de regulación del empleo y de la productividad. La jubilación puede ser voluntaria o involuntaria, puede tener lugar de forma anticipada o en su momento, y puede ser parcial o completa.

Algunas personas pueden dejar su empleo por una incapacitación a edades muy tempranas. Las incapacitaciones y las pensiones se dan prácticamente desde las primeras edades a las que comienza el empleo. Esta cifra va incrementando hasta que constituye una mayoría a partir de la edad de los 65 años (Vega Vega y Bueno Martínez, 2000).

La jubilación es un proceso continuo que pasa por una serie de etapas. Atchley (1989; citado por Vega Vega y Bueno Martínez, 2000), ha identificado seis etapas para describir el proceso de la jubilación.

1. La fase de la prejubilación se caracteriza porque el individuo se orienta hacia sí mismo, hacia la idea de jubilarse. Durante esta fase se forman fantasías sobre cómo podrá ser la jubilación.
2. La fase de jubilación puede conducir a tres tipos de vivencias alternativas: la de la luna de miel, la de continuidad con las actividades de ocio planificadas y la de descanso.
 - a. La vivencia de una situación de luna de miel se caracteriza porque las personas intentan hacer todo lo que desearon y no pudieron hacer en los años previos a la jubilación. No todos los individuos experimentan este periodo eufórico. Algunos que se han preparado y han cultivado algún tipo de actividad previa, pueden pasar directamente a ella.
 - b. La fase durante la que, la persona entra en la rutina de la jubilación se caracteriza porque se tienen actividades y grupos estables, con los que únicamente hay que cambiar el tiempo que se dedica a estas actividades.
 - c. Finalmente algunas personas entran en una fase de relajación y descanso a partir del momento de la jubilación. Esta fase se caracteriza por una reducción temporal de la actividad, de forma opuesta al incremento que se produce en la fase de luna de miel.
3. Después de la fase de jubilación, algunas personas pasan por una tercera etapa de desencanto y depresión. Esta fase se produce cuando el individuo percibe que sus fantasías sobre la jubilación no se cumplen.

4. Como continuación del desencanto o de las vivencias anteriores, algunas personas pueden pasar por una fase de reorientación. En este momento, las personas deprimidas pasan por un proceso de reevaluación y construyen percepciones más realistas de su experiencia de jubilación.
5. En quinto lugar, las personas desarrollan un estilo de vida rutinario posterior a la jubilación. Se generan medios para afrontar rutinariamente los cambios que se han producido como consecuencia de la jubilación.

Los estilos estables del jubilado van acompañados de criterios bien desarrollados para hacer elecciones vitales. Aquellas personas con una rutina de jubilado satisfactoria son conscientes de sus capacidades y limitaciones, conocen lo que se espera de ellos y tienen asumido su propio rol.

6. Por último, llega la fase final del proceso de jubilación. Para algunas personas el rol de jubilado es irrelevante debido a que vuelven al trabajo, más probablemente, debido a una enfermedad o a una incapacidad. En el caso de la enfermedad o la incapacidad, se produce un cambio del rol de jubilado al de enfermo.

1.4 Significado e impacto de la jubilación. Muchas veces, en nuestra sociedad, se menciona que la jubilación es un proceso, que a la larga, trae beneficios infinitos a los jubilados, desde el momento en que se ven fuera de su área de trabajo hasta las gratificaciones que obtienen durante el resto de su vida siendo parte de un sindicato. Pero esta regla, que pareciera cotidiana, se ve truncada debido a diversos factores tanto internos (personales) como externos (ambientales/sociales) que rodean la vida diaria de las personas jubiladas.

Neugarten (1996) menciona que la jubilación constituye un importante punto de inflexión en las vidas de la mayoría de las personas. Conlleva a un cambio importante en el patrón de actividades, una reestructuración de la utilización del tiempo, una gama diferente de asociados y para muchos, un cambio de resistencia.

En contraposición con otros acontecimientos relevantes con la segunda mitad (la menopausia, los hijos que abandonan el hogar paterno, el hecho de convertirse en abuelos, la muerte del cónyuge, la enfermedad y la muerte), la jubilación está determinada principalmente, no por cambios biológicos en el individuo o en los miembros de su familia sino por la edad cronológica.

Las personas abandonan el mundo laboral cuando cumplen la edad de jubilación que les permite recibir una pensión privada o pública, una entidad que es fijada en primer lugar por el empresario y, en segundo lugar, por acuerdos a los que llegan la industria, los sindicatos y el gobierno. Vega Vega y Bueno Martínez (2000) apuntan que las actitudes hacia la jubilación son ambivalentes. Muchos trabajadores esperan con ansiedad este momento.

El deseo está relacionado con la satisfacción que experimentan durante su trabajo. Generalmente, cuanto más alto nivel de educación y el tipo de trabajo, menos desean jubilarse las personas y es más probable que continúen trabajando después de los 65 años. Vega Vega y Bueno Martínez (2000), así mismo establecen que los trabajos físicos y tediosos, llevan asociados el deseo de una jubilación lo antes posible. La forma en cómo se sienten las personas en torno a la jubilación depende de varios factores. Los jubilados más satisfechos:

1. Tienen buena salud y están en buenas condiciones físicas. Su estado de salud les permite disfrutar del tiempo libre y tienden a realizar

trabajos a tiempo parcial, remunerados o no, a través de los que demuestran habilidades.

2. No tienen preocupaciones económicas y no perciben la jubilación como una pérdida de ingresos.
3. Organizan adecuadamente y disfrutan de su tiempo libre. El empleo del tiempo es un factor importante en la satisfacción de la jubilación. Aquellas personas que reorganizan su actividad, llenan su vida. Con frecuencia, la excitación que acompaña a la jubilación tiende a desaparecer con el paso del tiempo, tan pronto como la persona empieza a encontrar que sus satisfacciones más inmediatas han sido cubiertas y se enfrenta a una vida vacía de inactividad, no es capaz de reorganizarla.

Por otro lado, las reacciones o impactos ante la jubilación se pueden sustentar en diversas teorías que valoran de forma distinta la influencia sobre la satisfacción vital subsiguiente respecto de la jubilación (Vega Vega y Bueno Martínez, 2000):

- a. La teoría de la desvinculación postula que la jubilación va acompañada del alejamiento progresivo del trabajador de sus roles en la sociedad y del alejamiento de la sociedad respecto del individuo.
- b. La teoría de la actividad sostiene que la mejor forma de adaptarse a la nueva situación producida por la jubilación es mantener unos niveles adecuados de actividad que se compensen por la pérdida del trabajo.
- c. La teoría de la continuidad propone que las actitudes y las actividades cambian muy poco después de la jubilación.
- d. La teoría de la consistencia mantiene que la unión entre la jubilación y la satisfacción viene moderada por el grado en el que se cumplen las expectativas que tiene la persona jubilada respecto de su nuevo estado. La salud y los indicadores financieros aparecen como variables moduladores de la satisfacción posterior a la jubilación.

En otro punto de vista, Neugarten (1996) hace referencia a que predomina una visión estereotipada y generalmente anticuada de la jubilación como un acontecimiento negativo, en parte porque está fijada arbitrariamente, lo cual representa unas pérdidas

importantes para el individuo, no solamente en cuanto ingresos, sino también un estatus social, lo cual suele producir depresión y ansiedad. Se cree que da lugar a una situación de crisis.

Esta visión está extendida no solamente entre el público en general, sino incluso en algunas ocasiones entre los profesionales de la salud mental que visitan relativamente, a pocas personas mayores mientras desempeñan su actividad diaria como clínicos y terapeutas.

Una visión diferente es la que emerge no solamente de las revistas que muestran a personas de edad avanzada jugando al golf o disfrutando el sol, sino en los estudios sistemáticos de la jubilación, realizado por psicólogos y sociólogos, ratificados por profesionales con experiencia en el trato de las personas mayores como clientes o pacientes. En esta segunda visión, la jubilación se considera raramente la causa por la cual las personas mayores acuden a la consulta del médico, ni tampoco el factor desencadenante (Neugarten, 1996).

Además, el no considerar la jubilación como un factor de riesgo, también expresa que, algunas personas tienen más tendencia que otra a sufrir a nivel psicológico después de jubilarse. Uno de estos grupos está formado por aquellas personas que, por su bajo nivel de estudios, tienen que desempeñar durante toda su vida tareas mal pagadas y físicamente muy exigentes. Suele tratarse de hombres cuyo sentido del yo está unido al trabajo duro y cuyo salario ha sido el principal índice de su valía.

Estas personas disponen de pocos recursos sociales o personales para afrontar los cambios que trae consigo la jubilación. Otros grupos están formados por aquellos que se han visto forzados a jubilarse antes de lo que deseaban a causa de sus problemas de salud o porque sus puestos de trabajo habían desaparecido por decisión de la empresa.

Estos trabajadores, para los cuales la jubilación llega “fuera de tiempo”, tienen mayores probabilidades de presentar problemas de adaptación, al menos en un principio. También hay personas con problemas psicológicos que se han mantenido largo tiempo latentes y que salen a la luz con jubilación. Como se ha demostrado al menos en un estudio de importancia, se trata de personas con conflictos y

determinadas características personales con la tendencia a autoinculparse (Neugarten, 1996).

Warner Schaine y Willis Sherry (2003) expresan que existe un debate abierto acerca de si trabajar o jubilarse al final de la vida es beneficioso o dañino. Herzog y colaboradores (1991; citado por Warner Schaine y Willis Sherry, 2003), expusieron que el grado en que el trabajo o la jubilación están asociados al bienestar, depende de preferencias personales acerca de participar o no el mercado laboral. A su vez hipotetizaron que las personas, cuyos trabajos o jubilaciones reflejaran sus preferencias personales, comunicarían niveles más altos de bienestar físico y psicológico.

1.5 Antecedentes de la Jubilación en México. Villa Carrandi (2005) menciona que, en México a principios del siglo XX, se crearon los planes de pensiones, cuando algunas legislaciones estatales (Estado de México y Nuevo León) incluyeron disposiciones mediante las cuales los patrones debían atender a sus trabajadores en caso de accidentes o muerte.

Aunque en el artículo 123 de la Constitución de 1917 se estableció la necesidad de promover programas de previsión social, incluidos los seguros de pensiones, algunos esfuerzos más generalizados se presentan durante los gobiernos posrevolucionarios. Durante el gobierno del presidente Manuel Ávila Camacho se aprobó e implantó en 1943, una Ley de Seguridad Social que extendía diversos beneficios para los trabajadores asalariados y que tomó forma mediante la creación del Instituto Mexicano del Seguro Social. Esta legislación incluía el beneficio de pensiones por invalidez, vejez y retiro, aunque su implantación fue lenta y con una cobertura básica (Villa Carrandi, 2005).

La problemática que plantea la existencia de un sistema de pensiones es muy amplia y compleja. No sólo abarca aspectos relacionados con la cobertura, seguridad social y retribución del ingreso; sino que su diseño, finanzas y funcionamiento afectan diversos aspectos micro y macroeconómicos. Además en la medida en que las sociedades cambian sus estructuras demográficas, muchos de estos aspectos generan diversos problemas que obligan a una revisión de su estructura y operación, a riesgo de tomarse inviable y ser una carga para el erario público (Villa Carrandi, 2005).

Durante el gobierno de Carlos Salinas de Gortari se adoptaron medidas de fondo para resolver los problemas planteados hasta ese momento por las bajas cotizaciones, los radicales cambios demográficos y el tipo de pensiones utilizados durante décadas. En 1992 se presentó una iniciativa a las cámaras para la instrumentación de un nuevo tipo de seguro: el retiro.

La administración de los recursos del seguro de retiro, la realizan instituciones creadas exclusivamente para ello, denominadas Administradoras de Fondos para el Retiro (AFORE), las cuales son supervisadas por la CONSAR (Comisión Nacional del Sistema de Ahorro para el Retiro). La persona que tenga una edad mínima de 65 y 60

años para el caso de cesantía en edad avanzada tendrá derecho a recibir una pensión por vejez (Villa Carrandi, 2005).

La pensión está constituida por los fondos acumulados en la cuenta individual del AFORE, más los intereses generados, menos las comisiones pagadas. Si el trabajador contribuyó al menos con 1250 semanas (cotizaciones) al IMSS, puede elegir entre adquirir una renta vitalicia de una compañía privada de seguros que garantice una pensión mensual fija para él y para sus sobrevivientes, o recibir retiros programados por parte de la AFORE. El derecho a esta pensión garantizada se pierde cuando el periodo de contribución es menor a 1250 semanas, en cuyo caso se tiene la opción de retirar los recursos acumulados en la cuenta individual, en una sola exhibición (Villa Carrandi, 2005).

1.6 El perfil del jubilado en México. En los estudios realizados por Villa Carrandi (2005), se dice que el jubilado mexicano promedio es hombre, con una edad cronológica de 60 años y más de 5 años de jubilado actualmente. La causa de jubilación son los años trabajados o de servicio en una empresa perteneciente a un grupo de empresas. Su última ocupación fue el tener un gráfico, almacenista, etc., con una educación de nivel licenciatura.

El jubilado mexicano promedio está casado y vive con su cónyuge e hijos. Su nivel de ingreso es de más de \$15000.00 pesos mensuales, no recibe algún tipo de pensión de la empresa en la que trabaja pero sí de otro tipo, como es la del IMSS (Instituto Mexicano del Seguro Social). En la actualidad tiene un dependiente económico, que es su cónyuge, ya que no trabaja actualmente y tampoco es jubilada (Villa Carrandi, 2005).

El jubilado promedio percibe su situación económica antes de jubilarse, al jubilarse y actual como buena. Su ingreso actual cubre sus necesidades, ya que tiene un ingreso adicional, aunque no haya realizado alguna actividad remunerada después de su jubilación. También cuenta con dinero suficiente para realizar actividades recreativas y considera a la jubilación como algo positivo.

De la misma forma, el jubilado promedio, no planeó su jubilación, ni recibió algún tipo de orientación para su jubilación por las políticas de su empresa. Sus padres no planearon su jubilación ni en términos de actividades. Éste extraña su trabajo, en ocasiones a sus compañeros de trabajo y con frecuencia extraña el sentimiento de hacer un buen trabajo, aunque a veces desea regresar a trabajar y no se preocupa por no tener un trabajo; lo que refleja es que aunque extraña su trabajo y algunos aspectos relacionados con él, realmente no quiere regresar al trabajo. Su vida después de la jubilación es buena (Villa Carrandi, 2005).

En cuanto a su estado global de salud, percibe que éste era bueno antes de jubilarse, al jubilarse y actualmente, y considera que la jubilación no ha tenido efecto alguno en su salud. Ha tenido cambios de peso a partir de la jubilación, en igual proporción hacia arriba y hacia abajo.

Éste padece algún tipo de enfermedad, y recibe tratamiento médico. Le hubiera gustado recibir información acerca de enfermedades propias de su edad (hipertensión,

problemas cardíacos, diabetes, osteoporosis, etc., y saber qué alimentación es la más adecuada para él. Cuenta con seguro médico. El jubilado promedio no fuma, y sí ingiere bebidas alcohólicas, aunque en menos cantidad antes de la jubilación (Villa Carrandi, 2005).

1.6.1 Estadísticos de la población jubilada en México. La estadísticas en México del crecimiento de la edad en la población de acuerdo a las proyecciones del INEGI (2010), muestra que en los próximos 5 años la población mayor a 60 años crecerá alrededor de un 20% en tanto que, la población total crece un 4%.

En el mismo reporte, el INEGI (2010), basado en el panorama sociodemográfico de México, establece que del total de la población no económicamente activa, los jubilados y pensionados ocupan el 5.5% y, específicamente en el Estado de México ocupan el 5% de la población.

En México casi cinco millones de personas pertenecen al grupo de los jubilados, con una tasa de crecimiento constante, que cae en la conclusión de que este grupo, ahora vulnerable, se volverá al pasar de los años, en una proporción grande, cuya necesidad de atención y estudio se vuelve primordial para mantener la estabilidad o funcionalidad de este sector.

1.7 La jubilación en el ISSEMyM. La Seguridad Social en el Estado de México tiene sus orígenes en 1904, cuando José Vicente Villada, entonces Gobernador del Estado, envió una iniciativa de ley a la Cámara de Diputados, para constituir la Sociedad Mutualista de Ahorros y Préstamos de los Empleados Gubernamentales. En 1946 se establecen las bases institucionales para la evolución de la seguridad social en la entidad, y el 17 de junio de 1951 es cuando Alfredo del Mazo Vélez promueve la Ley de Pensiones de los Empleados del Estado de México y Municipios, para crear el primer organismo público descentralizado del Estado: La Dirección de Pensiones (ISSEMYM, 2009).

Esta tenía como funciones principales el otorgamiento de seguros por fallecimiento, créditos quirografarios e hipotecarios, pensiones y la entrega de un fondo de reintegro a los servidores públicos que decidían separarse de su cargo.

El incremento de la población derechohabiente, la evolución de las enfermedades crónico degenerativas, la transición epidemiológica, el avance tecnológico de la medicina, así como la ampliación de la cobertura de los servicios médicos hacia los familiares de los servidores públicos, ocasionan la transformación radical de la Dirección de Pensiones *en el* Instituto de Seguridad Social a favor de los Servidores Públicos del Gobierno del Estado de México y de los Honorables Ayuntamientos de sus Municipios, *así* como de los trabajadores de las Instituciones y Organismos Coordinados y Descentralizados de carácter estatal denominado ISSEMyM, a partir del 1º de septiembre de 1969, durante la gubernatura del Lic. Juan Fernández Albarrán (ISSEMYM, 2009).

El Instituto de Seguridad Social del Estado de México y Municipios (2009) contempla como modalidades de pensión a la jubilación, el retiro por edad y tiempo de servicio, inhabilitación, retiro en edad avanzada y fallecimiento.

Actualmente la página de internet de la Institución presenta la siguiente información acerca de las modalidades de pensión, enmarcando las características de años cotizados, edad del Servidor Público y las fechas en que fueron contratados según las modificaciones hechas en períodos específicos a la Ley de Seguridad Social para los Servidores Públicos del Estado de México y Municipios (2001).

1. Jubilación voluntaria.
 - a. Si el año de contratación del servidor público es antes del 20 de Octubre de 1994, se debe contar únicamente con 30 años de cotización.
 - b. Si el año de contratación del servidor público es antes del primero de Julio de 2002, éste debe de contar únicamente con 30 años de cotización.
 - c. Si el año de contratación del servidor público es del 1ro de Julio de 2002 en adelante, éste debe contar con 35 años cotizados y 57 años de edad, pero si no cuenta con dicha edad puede computar cada año de servicio excedente por uno de edad, ambos conceptos deben sumar 92.
2. Retiro por edad y tiempo de servicio.
 - a. Si el año de contratación del servidor público es antes del 20 de Octubre de 1994, se necesitan 15 años de cotización y 50 años de edad.
 - b. Si el año de contratación del servidor público es antes del 1ro de Julio de 2002, se necesitan 15 años de cotización y 55 años de edad.
 - c. Si el año de contratación del servidor público es del 1ro de julio de 2002 o posterior, se necesitan 17 años de cotización y 60 años de edad.
3. Inhabilitación.
 - a. Si el año de contratación del servidor público es antes del 20 de Octubre de 1994, se necesita 15 años de cotización.
 - b. Si el año de contratación del servidor público es antes del 1ro de Julio de 2002, se necesitan 10 años de cotización.
 - c. Si el año de contratación del servidor público es del 1ro de Julio de 2002 en adelante, se necesita al menos un año de cotización. Pero si la inhabilitación es a consecuencia de un Riesgo de un Trabajo no se requiere un mínimo de cotizaciones, deberá causar alta en el ISSEMyM.
4. Retiro en edad avanzada.
 - a. Si el año de contratación del servidor público es antes del 20 de Octubre de 1994, no existía este tipo de pensión.

- b. Si el año de contratación del servidor público es antes del 1ro de Julio de 2002, se necesitan 12 años de cotización y 50 años de edad.
- c. Si el año de contratación del servidor público es del 1ro de Julio en adelante, se necesitan 15 años de cotización y 65 años de edad.

5. Fallecimiento.

- a. Si el año de contratación del servidor público es antes del 20 de Octubre de 1994, se necesitan 15 años de cotización.
- b. Si el año de contratación del servidor público es antes del 1ro de Julio de 2002, se necesitan 10 años de cotización.
- c. Si el año de contratación del servidor público es del 1ro de Julio de 2002 en adelante, se debe contar con sólo un año de cotización. Pero si el fallecimiento es a consecuencia de un Riesgo de Trabajo no se requiere un mínimo de cotizaciones, deberá causar alta en ISSEMYM.

Con lo anterior se observa que para el aspecto de la jubilación voluntaria se requieren mínimo de treinta años de servicio para quienes se adhirieron a la plantilla del personal antes del año 2002 y 35 años a quienes ingresaron después de primero de Julio de 2002.

Con lo anterior, se puede entender que la jubilación es un proceso que involucra diversos aspectos de la vida diaria de las personas, ejemplo de ello es la salud, la posición económica y el estado emocional en que se encuentran. Dicho proceso, trae consigo una serie de etapas, que van desde la preparación ante la jubilación hasta la aceptación o negación de la realidad vivida por los futuros jubilados; estas etapas desembocarán en una jubilación frustrada o benéfica. Muestra de ello, es que en algunos casos los jubilados llegan a deprimirse debido a que su vida después del trabajo no les ha resultado como hubiesen querido.

CAPÍTULO 2: DEPRESIÓN

Uno de los temas que se han estudiado alrededor de la población comprendida por los jubilados, son las reacciones de los mismos ante el hecho de ser jubilados, es decir, cómo es que el trabajador reacciona y responde ante el hecho de ya saberse y ser jubilado. Uno de los posibles resultados que se ha encontrado, es la depresión.

Resulta entonces de suma importancia el indagar sobre este tema, ya que la depresión es un trastorno que vuelve disfuncionales, acarreando además problemáticas de diversa índole, a aquellas personas que la padecen y específicamente en la población jubilada, toma mayor gravedad debido a toda la carga psicológica que esta etapa de los trabajadores, trae consigo.

2.1 Definición. El trastorno depresivo es una enfermedad del cerebro que afecta el ánimo, es decir, la motivación para hacer cosas y la manera de pensar, tornando al paciente en alguien negativo, pesimista y autoderrotista, ya que afecta la forma cómo se valora a sí mismo (autoestima). Un trastorno depresivo no es lo mismo que un estado pasajero de tristeza. No indica debilidad personal, ni depende de la voluntad de la persona para mejorar (Sánchez, 2008).

Por depresión se entiende un síndrome o agrupación de síntomas, susceptibles de valoración y ordenamiento en unos criterios diagnósticos racionales y operativos. Por definición, el concepto de depresión recoge la presencia de síntomas afectivos; esfera de los sentimientos o emociones: tristeza patológica, decaimiento, irritabilidad, sensación subjetiva de malestar e impotencia frente a las exigencias de la vida; aunque, en mayor o menor grado, siempre están también presentes síntomas de tipo cognitivo, volitivo, e incluso somático (Sudope, Taboada, Castro Dono y Vázquez Ventosos, 2006).

Hall Ramírez (2003) menciona que las depresiones son un grupo heterogéneo de trastornos afectivos, que se caracterizan por un estado de ánimo deprimido, disminución del disfrute, apatía y pérdida del interés en el trabajo, sentimientos de minusvalía, insomnio, anorexia e ideación suicida. A menudo presentan ansiedad y síntomas somáticos variados.

2.2 Características de la depresión. Hay una serie de características asociadas con las depresiones que a veces existen sin que haya una queja subjetiva precisa de depresión; éstas se pueden caracterizar como equivalentes depresivos. Entre estos está: una sensación de fatiga general, a veces asociada con desasosiego como se ve clásicamente en la depresión agitada, una dificultad para tomar decisiones, pesadumbre, más o menos cualidades obsesivas, falta de apetito, insomnio y estreñimiento.

El paciente deprimido se entregará a hacer quejas generalizadas tales como “Qué difícil es la vida”. Suele reaccionar más notoriamente al frío que la demás gente, como si estuviera trasponiendo su sensación de frialdad emocional, de esterilidad y de infelicidad al ambiente. Los equivalentes depresivos (la inercia, el poco apetito, el insomnio, etc.) pueden asociarse con otros síntomas médicos psicogenéticos, pero uno siempre debe tener presente que pueden ser consistentes con el diagnóstico de depresión (Bellak, 1970).

La literatura abunda en intentos por distinguir las diferentes variedades de depresiones; la depresión endógena de la reactiva; las depresiones psicóticas de las neuróticas; y las depresiones relacionadas con el embarazo. Es probable que dinámicamente no haya diferencia entre las varias formas de depresión, excepto en los grados de intensidad, en los grados de gravedad de deterioro del yo, en los grados de regresión que acompañan a la depresión y en las variaciones en la observación de factores precipitantes (Bellak, 1970).

Sánchez (2008) hace referencia a que existen tres tipos de trastornos depresivos; la depresión severa, la distimia y el trastorno bipolar; en cada uno de estos, el número, la gravedad y la persistencia de los síntomas varían. La depresión severa o trastorno depresivo unipolar mayor, se manifiesta por una combinación de síntomas que intervienen con la capacidad para trabajar, estudiar, dormir, comer y disfrutar de actividades que antes eran placenteras.

La distimia es un tipo de depresión menos grave, incluye síntomas crónicos y de larga duración, y aunque no incapacitan tanto, interfieren con el funcionamiento y el bienestar de la persona. Para el trastorno bipolar o enfermedad maniaco-depresiva, no es tan frecuente y suelen pasar muchos años antes del diagnóstico, ya que ningún

paciente acude a un consultorio por sentir euforia, energía, bienestar y excitación generalizada.

El trastorno bipolar se caracteriza por cambios cíclicos en el estado de ánimo: fases de ánimo elevado o eufórico (manía) y fases de ánimo bajo (depresión); los cambios de ánimo pueden ser dramáticos y rápidos, por lo regular son graduales.

Bibring (1953; citado por Bellak, 1970) enfatizó la importancia que desempeña el carácter de pérdida de autoestima en las depresiones. La pérdida de autoestima procede generalmente de la pérdida real o imaginaria de posición, de una función, de una capacidad o de afecto. El paciente puede haber perdido su empleo o haber experimentado un fracaso sexual o haber sentido alguna pérdida de importancia en la familia como, por ejemplo, cuando nace un hermano.

Así mismo, Bibring (1953; citado por Bellak, 1970) menciona que por lo general al desengaño, al sentimiento de decepción, la disminución de autoestima y a la retirada narcisista, los acompaña una gran cantidad de ira o de agresión: ira por la decepción, por el desengaño, por la pérdida del amor, etc. La ira y la hostilidad que se generan así no suelen ser aceptables para el superyó del paciente y por lo tanto se contienen como intra-agresión. Por eso en la constelación depresiva es característicamente típico un superyó severo. El paciente siente un gran montante de hostilidad pero no puede expresarlo en la dirección del objeto o de la situación que la ha provocado, y por lo tanto pretende dirigirla contra sí mismo: la intra agresión es uno de los rasgos principales de la depresión.

En algunas depresiones, además de los rasgos clásicos estándar, hay que identificar los factores idiosincráticos específicos que operan. Estos comprenden las depresiones que siguen a enfermedades somáticas serias, a cuando se queda incapacitado para algo, a operaciones de cirugía mayor, a embarazos y a la depresión asociada a la senilidad (Bellak, 1970). Por su parte, Hernangómez Criado (2000) menciona que los síntomas posibles de una depresión pueden resumirse en seis grupos principales:

1. Anímicos (alteraciones en el estado de ánimo); abatimiento, pesadumbre, tristeza, infelicidad, desesperanza y en ocasiones irritabilidad.

2. Motivacionales (alteraciones en la motivación); anhedonia (incapacidad de disfrutar), apatía e indiferencia.
3. Cognitivos (alteraciones en los procesos y contenidos del pensamiento); valoración negativa de uno mismo (baja autoestima, sentimientos de inutilidad o culpa), del entorno y del futuro; disminución de la capacidad para pensar, concentrarse, o tomar decisiones; pensamientos repetidos de muerte o ideas de suicidio.
4. Físicos (alteraciones en las funciones biológicas); cambios en el sueño y alimentación, fatiga o pérdida de energía, molestias corporales difusas, disminución de la actividad y deseo sexual.
5. Interpersonales (alteraciones en las relaciones con los demás); disminución del interés social, deterioro con las relaciones con los otros, aislamiento y a veces excesiva dependencia de las personas más próximas.
6. Conductuales (alteraciones en la conducta externa); reducción general de la actividad, enlentecimiento generalizado de los movimientos, el habla, los gestos, lo que en un extremo puede llegar al mutismo e inactividad casi totales. Otras veces, aparece lo contrario, una sensación de “no poder parar”.

Hernangómez Criado (2000), remarca la importancia de no confundir la depresión con las reacciones que normalmente se tienen ante acontecimientos negativos o estresantes. La tristeza o desánimo que sentimos al perder un ser querido o ante un fracaso académico o laboral no tienen por qué ser una depresión, a no ser que impliquen una intensidad o duración excesivas.

2.3 Factores de riesgo y tratamiento de la depresión. Considerando el factor de riesgo como la característica medible que predeciría la futura enfermedad, y asumiendo la enfermedad depresiva como un trastorno multifactorial influido por factores genéticos, (biológicos, fisiológicos y bioquímicos), conductuales y psicosociales, se deberá concentrar en cuatro factores generales psicosociales que, en un principio, pueden aumentar el riesgo de padecer una enfermedad depresiva (Vallejo Ruiloba, y Gastó Ferrer, 1990):

- 1) Atributos de estado.
- 2) Antecedentes familiares.
- 3) Acontecimientos estresantes
- 4) Recursos personales.

Atributos de estado, que aumentan el riesgo de padecer un trastorno afectivo, incluye la edad, el sexo, la clase social o el estado civil; los antecedentes familiares; acontecimientos estresantes como enfermedades, pérdidas de objeto, factores predisponentes como la pérdida de alguno de los padres; los recursos personales como el soporte social, la personalidad y las conductas de afrontamiento (Vallejo Ruiloba, y Gastó Ferrer, 1990).

En cuanto al tratamiento de la depresión, Vallejo Ruiloba y Gastó Ferrer (1990), mencionan que la terapéutica de las depresiones ha experimentado un notable perfeccionamiento en los últimos años, aunque los tratamientos básicos de estos trastornos se conocen desde hace más de un cuarto de siglo.

Así mismo exponen que la primera disyuntiva que tiene el clínico delante de una depresión es la elección del medio terapéutico. Dice que, en general, la mayor parte de las depresiones puedan tratarse ambulatoriamente, excepto casos especiales, tales como: 1) depresiones psicóticas que precisan una contención hospitalaria para proceder el tratamiento adecuado; 2) pacientes con grave riesgo de suicidio; 3) enfermos que requieren un examen médico y exploraciones complementarias exhaustivas para descartar una etiología orgánica (endocrinopatías carcinomas, demencias, etc.).

Vallejo Ruiloba y Gastó Ferrer (1990) exponen además diversos tipos de tratamiento como los biológicos (terapéutica electro convulsiva, antidepresivos, IMAO

-Inhibidores de la monoaminooxidasa- o sales de litio), la psicoterapia y el tratamiento de depresiones resistentes (antidepresivos por vía intravenosa, estimulación luminosa, privación del sueño, psicocirugía, carbamacepina, precursores de la serotonina o triyodotironina).

Por otro lado, Bellak (1970), en su Manual de Psicoterapia Breve e Intensiva, menciona que el primer paso en la psicoterapia de la depresión suele ser que el terapeuta se dirija a la disminuida autoestima del paciente. El terapeuta debe de percatarse de que el hecho, de que el paciente tenga la necesidad de ir a tratamiento, es un golpe más en su autoestima, ya que él puede tomar eso como una debilidad de su parte para manejar sus problemas. A estos pacientes debe hacerseles saber explícitamente que el hecho de que busquen ayuda significa mucho más sabiduría que debilidad.

La confianza se le puede realmente dar al paciente partiendo de sus capacidades y de las fuerzas de su yo, en un procedimiento estrechamente aliado al incremento de la autoestima. Tal vez la clave de la maniobra en psicoterapia de la depresión sea la reversión de la intra agresión. Aquí la catarsis se presenta como un procedimiento muy tentador, sin embargo la cautela es muy importante, la técnica de elección es la catarsis mediata.

Es importante poder ilustrar los rasgos dinámicos en relación a una figura contemporánea de la vida del paciente. Las manifestaciones de transferencia deben ser tratadas de inmediato y con claridad. El dar apoyo, mediante el aseguramiento al paciente que el terapeuta está a su disposición en cualquier momento, resulta importante para los casos con riesgo de suicidio (Bellak, 1970).

2.4 Depresión y jubilación. Atchley, (citado por Lehr y Thomae, 1988), propuso una teoría de fases acerca de la adaptación a la jubilación. Según ella, al comienzo reinaba una euforia y actividad, semejantes a las que sienten durante la “luna de miel”. Luego venía una fase en que se veían las cosas fríamente y se sentía abatimiento. Después de algún tiempo, esa fase de depresión era sustituida por una reorientación de la vida, gracias a la cual la cotidianeidad de los pensionistas se convertía en una rutina predecible y satisfactoria para ellos.

Eckerdt (1987; citado por Lehr y Thomae, 1988) comprobó que existían diferencias en cuanto al bienestar psíquico entre los recién jubilados, los que llevaban ya jubilados un tiempo de 13 a 18 meses, y finalmente los “antiguos jubilados”. Entre los de este último grupo, la jubilación se había producido ya hacia 25 a 30 meses o 31 a 36 meses atrás. Se vio que la satisfacción a vivir era sumamente intensa durante los primeros seis meses de la jubilación, y que alcanzaba su nivel más bajo durante los 13 a 18 meses que seguían a la misma.

Así mismo, la medida de actividad llegaba a su nivel más alto durante los seis primeros meses. Después permanecía constante en un nivel medio. Contempla a partir de estos datos, la confirmación de la hipótesis de Atchley, de una fase inicial de colorido positivo del estado de jubilación; pero se hallaba menos claramente confirmada la existencia de una fase intermedia caracterizada por una fase de depresión.

De la misma forma, Morangas (2001) manifiesta que, la jubilación altera una forma de vivir basada en el trabajo productivo, que ha mantenido a la persona en un esquema vital estable, en la ocupación de su tiempo y exigencias de su aportación individual. Lo peculiar de la jubilación consiste en la alteración de un esquema de exigencias funcionales y temporales.

Una de las reacciones psíquicas negativas que puede producir la jubilación es la depresión. Ésta se considera como el desorden funcional más importante como respuesta a la jubilación impuesta, sin oportunidad de que el candidato haya participado en la decisión. Sus manifestaciones psíquicas más frecuentes consisten en una reducción de la autoestima, negatividad respecto al futuro, tristeza y reducción de

las actividades de cualquier tipo. Manifestaciones físicas como la disminución de peso, fatiga, estreñimiento, etcétera (Morangas, 2001).

Hacer frente a la jubilación no siempre es fácil. Llegar a los 65 años o someterse a una pre jubilación a partir de los 55 años puede suponer un difícil momento que en muchas ocasiones produce depresión y estrés. El jubilado experimenta al principio momentos de euforia, pero después puede caer en estados depresivos que se acentúan en función de las circunstancias personales (Luján, 2011).

La persona con gran actividad, al no realizar bruscamente lo habitual, manifestará alteraciones de su salud, tales como osteomiasias, cardiopatías vasculares, digestivas o enfermedades neurológicas. Posiblemente, también puede presentar alteraciones en la esfera psíquica tales como trastornos del sueño, depresión y otras alteraciones psicológicas. La esfera social también se ve comprometida. La persona se aparta del núcleo familiar, de amistades, de reuniones sociales, culturales y otras.

La jubilación implica desde ya, una disminución en el ingreso económico, que de no estar “preparados”, podría generar estrés, malestar y en el peor de los casos depresión. Sumado a esto, la persona que se jubila, podría sentir la pérdida de poder, de status social y/o de identidad profesional, lo que aumentaría el riesgo de contraer dicha depresión.

Si bien es cierto que en la actualidad, muchas personas preferirían tener una vejez activa, también desearían liberarse del trabajo diario y de las exigencias que con esto conlleva. Es contradictorio el deseo previo de jubilarse, con la realidad de afrontamiento ante la concretada jubilación, ya que sería inevitable el sentimiento de angustia que se genera, sobretodo en personas que han tenido un alto nivel ocupacional (Luján, 2011).

Por su parte, Farfán (2012), expone que alrededor de una tercera parte de los adultos jubilados padecen síntomas depresivos después de su jubilación, ya que es vista como una brecha notoria entre la productividad y la no productividad, además de un aumento en la cantidad del tiempo libre; un cambio radical del rol respecto al que ha tenido durante muchos años, pérdida del contacto social con amigos y compañeros conocidos, etcétera.

Además debido al rol social predominante, los síntomas depresivos post jubilatorios tienen mayor prevalencia en los hombres ya que su autoestima suele encontrarse estrechamente ligada al rol laboral, mientras que las mujeres establecen vínculos sociales más fuertes, lo cual las lleva a apoyarse en grupos de jubilados, amigas (la mayoría) o familiares, además de ayudar a los hijos en el cuidado de los nietos; lo cual les permite sentirse “útiles”.

Farfán (2012), menciona también que los problemas más frecuentes en los jubilados son el cansancio, hipertensión, dolores de cabeza, gastritis, pérdida de peso y apetito, estrés, vértigo, etcétera. Respecto al área social se habla de aislamiento, ruptura conyugal, cambios de roles, cambios económicos, desadaptación, problemas de atención y concentración, desmotivación, entre otros.

La depresión es una de las posibles reacciones que tienen los jubilados una vez que inician su vida sin ser personas económicamente activas; la falta de planeación y apoyo por parte de sus allegados son factores que instan al desarrollo de tal trastorno. Al ser un grupo vulnerable, por diversos factores como la edad y la clase social, los jubilados fácilmente pueden desarrollar la misma, de tal manera que durante un periodo de tiempo relativamente corto, los jubilados pueden decaer emocionalmente, y esto aunado a dificultades de salud, podría ocasionar hasta la disfuncionalidad o muerte del mismo.

VI. MÉTODO

Objetivo

Identificar si existe un nivel de depresión en una muestra de jubilados que asiste a sesiones informativas del SMSEM en Valle de Bravo, con un tiempo de jubilación mayor a seis meses y menor a un año y medio.

Planteamiento del problema

La palabra jubilación, como tantas otras en nuestros días, evoca una variedad de respuestas al interrogar a personas de diversos niveles y ocupaciones. La jubilación constituye un motivo de alegría o contrariedad, según la formación, el nivel educacional, el puesto de trabajo o una serie de varios factores de la vida laboral y social de cualquier persona (Morangas, 2001).

Ésta puede definirse de muchas formas. El hecho de que una persona se perciba como jubilada depende de la definición que se adopte de la jubilación. Entendiéndose como (Vega Vega y Bueno Martínez, 2000):

- Una ausencia de la participación en el trabajo.
- La aceptación de una pensión.
- Una reducción en las horas de trabajo.
- La percepción subjetiva de jubilado.
- Abandono permanente del trabajo o de la propia carrera profesional.

Para efecto de esta investigación, se entenderá entonces a la jubilación como la suspensión definitiva de labores profesionales, desarrollada por mucho tiempo y por la cual, se recibía una remuneración económica. Así pues, y con base a lo anterior se podría decir que, la jubilación se presenta como un cambio de vida y de roles sociales pudiendo ser experimentado por la persona de muy diversas formas (Fernández-Ballesteros, Moya Fresneda, Iñiguez Martínez y Zamarrón, 1999). Se describe entonces como fases del proceso jubilatorio:

1. Prejubilación; el individuo se orienta a sí mismo, hacia la idea de jubilarse. Se forman fantasías sobre cómo podrá ser la jubilación.

2. Jubilación; puede conducir a tres tipos de vivencias alternativas, la luna de miel (las personas intentan hacer todo lo que desearon y no pudieron hacer en los años previos de la jubilación), la de continuidad con las actividades de ocio planificadas (la persona entra en la rutina de la jubilación, tiene actividades y grupos estables, con los que únicamente tiene que cambiar el tiempo que dedica a estas actividades) y la de descanso (parecido a un estado de “relax”, reduciendo temporalmente la actividad).

3. Desencanto y depresión; cuando el individuo percibe que sus fantasías sobre la jubilación no se cumplen.

4. Reorientación; aquí las personas deprimidas pasan por un proceso de reevaluación y construyen percepciones más realistas de su experiencia de jubilación.

5. Estilo de vida rutinario; donde se generan medios para afrontar rutinariamente los cambios producidos por la jubilación. Los jubilados son conscientes de sus capacidades y limitaciones, conocen lo que se espera de ellos y tienen asumido su propio rol.

6. Fase final donde el rol del jubilado es irrelevante debido a que vuelven al trabajo, o más probablemente, debido a una enfermedad o incapacidad. En el caso de la enfermedad o la incapacidad, se procede a un cambio de rol de jubilado (Vega Vega y Bueno Martínez, 2000).

Si se habla entonces específicamente del estadio número tres presentado por Vega Vega y Bueno Martínez (2000), existe entonces un momento de transición depresiva en los jubilados ante la incapacidad de realización de todas aquellas actividades que previamente se habían planteado, esa etapa de desilusión en la que se pueden quedar estancados y no dar marcha adelante al proseguir de su vida.

Según la OMS (2013), la depresión es un trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración. La depresión puede llegar a hacerse crónica o recurrente, y dificultar sensiblemente el desempeño en el trabajo o la escuela y la capacidad para afrontar la vida diaria. En su forma más grave, puede conducir al suicidio.

Si es leve, se puede tratar sin necesidad de medicamentos, pero cuando tiene carácter moderado o grave se pueden necesitar medicamentos y psicoterapia profesional (OMS, 2013). En investigaciones recientes del Instituto Mexicano del Seguro Social (2009), se asegura que casi un tercio de la población jubilada, que ha permanecido por mucho tiempo desempeñando una actividad específica, adquiere afectaciones psicológicas y orgánicas que derivan en depresión, ya sea por un tiempo corto o prolongado.

Con lo anterior se puede entonces hacer la siguiente pregunta de investigación: ¿Existirá algún nivel de depresión en los jubilados que asisten a las sesiones informativas del SMSEM en Valle de Bravo?

Tipo de investigación

Esta investigación es de corte empírico cuantitativo; resultante en un estudio descriptivo. Éste se lleva a cabo cuando se quiere mostrar las características de un grupo, de un fenómeno o de un sector, a través de la observación y medición de sus elementos. La información que se proporciona en un análisis de este tipo, además de ser un fin en sí mismo, se puede utilizar como base de partida para el desarrollo de una investigación más específica (Lafuente Ibáñez y Marín Egoscozábal, 2008).

Variables

Depresión.

- Definición conceptual: síndrome o agrupación de síntomas, susceptibles de valoración y ordenamiento a criterios diagnósticos, racionales y operativos; principalmente tristeza patológica, decaimiento, irritabilidad, sensación subjetiva de malestar e impotencia frente a la vida (Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, 2007).
- Definición operacional: será medido a través del instrumento de Beck que diferencia los niveles de depresión moderada, grave, y extrema.

Definición del Universo de Estudio

La población se encuentra entre todos aquellos colaboradores jubilados que asisten a reuniones dentro de la casa sindical del SMSEM ubicado en el municipio de Valle de Bravo, Estado de México, dicha cifra asciende a 28 servidores públicos aproximadamente.

Definición de la muestra y tipo de muestreo

La muestra es un subgrupo de la población; ésta será representativa respecto de la población, compartiendo la característica de la jubilación en un periodo mayor a seis meses y menor a un año y medio (Sampieri Hernández, Fernández Collado y Baptista Lucio, 2003).

Con una Población pequeña pero heterogénea, el investigador inspecciona la totalidad de ésta y selecciona una pequeña muestra de unidades “típicas”, es decir, unidades que a su parecer están cercanas al promedio de la población. Este método algunas veces es llamado de juicio o de selección intencional. La muestra consta esencialmente de voluntarios, en estudios en los cuales el proceso de medición es desagradable o penoso para la persona que está siendo investigada (Cochran, 1995).

El muestreo fue de tipo intencional no probabilístico; el criterio de selección temporal tuvo que ser en un periodo mayor a seis meses y menor a un año y medio. De los 28 asistentes sólo 17 de ellos cumplió dicho criterio.

Instrumento. La recolección de los datos fue a través de la aplicación del Inventario de Depresión de Beck.

Inventario de Depresión de Beck (BDI). Es uno de los instrumentos más usados para la valoración de síntomas depresivos en adultos y adolescentes. La versión original se introdujo en 1961 por Beck, Ward, Mendelson, Mock y Erbaugh

como una prueba autoadministrada; revisada en 1971 en el Centro de Terapia Cognitiva de la Universidad de Pennsylvania (Tomas, 2011).

Beck definió depresión como “un estado anormal del organismo manifestado por signos y síntomas de ánimo subjetivo bajo, actitudes nihilistas y pesimistas, pérdida de la espontaneidad y signos vegetativos específicos.” Ha sido validado para población de habla hispana por Conde, Esteban y Useros (1976; citado por Tomas, 2011) y por Bonicatto, Dew, y Soria (1998; citado por Tomas, 2011) en España y Argentina respectivamente con resultados satisfactorios. También fue validado en poblaciones de universitarios, adultos y adolescentes psiquiátricos ambulatorios.

La forma actual es el BDI-II: un instrumento autoadministrado de 21 ítems, que mide la severidad de la depresión en adultos y adolescentes mayores de 13 años. Cada ítem se califica en una escala de 4 puntos que va desde el 0 hasta el 3, al final se suman dando un total que puede estar entre 0 y 63. Tiene una duración aproximada de 10 minutos y se requiere de una escolaridad de 5º o 6º grado para entender apropiadamente las preguntas. Esta prueba tiene una buena sensibilidad (94%) y una especificidad moderada (92%) para el tamizaje de depresión en el cuidado primario, teniendo en cuenta como punto de corte para depresión 18 puntos (Tomas, 2011).

La puntuación máxima que puede obtener el entrevistado (si contestara un 3 en todas las preguntas) sería de 63. La más baja sería 0. Entre 1 y 10 puntos se considera que la persona ha tenido leves altibajos bastante normales y está por completo fuera de peligro. Entre 11 y 16, una leve perturbación de su estado de ánimo. Entre 17-20 se supone que ha habido estados de depresión intermitentes. Entre 21-30 es posible que el facultativo diagnostique una depresión moderada. De 31 a 40, una depresión grave, y entre 40-63, una depresión extrema (Sánchez, 2010).

Diseño de la investigación

Sampieri Hernández et al. (2005) consideran que los estudios transversales o transeccionales descriptivos tienen como objetivo indagar la incidencia de los valores

en que se manifiesta una o más variables a ubicar, categorizar y proporcionar una visión de comunidad, un evento, un contexto, un fenómeno o una situación (describirla).

La metodología para la realización de esta investigación es:

- a. Identificar la muestra entre los asistentes a sesiones informativas del SMSEM.
- b. Aplicar el instrumento de estudio a la muestra.
- c. Recolectar los datos derivados de la aplicación del inventario.
- d. Analizar los datos obtenidos y organizados de manera categórica, mediante un análisis estadístico.
- e. Establecer los resultados y proporcionar conclusiones a la investigación.

Especificación de la captura de información

La recolección de los datos fue a través de la aplicación del Inventario de Depresión de Beck a los jubilados, que cumplieron con los criterios implicados para la muestra, al término de su asistencia a las sesiones informativas del SMSEM en el municipio de Valle de Bravo, Estado de México. Una vez obtenidas las respuestas de los participantes se evaluaron dichos instrumentos puntuando cada ítem, según se haya mencionado, con valores del 0 al 3. Después se realizó la suma de puntajes y determinación del diagnóstico. Lo anterior mediante la elaboración de una base de datos, donde se vaciaron las respuestas y puntajes obtenidos por cada uno de los encuestados.

Procesamiento de la información

Rivera Aragón y García Méndez (2005) mencionan que la estadística descriptiva permite conocer la distribución de los datos a partir de la cuantificación de los atributos de una categoría o variable. Dentro de esta investigación, se analizaron estadísticamente los datos obtenidos, para obtener medidas de tendencia central, traducidas a su vez en porcentajes que representaron gráficamente los resultados de la situación de los jubilados en cuanto a la depresión.

VII. RESULTADOS

En el presente apartado se encuentran los resultados obtenidos de la aplicación del Inventario de Depresión de Beck a los Profesores jubilados, residentes del Municipio de Valle de Bravo, Estado de México. El instrumento consta de 21 ítems, que miden la severidad de la depresión en adultos; cada ítem se califica en una escala de 4 puntos que va desde el 0 hasta el 3 y al final se suman, dando un total que oscile entre 0 y 63 puntos. La muestra consistió en 17 Profesores de distintas edades, puestos docentes y lugar de trabajo, pertenecientes al SMSEM y que asistieron durante el mes de abril del año 2014 a sesiones informativas del mismo Sindicato.

El instrumento fue contestado por 9 mujeres, que representan el 53% del total de la muestra; así mismo 8 hombres que representan el 47%. Las edades de los sujetos oscilan entre los 50 y 62 años; la media de éstas es de 54 años. Los años de servicio con que cuentan los jubilados se encuentran entre los 29 y 36; el promedio de éstos es 31.94 años.

El 65% de las personas tenían como puesto de trabajo el de Profesor de Primaria, el 17% eran Directores Escolares, el 6% eran Orientadores técnicos, 6% eran secretarías y 6% eran Subdirectores Escolares. De ellos, el 70% laboraba en el municipio de Valle de Bravo, el 12% en Amanalco de Becerra, un 6% en Tutuapan, 6% en Huehuetoca y otro 6% en Donato Guerra.

De entre las principales causas para jubilarse un 18% dijo que fueron causas de índole personal y el 82% fue por el cumplimiento de años de servicio. El tiempo de jubilación al momento de la prueba, en promedio fue de 10.4 meses, el máximo de 18 meses y el menor tenía 6 meses.

Las ocupaciones actuales de los jubilados en un 47% son el apoyo a la familia, el 23% se dedica a la realización de tareas en el hogar, un 18% se dedica a atender un negocio propio y sólo un 12% a la actividad política.

Dentro de los rubros que la prueba explora, las puntuaciones más altas se encuentran entre la hipocondría, el nivel de irritabilidad experimentado, los trastornos del sueño y la pérdida del apetito y peso por parte del encuestado; las más bajas, y por ende con menos alteración, se encuentran los sentimientos de fracaso, el odio a sí mismos y los impulsos suicidas.

Las puntuaciones generales muestran que:

- De los 17 jubilados, 12 de ellos presentan leves altibajos del estado de ánimo.
- De los 17 jubilados, 4 de ellos presentan una leve perturbación del estado de ánimo.
- De los 17 jubilados, sólo 2 de ellos presentan una depresión grave.

Estadísticamente hablando, se puede decir que el 64.70% de la muestra de los jubilados presentan leves altibajos en su estado de ánimo, el 23.53% tienen una leve perturbación del estado de ánimo y únicamente un 11.77% muestran una depresión moderada. Esto nos dice que sí existe un nivel de depresión en la muestra de jubilados, de al menos un 11.77%.

VIII. ANÁLISIS DE RESULTADOS

Villa Carrandi (2005) manifiesta dentro su perfil del jubilado mexicano que, la causa de jubilación de éstos, son los años trabajados o de servicio en una empresa perteneciente a un grupo de empresas. El jubilado mexicano promedio está casado y vive con su cónyuge e hijos.

Atendiendo a lo anterior se puede observar en la muestra que, la mayoría se dedica a apoyar a su familia, dentro de su mismo hogar, con su esposo o esposa; en promedio los ex trabajadores se encuentran en el periodo de transición a la vejez y se jubilaron al cumplir los años de servicio requeridos por la Ley del ISSEMyM; algunos otros por causas de índole personal.

Morangas (2001), establece que la jubilación implica a toda persona y su medio ambiente, y que las relaciones de cada individuo son tan diversas como la personalidad del sujeto y sus respuestas a diversos estímulos.

Dichos estímulos, los agrupa en tres rubros comprendidos por los factores individuales como la salud física y psicológica, materiales como la percepción económica por su trabajo, y sociales como la familia o amigos.

De acuerdo a esto Weston Remond (2005), indica que en estudios realizados en la población laboralmente activa, el 90.7% cesa bruscamente en el desempeño de sus funciones, por jubilación inesperada, cese brusco o intempestivo. Este grupo afectado tendrá alteraciones de salud orgánica, física o mental en menor o mayor grado de compromiso, con repercusiones en el núcleo familiar. Las alteraciones clínicas más frecuentes son: aturdimiento, depresión, ansiedad, insomnio, histeria, cefalea; hipertensión arterial, accidente cerebrovascular, trastorno de isquemia transitoria, gastritis, alteraciones intestinales, anorexia, estrés o angina de pecho.

Como efectos sociales muestran aislamiento familiar, social, bloqueo intergeneracional, ruptura conyugal, desnutrición, tuberculosis o enfermedades infectocontagiosas. Finalmente como efectos psicosociales se muestra el alcoholismo, abandono, soledad, delincuencia, depresión, intento de suicidio, drogadicción o incumplimiento social (Weston Remond, 2005).

Las etapas críticas de los jubilados se muestran en aquellos que no han recibido orientación adecuada antes del momento de su jubilación o cese brusco, y cuyos

efectos, leves, moderados o marcados, se hacen presentes en lo personal con repercusión en la esfera familiar (Weston Remond, 2005).

Con lo anterior se puede entender los resultados referentes a los puntajes obtenidos en la muestra; en primer lugar que los principales efectos detonantes para la depresión son los fisiológicos, como se puede observar en las alteraciones del sueño y del apetito. En segundo lugar que la depresión, sí es una posible consecuencia o efecto en las personas que se jubilan. Por último, se entiende que el suicidio, las ideas de fracaso y odio a sí mismos es también un posible efecto, aunque en menor medida.

Especificando lo anterior, a pesar de que los estímulos pueden ser diversos, en la muestra el rubro único que más afectó a los jubilados, como ya se ha dicho, se representa por los cambios fisiológicos que éstos experimentan. Lo cual está ligado ampliamente a la transición vivida, por la edad a la vejez.

Este apuntalamiento se ve soportado por lo dicho por Neugarten (1996), quien menciona que la jubilación constituye un importante punto de inflexión en la vida de la mayoría de las personas. Conlleva a un cambio en el patrón de actividades, la reestructuración de la utilización del tiempo y para muchos, un cambio de resistencia; en contraposición con otros acontecimientos relevantes como la menopausia, los hijos que abandonan el hogar paterno, el hecho de convertirse en abuelos, la muerte del cónyuge y la enfermedad; por esto la jubilación está determinada principalmente no por cambios biológicos en el individuo o en los miembros de su familia sino por la edad cronológica, lo cual sí es aplicable a la muestra estudiada.

Por otra parte los productos arrojados por la muestra, demuestran que sí existe un nivel de depresión moderada, de al menos un 11.8% sobre el total de la misma. Como ejemplo de los síntomas característicos de la depresión se encuentran: una sensación de fatiga general, a veces asociada con desasosiego, una dificultad para tomar decisiones, pesadumbre, más o menos cualidades obsesivas, falta de apetito, insomnio y estreñimiento (Bellak, 1970).

De la misma forma Morangas (2011), adiciona a su investigación que el jubilado consciente de que su nivel de vida se erosiona, reduce gastos y busca servicios a precios inferiores del resto de la población. La economía del jubilado es precaria, y el sistema económico social no facilita la adaptación a los menores gastos y al diferente

esquema vital. Esto mismo es aplicable sólo a una parte de la muestra que se ha estudiado, pues la percepción económica afecta en menor medida que otros rubros; es por ello que debe ser tomado como un probable factor que promueva la depresión en los mismos.

Aunque en menor medida, la cuestión de la retribución económica post jubilatoria, los cambios fisiológicos y físicos, enmarcan también una problemática para los jubilados ya que si estos sentimientos no son canalizados ni enfrentados de manera correcta, el trabajador puede centrarse en un estado depresivo, que en algunas ocasiones puede derivar hasta en la muerte (Farfán, 2012).

Atendiendo a esto Ortiz-Maldonado, Cornelio Dionisio, Reynoso Ornelas, Toledo-Hernández y De la Torre Trujillo (2002) investigaron que en 1957 se realizó el primer estudio sobre los aspectos clínicos del suicidio en Estados Unidos donde se encontró que de los 134 suicidios registrados, el 94% se trataba de sujetos con una enfermedad psiquiátrica, predominantemente depresión mayor recurrente (45%) o alcoholismo crónico (23%).

Por su parte, en México, el Instituto Mexicano de Psiquiatría llevó a cabo la investigación: “La ideación suicida y su relación con la desesperanza, el abuso de drogas y alcohol» (1998) se encontró que las mujeres tienen mayor riesgo de presentar ideación suicida, se encuentran en un rango entre 30 y 45 años de edad, están divorciados o separados, así como desempleados o jubilados. Con respecto al uso de drogas o alcohol, sólo se encontraron riesgos incrementados en los consumidores de por vida y en problemas sociales de por vida.

Con lo anterior, dentro de la muestra estudiada y de acuerdo a las puntuaciones obtenidas por los jubilados, se puede mostrar que los sentimientos suicidas representan el menor puntaje marcado; por lo tanto se puede decir que para casi todos estos profesores, los impulsos suicidas, o el suicidio es sí, no es una opción, preocupación o aspecto de alerta. Sin embargo, existe un caso, en el cual el sujeto contestó que sí ha pensado en suicidarse, por lo cual, su vuelve a reafirmar la importancia de la preparación ante la jubilación y el estudio de casos similares a este.

Según la *Work-Role Attachment Theory* (Carter y Cook, 1995; citado por Chiesa y Sarchielli, 2008), el apego a la función laboral puede dificultar la adaptación a la

jubilación. Por otra parte, la adaptación a la nueva situación puede ser especialmente difícil para aquellos que muestran una escasa inversión en los papeles extra-laborales en lo que respecta a las relaciones familiares, a la amistad, a la participación en alguna organización y a la dedicación a actividades de esparcimiento, ya que esto limita la presencia de importantes papel extra-laborales para la definición de identidad que puedan sustituir el papel del trabajo abandonado.

Por lo anterior se entiende que la jubilación, además de ser un proceso gradual, requiere de una preparación y una inducción que logre guiar a los profesores, en la proyección y próximo establecimiento de un plan de vida funcional y satisfactorio.

Lo que en este estudio se ha concluido, además de las causas probables por las cuales los jubilados tienden a desarrollar patologías propias como la depresión, es también el menester imperante de un plan preparatorio por parte del Sindicato.

La necesidad de los trabajadores pertenecientes al SMSEM y jubilados por el ISSEMYM de prepararse ante la jubilación, es entonces la principal implicación de esta investigación; la realización de un plan de vida post jubilatorio que pueda prevenir que los futuros jubilados muestren este tipo de alteraciones en su estado de ánimo, o una mejor actitud de afrontamiento para esta etapa.

Es aquí donde el Psicólogo entra para intervenir, no únicamente con los jubilados de la muestra que ya sufren de depresión o alteraciones en el estado de ánimo, sino también para elaborar programas que ayuden a la promoción del envejecimiento activo y la preparación para la jubilación; dicho proyecto pueda prevenir o concientizar a los profesores respecto de uno de los posibles efectos emocionales de la jubilación (poniendo especial énfasis en los cambios fisiológicos a causa de la edad en los trabajadores).

Tal como lo expone Meza-Mejía y Villalobos-Torres (2008), quienes plantean que si bien los sistemas formales y no formales de educación se orientan fundamentalmente a preparar para la vida, lo hacen sobre todo para la vida activa. Si se considera que la pirámide poblacional se invierte, la educación y los educadores tendrían que preparar a las personas para la edad del retiro. Jubilarse no tendría que significar una crisis que derive en depresión, inacción o en pérdida del sentido de la vida. Al contrario, en la medida en la que la persona aprenda a asumir el desapego

como algo natural, estará en condiciones de otorgarle a este período un nuevo valor, y esto resulta una oportunidad educativa.

IX. CONCLUSIONES

1. Respecto a la pregunta de investigación: ¿existirá algún nivel de depresión en los jubilados que asisten a las sesiones informativas del SMSEM en Valle de Bravo? La respuesta alude a un sí, en un porcentaje menor, con una depresión moderada y a pesar de que en su mayoría, únicamente tuvieron un leve altibajo en su estado de ánimo.
2. En una muestra de diecisiete Servidores Públicos jubilados, después de un lapso de seis y hasta dieciocho meses, se observa que dos de ellos presentan un nivel de depresión moderado, once, leves altibajos en el estado de ánimo y cuatro tienen una leve perturbación del estado de ánimo.
3. El principal factor presente, como causa de las alteraciones emocionales en los jubilados son los cambios físicos y fisiológicos, como los trastornos del sueño y la pérdida del apetito; por otro lado con un menor cambio, los sentimientos de fracaso, el odio a sí mismos y los impulsos suicidas.

X. SUGERENCIAS

La Psicología como ciencia de la conducta, tiene como propósito principal el estudio del comportamiento humano en todas sus manifestaciones, ya sea en grupos o de manera particular en un solo individuo. Esto esencialmente para el tratamiento e intervención de diversas psicopatologías que aquejan actualmente a diversos sectores y/o individuos de la población mundial.

Es por ello que dentro de esta investigación, se ha puesto especial atención a los cambios experimentados por un grupo de servidores públicos convertidos en jubilados, durante sus primeros meses, como tales. Esto con la finalidad de estudiar a un grupo que, en los últimos años se ha visto vulnerable y muy poco estudiado, lo cual ha traído consecuencias en la adaptación y reinserción social requerida por los mismos, después de abandonar la vida laboral.

En primer lugar se sugiere un estudio que permita el análisis y aplicación del instrumento a una muestra más grande (con los criterios previamente establecidos), que permita saber si existe un patrón de conducta dentro de la población de los jubilados. Así mismo se complementarían la investigación hecha, con los habitantes de una zona urbana (ciudad) que permita la realización de un estudio comparativo, acerca de si el entorno social y demográfico, influye en la alteración del estado de ánimo de los jubilados.

A partir de la realización de estos estudios, el psicólogo deberá poner en práctica los conocimientos adquiridos y habilidades desarrolladas durante el transcurso de su formación, con el único fin de evaluar, predecir o prevenir, tratar, intervenir y/o controlar el comportamiento de los servidores públicos al convertirse en jubilados.

Tomando en cuenta lo anterior, la principal función del psicólogo frente a la investigación realizada, es la prevención. Tratando, informando y proponiendo las medidas, alternativas y sugerencias necesarias que auxilien a los próximos jubilados para que al momento de separarse por completo de su trabajo, sigan siendo funcionales, de tal manera que no recaigan en alteraciones emocionales diversas como la depresión.

Así mismo, fungir como un parteaguas importante en el tratamiento de los jubilados que han desarrollado dichos cambios emocionales y anímicos (como la depresión),

para así poder reinsertarlos a la sociedad de una manera productiva, fomentando y promoviendo el envejecimiento activo.

Otro planteamiento que para la Psicología, como ciencia de la investigación constante, y a la luz de nuevas manifestaciones y evolución de las psicopatologías, es un abordaje teórico más profundo acerca de la “depresión después de la jubilación”, ya que el término como tal no existe, y se enuncian únicamente estudios que han tratado de describir este padecimiento, que si bien no es universal ni teóricamente establecido, existe. Este trabajo puede ser considerado uno de los pocos que ya hablan y describen dicho tema.

XI. REFERENCIAS

Artículo7 (2009). *Más de un tercio de la población sufre depresión post jubilatoria*.

Recuperado de: <http://www.a7.com.mx/vida/salud/2256-amas-de-un-tercio-de-los-jubilados-experimentan-depresion-post-jubilacion.html>

Bellak, L. (1970). *Psicoterapia Breve y de Emergencia*. México: Pax.

Bueno Martínez, B., Buz Delgado, J. (2006). *Jubilación y tiempo libre en la vejez*.

Portal Mayores, Lecciones de Gerontología I. Recuperado de:

http://www.google.com.mx/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CBsQFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.espaciomayores.es%2FInterPresen1%2Fgroups%2Fimerso%2Fdocuments%2Fbinario%2Fbueno-jubilacion-01.pdf&ei=qascVK2JHYyeyATd94CYBw&usq=AFQjCNEMB-PXhNEaY_pd_Cjl1-UcxGVkCg&bvm=bv.75775273,d.b2U

Chiesa, R. y Sarchielli, G. (2008). Prepararse para la jubilación: el papel del apoyo

social en la gestión de la ansiedad. Redalyc, vol. 24, núm. 3. Recuperado de

http://www.google.com.mx/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=4&ved=0CDYQFjAD&url=http%3A%2F%2Fwww.redalyc.org%2Fpdf%2F834%2F83411212.pdf&ei=jmSwVIqkMsX_yQTS0IKIBw&usq=AFQjCNH5tQp7UFXsqgCLEW9IX8zl3-YUtA&bvm=bv.83339334,d.aWw

Cochran, W. G. (1995). *Técnicas de muestreo*. México: Continental.

Farfán, M. T. (2012). *Depresión en jubilado* (Mensaje de Blog). Recuperado de:

<http://mombita.com/depresion-en-jubilados/>

Fernández-Ballesteros, R., Moya Fresneda, R., Íñiguez Martínez, J. y Zamarrón, M. D. (1999). *La Psicología de la Vejez*. Madrid: Biblioteca Nueva.

Gonzalo Sanz, L. M. (2002). *Tercera edad y calidad de vida*. Barcelona: Ariel Social.

Hall Ramírez, V. (2003). *Depresión: Fisiopatología y Tratamiento*. Centro Nacional de Información de Medicamentos. Recuperado de:

<http://www.google.com.mx/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=4&ved=0CC0QFjAD&url=http%3A%2F%2Fsibdi.ucr.ac.cr%2Fboletinespdf%2Fcim>

[ed7.pdf&ei=zIkhVPuCKMSSyASQkoCgDA&usg=AFQjCNEFQRyKpujD23CV
AbT9NV_AtzUzFg](#)

Hernangómez Criado, L. (2000). *¿Por qué estoy triste? Guía para conocer y afrontar la depresión*. Málaga: Aljibe.

Instituto Nacional de Estadística, Geografía e informática. (2010). *Mujeres y hombres en México 2010*. Recuperado de:
http://www.inegi.org.mx/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/integracion/sociodemografico/mujeresyhombres/2010/MyH_2010.pdf

Instituto Guatemalteco de Seguridad Social. (2007). *Guía de depresión*. Recuperado de: http://www.igssgt.org/pdf/guias_gpc_be/guias2009/depresion.pdf

Instituto de Seguridad Social del Estado de México y Municipios. (2001). *Ley de Seguridad Social para los Servidores Públicos del Estado de México y Municipio*. Recuperado de:
<http://www.edomex.gob.mx/legistelfon/doc/pdf/ley/vig/leyvig016.pdf>

Instituto de Seguridad Social del Estado de México y Municipios. (2009). *Modalidades de Pensiones*. Recuperado de:
<http://www.issemym.gob.mx/index.php?page=pensiones>

Instituto de Seguridad Social del Estado de México y Municipios. (2009). *Quiénes somos*. Recuperado de:
<http://www.issemym.gob.mx/index.php?page=quienes-somos>

Izal, M. y Montorio, I. (1999). *Gerontología conductual. Bases para la intervención y ámbitos de aplicación*. Madrid, España: Síntesis.

Jiménez Tapia, J. A., Mondragón Barrios, L. y González-Forteza., C. (2000). *Autoestima y Sintomatología Depresiva en la Ideación Suicida*. Congreso Mexicano de Psicología Social. Vol VII. Toluca, México.

- Lafuente Ibáñez, C. y Marín Egoscozabal, A. (2008). *Metodologías de la investigación en las ciencias sociales: fases, fuentes y selección de técnicas*. Redalyc, vol. 1, núm. 64. Recuperado de:
<http://www.redalyc.org/pdf/206/20612981002.pdf>
- Lehr, U. y Thomae, H. (2005). *Psicología de la senectud: Proceso de aprendizaje del envejecimiento*. Barcelona, España: Herder.
- Luján Prats, N. (2011). *Depresión Post Jubilatoria*. Tesis de Licenciatura inédita. Universidad Abierta Interamericana. Buenos Aires. Recuperado de:
<http://imgbiblio.vaneduc.edu.ar/fulltext/files/TC104096.pdf>
- Meza-Mejía, M. y Villalobos-Torres, E. M. (2008). La crisis de la jubilación como una oportunidad educativa. Redalyc, vol. 11, núm. 2. Recuperado de
http://www.google.com.mx/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=4&ved=0CDYQFjAD&url=http%3A%2F%2Fwww.redalyc.org%2Fpdf%2F834%2F83411212.pdf&ei=jmSwVIqkMsX_yQTS0IKIBw&usq=AFQjCNH5tQp7UFXsqsCLEW9IX8zl3-YUtA&bvm=bv.83339334,d.aWw
- Morangas Morangas, R. (2001). *La jubilación: una oportunidad vital*. Barcelona: Herder.
- Neugarten, B. (1996). *Los significados de la edad*. Barcelona: Herder.
- Organización Mundial de la Salud. (2014). *Depresión*. Recuperado de:
<http://www.who.int/topics/depression/es/>
- Ortiz-Maldonado, E., Cornelio Dionisio, A., Reynoso Ornelas, C., Toledo-Hernández, T. y De la Torre Trujillo, P. (2002). Factores de Riesgo suicida en los municipios de Cárdenas, Comalcalco y Centro del Estado de Tabasco. Redalyc, vol. 8, núm. 3. Recuperado de
<http://www.google.com.mx/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=5&ved=0CDoQFjAE&url=http%3A%2F%2Fwww.redalyc.org%2Fpdf%2F487%2F4>

[8708302.pdf&ei= EmwVJTdEZCRyATf5IKQBg&usg=AFQjCNHgkyDY3q_2aJrSo2md46Ho_9hViv](#)

Papalia, D., Sterns, H. L., Feldman, R. D. y Camp, C. J. (2009). *Desarrollo del adulto y vejez*. México: Mac Graw Hill.

Rivera Aragón, S. y García Méndez, M. (2005). *Aplicación de la estadística a la psicología*. México: Porrúa.

Sampieri Hernández, R., Fernández Collado, C. y Baptista Lucio P. (2003). *Metodología de la investigación*. México: Mc Graw Hill.

Sánchez Escobedo, P. (2008). *Psicología Clínica*. México: Manual Moderno.

Sudope, J. A., Taboada, O., Castro Dono, C. y Vázquez Ventosos, C. (2006). *Depresión*. Guías Clínicas, 6 (11), 1-3. Recuperado de:
<http://www.scamfyc.org/documentos/Depresion%20Fisterra.pdf>

Tomas, U. (2011). *Test de Depresión Beck*. Recuperado de:
<http://www.elpsicoasesor.com/2011/02/test-de-depresion-beck.html>

Vallejo Ruiloba, J. y Gastó Ferrer, C. (1990). *Trastornos afectivos: ansiedad y depresión*. Barcelona: Salvat.

Vega Vega, J. L. y Bueno Martínez B. (2000). *Desarrollo adulto y envejecimiento*. Madrid: Síntesis.

Villa Carrandi, C. (2005). *La vida en la jubilación*. México: Trillas.

Warner Schaine, K., Willis Sherry, L. (2003). *Psicología de la edad adulta y la vejez*. Madrid: Pearson Prentice Hall.

Weston Remond, L. G. (2005). Jubilación: Efectos médicos y psicosociales. Redalyc, vol. 12, núm. 3. Recuperado de
<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=96620428005>

XII. ANEXOS



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE
MÉXICO



FACULTAD DE CIENCIAS DE LA CONDUCTA

INSTRUMENTO: INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK
INVESTIGACIÓN DE TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO DE LICENCIADA EN
PSICOLOGÍA

Profesión que desempeña como Servidor Público:

Edad: _____ Género: _____ Años de Servicio: _____

Municipio, Comunidad o Entidad donde laboraba:

Motivo por el que se jubiló: _____

Tiempo que lleva de jubilación: _____ ¿A qué se dedica actualmente? _____

INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK

Instrucciones: a continuación se expresan varias respuestas posibles a cada uno de los 21 apartados. Detrás de cada frase marque con una cruz la que mejor refleje su situación actual.

1. Estado de ánimo.

- Esta tristeza me produce verdaderos sufrimientos.
- No me encuentro triste.
- Me siento algo triste y deprimido.
- Ya no puedo soportar esta pena.
- Tengo siempre como una pena encima que no me la puedo quitar.

2. Pesimismo.

- Me siento desanimado cuando pienso en el futuro.
- Creo que nunca me recuperaré de mis penas.
- No soy especialmente pesimista, ni creo que las cosas me vayan a ir mal.
- No espero nada bueno de la vida.
- No espero nada. Esto no tiene remedio.

3. Sentimientos de fracaso.

- He fracasado totalmente como persona (padre, madre, marido, hijo, profesional, etcétera).
- He tenido más fracasos que la mayoría de la gente.
- Siento que he hecho pocas cosas que valgan la pena.
- No me considero fracasado.
- Veo mi vida llena de fracasos.

4. Insatisfacción.

- Ya nada me llena.
- Me encuentro insatisfecho conmigo mismo.
- Ya no me divierte lo que antes me divertía.
- No estoy especialmente insatisfecho.
- Estoy harto de todo.

5. Sentimientos de culpa.

- A veces me siento despreciable y mala persona.
- Me siento bastante culpable.
- Me siento prácticamente todo el tiempo mala persona y despreciable.
- Me siento muy infame (perverso, canalla) y despreciable.
- No me siento culpable.

6. Sentimientos de castigo.

- Presiento que algo malo me puede suceder.
- Siento que merezco ser castigado.
- No pienso que esté siendo castigado
- Siento que me están castigado o me castigarán.
- Quiero que me castiguen.

7. Odio a sí mismo.

- Estoy descontento conmigo mismo.
- No me aprecio.
- Me odio (me desprecio).
- Estoy asqueado de mí.
- Estoy satisfecho de mí mismo.

8. Autoacusación.

- No creo ser peor que otros.
- Me acuso a mí mismo de todo lo que va mal.
- Me siento culpable de todo lo malo que ocurre.
- Siento que tengo muchos y muy graves defectos.
- Me critico mucho a causa de mis debilidades y errores

9. Impulsos suicidas.

- Tengo pensamientos de hacerme daño, pero no llegaría a hacerlo.
- Siento que estaría mejor muerto.
- Siento que mi familia estaría mejor si yo muriera.
- Tengo planes decididos de suicidarme.
- Me mataría si pudiera.
- No tengo pensamientos de hacerme daño.

10. Periodos de llanto.

- No lloro más de lo habitual.
- Antes podía llorar, ahora no lloro ni a un queriéndolo.
- Ahora lloro continuamente. No puedo evitarlo.
- Ahora lloro más de lo normal.

11. Irritabilidad.

- No estoy más irritable que normalmente.
- Me irrito con más facilidad que antes.
- Me siento irritado todo el tiempo.
- Ya no me irrita ni lo que antes me irritaba.

12. Aislamiento social.

- He perdido todo mi interés por los demás y no me importa en lo absoluto.
- Me intereso por la gente menos que antes.
- No he perdido mi interés por lo demás.
- He perdido casi todo mi interés por los demás y apenas tengo sentimientos hacia ellos.

13. Indecisión.

- Ahora estoy inseguro de mí mismo y procuro evitar tomar decisiones.
- Tomo mis decisiones como siempre.
- Ya no puedo tomar decisiones en absoluto.
- Ya no puedo tomar decisiones sin ayuda.

14. Imagen Corporal.

- Estoy preocupado porque me veo más viejo y desmejorado.
- Me siento feo y repulsivo.
- No me siento con peor aspecto que antes.
- Siento que hay cambios en mi aspecto físico que me hacen parecer desagradable (o menos atractivo).

15. Capacidad laboral.

- Puedo trabajar tan bien como antes.
- Tengo que esforzarme mucho para hacer cualquier cosa.
- No puedo trabajar en nada.
- Necesito un esfuerzo extra para empezar a hacer algo.
- No trabajo tan bien como lo hacía antes.

16. Trastornos del sueño.

- Duermo tan bien como antes.
- Me despierto más cansado por la mañana.
- Me despierto unas dos horas antes de lo normal y me resulta difícil volver a dormir.
- Tardo 1 ó 2 horas en dormirme por la noche.
- Me despierto sin motivo en mitad de la noche y tardo en volver a dormirme.
- Me despierto temprano todos los días y no duermo más de 5 horas.
- Tardo más de 2 horas en dormirme y no duermo más de 5 horas.
- No logro dormir más de 3 ó 4 horas seguidas.

17. Cansancio.

- Me canso más fácilmente que antes.
- Cualquier cosa que hago me fatiga.
- No me canso más de lo normal.
- Me canso tanto que no puedo hacer nada.

18. Pérdida de apetito.

- He perdido totalmente el apetito.
- Mi apetito no es tan bueno como antes.
- Mi apetito es ahora mucho menor.
- Tengo el mismo apetito de siempre.

19. Pérdida de peso.

- No he perdido peso últimamente.
- He perdido más de 2.5kg.
- He perdido más de 5kg.
- He perdido más de 7.5kg.

20. Hipocondría.

- Estoy tan preocupado por mi salud que me es difícil pensar en otras cosas.
- Estoy preocupado por dolores y trastornos.
- No me preocupa mi salud más de lo normal.
- Estoy constantemente pendiente de lo que me sucede y de cómo me encuentro.

21. Libido.

- Estoy menos interesado por el sexo que antes.
- He perdido todo mi interés por el sexo.
- Apenas me siento atraído sexualmente.
- No he notado ningún cambio en mi atracción por el sexo.

DATOS GENERALES DE LA MUESTRA

Sujeto	Profesión a la que se dedicaba	Edad	Género	Años de servicio cumplidos	Municipio donde laboraba	Motivo de jubilación	Fecha de jubilación	Ocupación Actual
1	Directora Escolar	54	F	31	Jiquipilco	Causas Personales	13 meses	Apoyo a Familia
2	Docente Primaria	52	F	31	Valle de Bravo	Años de servicio	10 meses	Apoyo a Familia
3	Docente Primaria	52	F	31	Valle de Bravo	Años de servicio	10 meses	Apoyo a Familia
4	Docente Primaria	60	M	36	Huehuetoca	Causas Personales	10 meses	Actividad Política
5	Docente Primaria	50	F	30	Valle de Bravo	Años de servicio	6 meses	Tareas en el hogar
6	Docente Primaria	55	F	34	Valle de Bravo	Años de servicio	13 meses	Negocio propio
7	Docente Primaria	57	F	34	Valle de Bravo	Causas Personales	10 meses	Tareas en el hogar
8	Director Escolar	54	M	33	Valle de Bravo	Años de servicio	16 meses	Apoyo a Familia
9	Docente Primaria	50	F	29	Valle de Bravo	Años de servicio	11 meses	Apoyo a Familia
10	Docente Primaria	60	M	35	Tutuapan	Años de servicio	14 meses	Apoyo a Familia
11	Secretaria	62	F	32	Valle de Bravo	Años de servicio	18 meses	Negocio propio
12	Subdirector Escolar	54	M	30	Donato Guerra	Años de servicio	11 meses	Actividad Política
13	Docente Primaria	53	F	32	Valle de Bravo	Años de servicio	14 meses	Tareas en el hogar
14	Docente Primaria	50	M	34	Valle de Bravo	Años de servicio	12 meses	Apoyo a Familia
15	Docente Primaria	53	M	31	Valle de Bravo	Años de servicio	10 meses	Tareas en el hogar
16	Orientador Técnico	54	M	30	Amanalco	Años de servicio	6 meses	Apoyo a Familia
17	Docente Primaria	51	M	30	Amanalco	Años de servicio	6 meses	Apoyo a Familia

**TABLA 1: PUNTUACIONES OBTENIDOS POR LA MUESTRA EN EL INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK
(PRIMERA PARTE)**

	Ítem 1	Ítem 2	Ítem 3	Ítem 4	Ítem 5	Ítem 6	Ítem 7	Ítem 8	Ítem 9	Ítem 10	Ítem 11
Sujeto	Estado de ánimo	Pesimismo	Sentimientos de Fracaso	Insatisfacción	Sentimientos de Culpa	Sentimientos de castigo	Odio a sí mismo	Autoacusación	Impulsos suicidas	Periodos de llanto	Irritabilidad
1	0	0	0	0	0	0	0	0	3	0	0
2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3
3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
4	2	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1
5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
6	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
7	1	3	0	1	0	0	0	1	0	1	1
8	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
9	0	0	0	0	1	1	0	1	0	0	1
10	0	0	0	1	2	1	0	0	0	3	2
11	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1
12	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3
13	0	0	0	1	1	1	0	1	0	2	1
14	0	1	0	1	0	2	0	0	0	0	0
15	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
16	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
17	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Total	4	4	0	5	4	5	0	4	3	6	13

**TABLA 2: PUNTUACIONES OBTENIDOS POR LA MUESTRA EN EL INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK
(SEGUNDA PARTE)**

	Ítem 12	Ítem 13	Ítem 14	Ítem 15	Ítem 16	Ítem 17	Ítem 18	Ítem 19	Ítem 20	Ítem 21	
Sujeto	Aislamiento Social	Indecisión	Imagen Corporal	Capacidad Laboral	Trastornos del sueño	Cansancio	Pérdida de apetito	Pérdida de peso	Hipocondría	Líbido	Puntuación Total
1	0	0	0	0	2	1	0	0	0	3	9
2	1	0	0	0	0	0	0	0	3	0	7
3	1	0	0	0	2	0	2	0	0	0	5
4	1	1	0	0	2	0	1	1	0	0	10
5	0	0	2	0	2	0	0	0	0	0	4
6	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
7	0	1	1	1	2	1	1	3	3	1	22
8	2	0	0	1	2	0	1	0	0	0	6
9	0	0	2	1	2	1	1	0	0	0	11
10	0	0	0	2	0	2	2	1	3	2	21
11	0	0	0	1	0	1	1	1	1	2	9
12	0	0	0	0	0	0	0	3	3	0	9
13	0	2	0	1	0	1	0	0	3	0	14
14	0	1	0	0	2	1	1	2	0	0	11
15	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1
16	0	0	0	0	0	0	0	3	0	0	4
17	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
Total	5	5	5	7	16	8	10	15	16	9	144

TABLA 3: CALIFICACIÓN OBTENIDA POR CADA SUJETO EN EL INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK

Sujeto	Puntaje Total	Resultado
1	9	Leves altibajos normales
2	7	Leves altibajos normales
3	5	Leves altibajos normales
4	10	Leves altibajos normales
5	4	Leves altibajos normales
6	0	Leves altibajos normales
7	22	Depresión moderada
8	6	Leves altibajos normales
9	11	Leve perturbación en el estado de ánimo
10	21	Depresión moderada
11	9	Leves altibajos normales
12	9	Leves altibajos normales
13	14	Leve perturbación en el estado de ánimo
14	11	Leve perturbación en el estado de ánimo
15	1	Leves altibajos normales
16	4	Leves altibajos normales
17	1	Leves altibajos normales

TABLA 4: CRITERIOS DE CALIFICACIÓN DEL INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK

Criterios de Calificación	
Puntaje	Resultado
1 a 10	Leves altibajos normales
11 a 16	Leve perturbación en el estado de ánimo
17 a 20	Estados de depresión intermitentes
21 a 30	Depresión moderada
31 a 40	Depresión grave
40 a 63	Depresión severa