

Trabajo de grado

Depresión y aspectos relacionados en un grupo de jubilados de la Universidad de Antioquia.

Fredy Alonso Patiño Villada. Licenciado en Educación Física, aspirante a Magíster en Salud Pública con énfasis en Salud Mental.

Trabajo de investigación para optar al título de Magíster.

Universidad de Antioquia, Facultad Nacional de Salud Pública "Héctor Abad Gómez". Medellín, Colombia. 2006.

**Depresión y aspectos relacionados en un grupo de jubilados de la
Universidad de Antioquia, Medellín 2005**

**Prevalence of depression and aspects related in a group of retirement of
the University of Antioquia, Medellín 2005.**

Fredy Alonso Patiño Villada

**Trabajo de investigación para optar al título de Magíster en Salud Pública
con Énfasis en Salud Mental**

Asesora

Doris Cardona Arango

Profesora F.N.S.P.

**Universidad de Antioquia
Facultad Nacional de Salud Pública**

“Héctor Abad Gómez”

Medellín

2006

Caigo

Al cerro del volador
rodando
de la comuna uno
con mi cometa
de colores vivos.

FELIZ, FELIZ
Para echarle
a volar
entre muchas
mas que vinimos
a decorar
su inmenso espacio.
Somos el grupo
que marcha
en estandarte
de la IPS
Universitaria.

Somos un solo abrazo
un solo eco
de familia
un trozo nada mas.

Felices con la cometa
institutora
que
nos hace soñar.

José Luis Atehortua

(Jubilado perteneciente al Programa Adulto Activo de la IPS Universitaria, 25 de febrero de 2005)

Agradecimientos

Al Departamento de Promoción de la salud y Prevención de la Enfermedad de Bienestar Universitario, a la IPS universitaria y su Programa Adulto Activo, a las asociaciones de jubilados (Ajupe, Aprojudea, Apenjudea), por permitir el acercamiento a las personas retiradas que se encuentran inscritas dentro de sus organizaciones.

Al Grupo de Investigación de Salud Mental por los recursos destinados, a través de fondos para estrategia de Sostenibilidad del Centro de Investigaciones de la Facultad Nacional de Salud Pública de la Universidad de Antioquia.

A mi asesora, profesora Doris Cardona Arango, por su tiempo, sugerencias y aportes en la elaboración y ejecución del proyecto.

A Camilo Aguirre, por su apoyo incondicional durante todo el proceso de esta investigación.

A los profesores de la Facultad Nacional de Salud Pública por la disposición para brindar sus conocimientos y aportes.

A mi familia por el apoyo, paciencia, comprensión y confianza.

A mi compañera de sentimientos y sueños, Nutricionista Dietista Angélica Maria Muñoz Contreras por sus conocimientos, paciencia y el apoyo incondicional que me ha dado durante todo este tiempo.

Contenido

	Pág.
Lista de tablas	7
Lista de figuras	8
Lista de anexos	9
Resumen	10
Introducción	12
1. Planteamiento del problema	13
2. Marco teórico	17
2.1. Adulto mayor y jubilación	17
2.2. Jubilación: generalidades y significados socio-culturales	18
2.3. Depresión: Concepto y generalidades	21
2.4. Medición de la depresión	24
2.5. Depresión en jubilados	26
2.6. Aspectos relacionados con depresión en los jubilados	28
2.6.1. Demográficos	28
2.6.2. Económicos	30
2.6.3. Salud	31
2.6.4. Afectivo-familiares	32
2.6.5. Utilización del tiempo	32
2.7. Principios orientadores para un mejor ajuste a la jubilación	34
3. Objetivos	37
3.1. Objetivo general	37
3.2. Objetivos específicos	37
4. Metodología	38
4.1. Tipo de estudio	38
4.2. Población de referencia y grupo de estudio	38
4.3. Muestreo	38
4.4. Criterios de inclusión y exclusión	38
4.5. Fuente e instrumentos de recolección de información	39
4.6. Operacionalización de variables	39

4.7. Control de sesgos	42
4.8. Análisis de la información	43
4.9. Consideraciones éticas	44
5. Resultados	45
5.1. Características del grupo de estudiado	45
5.2. Presencia de depresión	48
5.3. Exploración de aspectos asociados con depresión:	51
6. Discusión	59
7. Conclusiones	65
8. Recomendaciones	67
Notas	70
Bibliografía	78
Anexos	79

Lista de tablas

	Pág.
Tabla 1 Depresión en personas retiradas. Estudio Nacional De Salud Mental de Australia 1997.	32
Tabla 2 Características de un grupo de jubilados de la Universidad de Antioquia. Medellín, 2005	50
Tabla 3 Valores porcentuales de los ítems de la Escala de depresión Geriátrica de Yesavage	54
Tabla 4 Depresión según aspectos demográficos, económicos, de salud, afectivo familiares y de utilización del tiempo en un grupo de jubilados de la Universidad de Antioquia. Medellín, 2005.	56
Tabla 5 Satisfacción con la vida según situación económica en un grupo de jubilados de la Universidad de Antioquia. Medellín, 2005.	61
Tabla 6 Sentimiento de felicidad la mayor parte del tiempo según situación económica en un grupo de jubilados de la Universidad de Antioquia. Medellín, 2005.	62
Tabla 7 Situación económica según creencia frente a lo maravilloso de estar vivo en un grupo de jubilados de la Universidad de Antioquia. Medellín, 2005.	63
Tabla 8 Situación económica según sentimiento de desesperanza ante la condición actual en un grupo de jubilados de la Universidad de Antioquia. Medellín, 2005.	63

Lista de figuras

	Pág.
Figura 1 Planteamiento del problema	16
Figura 2 Niveles de depresión en un grupo de jubilados de la Universidad de Antioquia, según EDG de Yesavage. Medellín, 2005.	55
Figura 3 Depresión en un grupo de jubilados de la Universidad de Antioquia. Medellín, 2005.	56
Figura 4 Sentimiento de inutilidad o desprecio según tiempo de jubilación en un grupo de jubilados de la Universidad de Antioquia. Medellín, 2005.	60
Figura 5 Problemas de memoria según actividad laboral en un grupo de jubilados de la Universidad de Antioquia. Medellín, 2005.	61
Figura 6 Abandono de intereses o actividades previas según situación económica en un grupo de jubilados de la Universidad de Antioquia. Medellín, 2005.	62
Figura 7 Situación económica según creencia frente a que las demás personas están mejor en un grupo de jubilados de la Universidad de Antioquia. Medellín, 2005.	64
Figura 8 Sentirse lleno de energía según enfermedad discapacitante en un grupo de jubilados de la Universidad de Antioquia. Medellín, 2005.	65

Lista de anexos

	Pág.
Anexo 1 Encuesta	89
Anexo 2 Consentimiento informado	91

Resumen

Se realizó una investigación descriptiva transversal con 100 personas jubiladas seleccionadas por conveniencia de los diferentes grupos de actividad física y asociaciones de jubilados de la Universidad de Antioquia, con el fin de determinar la frecuencia de depresión y los aspectos relacionados con esta. Se aplicó la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage en el cálculo de la depresión, además de la indagación de algunos aspectos demográficos, económicos, funcionales, afectivo-familiares y de utilización del tiempo

Se halló una depresión del 6% en los jubilados estudiados, las más altas se encontraron en el sexo femenino, en los jubilados mas jóvenes y con menos tiempo de jubilación, en las personas que no desempeñan actividades laborales posteriores a la jubilación, en quienes percibieron su situación económica entre regular y mala, en los que no presentaron aceptación familiar y entre los retirados que no practican ejercicio físico y no participan de actividades recreativas, académicas o culturales. Se encontró asociación estadísticamente significativa principalmente entre la presencia de depresión y la percepción económica.

La depresión hallada en este estudio fue inferior a la de otras investigaciones, situación que pudo darse por la forma de selección de la muestra o por la presencia de un posible factor protector común, como es la pertenencia a grupos. Sin embargo, con este estudio es posible establecer algunas estrategias de intervención para la prevención de este trastorno en la población de jubilados estudiados; a su vez, puede convertirse en el punto de partida de futuras investigaciones de mayor envergadura, con la población tanto prejubilada como jubilada de la comunidad universitaria.

Palabras clave: Depresión, jubilación, adulto mayor.

Abstract

A Cross-sectional, descriptive study was conducted in 100 retired people using convenience sampling of the different groups of physical activity and retired associations of from the University of Antioquia, with the purpose of determining the frequency of depression and the aspects related to this. Depression was diagnosed using Yesavage geriatric scale, the questionnaire included, demographic, economic, functional status, affective-relatives and of use of the time aspects

The depression was 6% in retirement studied in female, amongst younger and with less time of retirement, in people that does not carry out labor activities later, whom perceived their economic situation regular and bad, in who did not present relative acceptance, who do not practice physical activity and not participate in recreational, academic or cultural activities were more likely to have depression. The most powerful association was influenced statistically significant by the perceived economic status

The depression found in this study was less to the other studies, situation that could occur by the form of selection of the sample or by the presence of a possible common protective factor, as it is the property to groups. Nevertheless, with this study is possible to establish some strategies of intervention for the prevention of this upheaval in the population of studied; as well, it can become the departure point of future research of greater spread, with the population as much preretired as retired of the university community.

Key words: Depression, retirement, older.

Introducción

La jubilación es considerada como una fase al interior de la etapa de la vejez, la cual es vivida por las personas que han desempeñado una actividad laboral durante gran parte de la vida. Esta fase se caracteriza porque las personas pasan a un descanso impuesto, en el cual reciben una pensión para su subsistencia y la de sus familiares. El retiro como un evento social, ha sido matizado con una serie de significados, tanto negativos como positivos, pero de los cuales va a depender que el ajuste y la adaptación a la etapa del retiro se realice adecuadamente (algunos significados son: más tiempo para estar con la familia, oportunidad de hacer cosas nuevas, sensación de inutilidad, sensación de una vida vacía, entre otras).

Cuando el ajuste al período de la jubilación no es adecuado, la posibilidad de padecer un problema emocional se hace mayor, convirtiendo a las personas jubiladas en vulnerables frente a trastornos psiquiátricos, entre los cuales uno de los más representativos es la depresión.

Es así como este estudio indagó por la frecuencia depresión en un grupo de jubilados de la Universidad de Antioquia, en el año 2005, y a su vez exploró los aspectos relacionados con la presencia de este trastorno en la población estudiada. Entre los propósitos de la investigación está el brindar elementos que sean útiles a las instancias que trabajan por el bienestar de la población jubilada de la Universidad de Antioquia, y a su vez, apoyar la investigación en el campo del envejecimiento y la salud mental, necesarias en la actualidad por el fenómeno de la transición demográfica hacia poblaciones envejecidas que ya está afectando a Latinoamérica.

Para lograr lo anterior, se realizó una investigación descriptiva transversal, en la cual se consultó por algunos aspectos demográficos, económicos, funcionales, afectivo-familiares y de utilización del tiempo; y a su vez se aplicó la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage para determinar la frecuencia de depresión. Se realizó un proceso de análisis univariado y bivariado con la aplicación de algunas pruebas estadísticas de tendencia central, dispersión y asociación.

1. Planteamiento del problema

La jubilación es entendida como la suspensión de las actividades laborales, con la condición de recibir una pensión que cubra las necesidades económicas del expleado. Esta es considerada como un cambio laboral drástico y repercute en la vida de las personas, induciendo modificaciones a su estilo de vida e incluso crea nuevos significados del entorno¹, los cuales a menudo son una respuesta sociocultural dada a esta etapa del ciclo vital². Estos significados a su vez se manifiestan de manera contradictoria y van desde la sensación de libertad, disposición de tiempo y oportunidad de descanso hasta la creencia de que se acabó la vida, entre otros³. El retiro, que normalmente es un derecho laboral al comienzo de la vejez, puede contribuir a crear un sentimiento de subvaloración que algunos experimentan, el cual puede terminar desencadenando la aparición de depresión.

La depresión clínica se caracteriza principalmente por una sensación de tristeza, decaimiento emocional, pérdida de interés por las cosas que antes se realizaban y otros síntomas de carácter somático y psicológico¹. Esta afectó aproximadamente a un 9.5% de la población adulta de los Estados Unidos en el 2001, según el Instituto Nacional de Salud Mental de este país. Es una enfermedad crónica que resulta costosa para el sistema de salud estadounidense, gastando cada año más de 40 billones de dólares en productividad perdida y tratamientos médicos⁵. En otros contextos como México^{6,7,8}, España⁹ y Australia¹⁰, algunos estudios indicaron una elevada presencia de depresión en población jubilada, la cual se consideró como una problemática de salud mental de necesaria atención en las personas retiradas.

Para Colombia, el Estudio de Salud Mental de 2003, que tomó 23 trastornos mentales contemplados en el DSM-IV en personas de 18 a 65 años, se encontró frente a la prevalencia de vida que el episodio depresivo mayor ocupaba el cuarto lugar con un 5.3%. Para la población jubilada-pensionada, se halló una prevalencia para la vida de episodio depresivo mayor de 12.8% y para episodio depresivo menor de 3.4%; la prevalencia anual para el episodio depresivo mayor fue del 2 %.¹¹

De otra parte, y agrupados para efecto de esta investigación, existen algunos aspectos que se encuentran asociados con los trastornos depresivos en las personas jubiladas: demográficos (sexo, edad, grado de escolaridad y tiempo de jubilación), económicos (actividad laboral y percepción de la situación económica), de salud (enfermedad discapacitante y consumo de medicamentos), afectivo-familiares (estructura familiar, aceptación familiar y muerte de familiares) y de utilización del tiempo (práctica de ejercicio y participación en actividades recreativas, académicas o culturales).

La revisión teórica con relación a los anteriores aspectos, generalmente indica que la prevalencia de depresión es mayor en las mujeres que en los hombres^{12,13,14}, en las personas de más edad^{15,16}, en aquellos que tienen un nivel educativo inferior^{17,18} y en quienes están viviendo sus primeros años de jubilación¹⁹. A su vez la depresión se acentúa en menor medida en los jubilados que continúan laborando^{20,21}, los que tienen una percepción económica buena²², en quienes no presentan enfermedades discapacitantes y en los que no consumen medicamentos con contraindicaciones que alteran el estado de ánimo²³. Por último, unas adecuadas relaciones familiares²⁴ y una práctica regulada de ejercicio físico se asocia con una menor presencia de sintomatología depresiva en las personas retiradas²⁵.

Según lo anterior, se observa que la población jubilada por sus múltiples características biosicosociales se presenta como vulnerable frente al trastorno depresivo. Tal situación es la que conlleva a acercarse al contexto de los jubilados de la Universidad de Antioquia, que para mayo del año 2005 eran en total 2038, según el Departamento de Relaciones Laborales de esta universidad²⁶, para determinar en ellos la frecuencia de depresión, y explorar a su vez, la asociación de algunos aspectos relacionados con este trastorno. Por lo tanto, este estudio se planteó el siguiente interrogante de investigación: ¿Cuál es la frecuencia de depresión y los aspectos relacionados, en un grupo de jubilados de la Universidad de Antioquia, Medellín 2005? (figura 1)



Figura 1. Planteamiento del problema

Con la realización de este trabajo de investigación, se espera aportar elementos que amplíen el campo de conocimiento de la gerontología, la psiquiatría y la psicología, más aún, si consideramos la situación demográfica que se espera en el futuro con un aumento de la población mayor, acompañado de todas las dificultades de salud que se presenta con el envejecimiento.

Para las diferentes instancias universitarias, tales como el Departamento de Prevención de la Enfermedad y Promoción de la Salud de Bienestar Universitario, la IPS Universitaria y las asociaciones de jubilados Ajupe, Apenjudea y Aprojudea, el conocimiento de la prevalencia y de algunos aspectos relacionados con

depresión en esta población, les posibilitará tener un primer conocimiento del comportamiento de este trastorno en la población de jubilados, desde el cual se puedan realizar estudios más amplios e incluso establecer unas primeras estrategias de intervención, dirigidas hacia la prevención y tratamiento de este trastorno.

Para la Facultad Nacional de Salud Pública, en especial para los grupos de investigación de Salud Mental y Demografía, se espera que este trabajo aporte elementos a las líneas de investigación en problemáticas de salud mental y envejecimiento respectivamente, con miras a continuar generando estudios que permitan encontrar diferentes formas de afrontar el envejecimiento mundial.

A nivel personal este proyecto permitirá dar cumplimiento al trabajo de investigación solicitado para obtener el título de Magíster en Salud Pública con Énfasis en Salud Mental y dar inicio a la formación como investigador y docente de la Universidad de Antioquia. Además de integrar la formación de pregrado y posgrado como un primer paso para la construcción de un quehacer específico del licenciado en Educación Física con formación en salud pública con énfasis en salud mental.

2. Marco teórico

2.1. Adulto mayor y jubilación

A la población jubilada la atraviesa todas las implicaciones que en la actualidad y a futuro se estarán dando con el envejecimiento global. Es así que en esta primera parte del abordaje teórico se recogerán elementos relacionados con el envejecimiento y los adultos mayores.

El envejecimiento es la disminución, esencialmente irreversible con el paso del tiempo, de la capacidad del organismo o de alguna de sus partes, para adaptarse a su entorno, debido a un proceso determinado genéticamente y progresivo, que se manifiesta por una disminución de su capacidad de hacer frente al estrés al que está sometido y que culmina con la muerte del organismo.²⁷

Envejecer constituye un proceso en el que participan factores biológicos, psicológicos y sociales. El envejecimiento biológico es tanto de órganos como de funciones que se producen a diferentes niveles: molecular, celular, tisular, y sistémico, siendo a la vez estructural y funcional. El celular se caracteriza por una disminución en diferentes procesos como: capacidad metabólica, descontrol en las funciones de proliferación, replicación (se duplican menos) y sobrevivencia, fosforilación oxidativa, síntesis de proteínas enzimáticas, estructurales, receptores celulares y factores de transcripción, así como de la capacidad de incorporar nutrientes y reparar el daño del material genético por la senescencia replicativa; es un proceso continuo, universal, progresivo, irreversible e incrementa la vulnerabilidad a la mayoría de las enfermedades.²⁸

La persona que envejece debe enfrentar condiciones cambiantes, tanto de su propio organismo como del medio social en que vive. El envejecimiento genera problemas comunes y retos similares para todos los que envejecen. Anteriormente la sociedad veía al adulto mayor con respeto y veneración, lo premiaba nombrándolo gobernante, pontífice y consejero; hoy, con el surgimiento de la familia nuclear se crea una serie de mitos alrededor de la vejez que la asocian con enfermedad, inutilidad, impotencia sexual, aislamiento, pobreza, debilidad, depresión. Ese punto de vista moderno funciona como una profecía que se autopromueve; se considera al anciano de esta forma y ellos adoptan esa visión de sí mismos convirtiéndose en estereotipo legitimado por la sociedad.²⁹

En Colombia existe una población que sobrepasa los 42'000.000 de personas, de las cuales el 7% (alrededor de 3 millones) es mayor de 60 años. Si desde el 2000-2002, la cantidad de mayores de 60 años se incrementa anualmente en cerca de 80.000 personas, hacia el año 2030 el incremento anual de las mismas

será cuatro veces mayor; y en el 2050 los mayores de 60 habrán sobrepasado a los menores de 15 años en cerca de un millón de personas³⁰.

Para la ciudad de Medellín, en el estudio de Cardona³¹, se observó un aumento de la población adulta mayor (de 65 y más años), enmarcado en el hecho de que esta población en la ciudad en el año 1964 representaba el 3.4%, pasando a un 5.7% en el 2001 (incremento de 68%), así mismo en 1964 existían 8 adultos mayores por cada 100 menores de 15 años, pasando a 21 adultos mayores por cada 100 menores de 15 años en el 2001. Igualmente, el perfil epidemiológico hallado en la población adulta mayor en la ciudad indicó que las principales causas de mortalidad las constituyen las enfermedades crónicas (infarto agudo de miocardio, obstrucción crónica de las vías respiratorias, tumor maligno de los bronquios y los pulmones, diabetes mellitus y bronconeumonía). Otros aspectos que llaman la atención, son la pérdida de poder adquisitivo, de la autonomía, así como el aislamiento al que se expone esta población vulnerada. La vulnerabilidad puede ser comprendida según Wilches³² como las características propias del individuo o el colectivo de carácter político, educativo, social, cultural, ideológico, económico o institucional que los exponen en menor o mayor medida a cualquier factor de riesgo de tipo natural, antrópico o tecnológico

Con respecto a la depresión en adultos mayores, esta afecta en el Reino Unido entre el 10% y el 15% de las personas mayores de 65 años que viven en residencias. Es el más común y reversible problema de enfermedad mental en la vejez. Se encuentra asociada con enfermedades físicas, eventos vitales y acarrea un incremento de suicidios y mortalidad natural³³. En el estudio de salud mental en Colombia 2003, las personas de 60-65 años presentaron una prevalencia anual de depresión mayor del 7.1% frente a un 2.4% de todos los grupos poblacionales³⁴.

Con lo visualizado en los párrafos anteriores, es posible tener una apreciación de la situación desfavorable de los adultos mayores; además, estos soportan otras implicaciones psicosociales cuando son jubilados, las cuales se observarán en el siguiente apartado.

2.2. Jubilación: generalidades y significados socio-culturales

La jubilación que en su momento supuso una de las conquistas sociales más importantes, ha alcanzado en la actualidad un significado distinto, más heterogéneo e incluso muy posiblemente una función social que difiere bastante de su sentido original. Durante el siglo XIX y aún a principios del siglo XX, la jubilación era contemplada como un derecho al que muy pocos terminaban accediendo, habida cuenta que la esperanza de vida oscilaba en torno a 33 años para los hombres y 35 para las mujeres a principios del siglo pasado. Actualmente, con un envejecimiento poblacional progresivo en el que las

personas mayores de 65 años cada vez son más, la jubilación ha dejado de ser únicamente un derecho de protección social, para convertirse también en un descanso impuesto y en un mecanismo de regulación laboral con un etiquetado social, "jubilado"³⁵.

La jubilación, concebida como un medio para producir la renovación de la fuerza de trabajo, al tiempo que le permite a los trabajadores retirarse a partir de cierta de edad con la seguridad de una pensión, se convierte en un instrumento de gestión laboral. Deja de ser un rito de paso, previsto, ordenado dentro del ciclo vital, para convertirse en una amenaza para quienes alcanzan una cierta edad, que nunca es fija. En la sociedad postindustrial se desdibujan los límites que ordenaban el ciclo vital en las sociedades industriales, y resulta incluso más difícil definir qué es una persona anciana, o un trabajador mayor, aunque es visto cada vez más como alguien que no puede aspirar a tener un empleo³⁶.

La edad actual de jubilación en Colombia es de 60 años para los hombres y 55 para las mujeres, según el artículo 33 de la ley 100 de 1993³⁷; este artículo, en el párrafo 4, menciona que la edad de jubilación se modificará en 62 años para hombres y 57 para mujeres a partir de enero del 2014. La ley 797 de 2003³⁸ realiza modificaciones al régimen pensional, brindándole facultades al gobierno para ajustar el sistema pensional, es así que a través del acto legislativo 01 del 22 de julio del 2005³⁹, se dictamina que el aumento en las edades, será en el 2010 y no el 2014. A su vez, se eliminan algunos regímenes especiales como el de los docentes, cuya edad de jubilación era de 55 años para hombres y 50 para mujeres y que partir de este acto aumenta en dos años. Como se observa en lo anterior, la edad de jubilación no es algo que permanezca constante, está sujeta a modificaciones que dependen de la transición demográfica, el aumento de la esperanza de vida y otros indicadores socioeconómicos.

El trabajo para la gran mayoría de las personas ocupa un puesto central en su vida, aparte de ser el medio habitual para la supervivencia, cumple otros objetivos igualmente esenciales: auto expresión, relaciones sociales, oportunidades para aprender, servir a la sociedad y mejoramiento de la calidad de vida⁴⁰. Es así que en el momento de convertirse en jubilado y dejar atrás el mundo que lo rodeó durante un largo tiempo y que lo identificaba como persona productiva, se generan cambios con respecto a la perspectiva que se tiene frente a la vida.

Esta perspectiva frente a la vida está relacionada con la forma como la persona experimenta su jubilación. Una primera manera de vivirla es asumiéndola como una forma de descanso y alivio tras años de intenso trabajo. La segunda, consiste en contemplarla como un nuevo comienzo lleno de oportunidades y más libre. En tercer lugar, hay jubilados que viven esta transición como una pérdida de actividades y de roles muy valorados. Por último, estarían también aquellos que

viven la jubilación como un período de continuidad, sin atribuirle ningún valor especial, ni positivo ni negativo⁴¹.

Con relación a lo anterior, la jubilación va a significar una serie de pérdidas y ganancias, que de acuerdo con la forma como la persona retirada las asuma, dependerá un mejor ajuste a este período de la vida. Entre las ganancias se encuentra: la disponibilidad del tiempo para hacer lo que se desea hacer; fin de todo aquello que el empleo retribuido resultaba (incómodo o fastidioso) como fruto de su carácter impositivo; y el fortalecimiento de la convivencia de las relaciones personales, habida cuenta de las oportunidades de que se dispone para compartir los avatares de la vida cotidiana con la pareja, los familiares y los amigos. Frente a las pérdidas, se presenta: el abandono de las actividades que se hacían en el trabajo, con las que se estaba familiarizado y quizás también aun sin reconocerlo abiertamente, encariñado; pérdida de un rol funcional en la sociedad con todas sus consecuencias: prestigio, poder, influencia y autoestima; la aparición de un tiempo vacío que se debe querer, poder y saber como llenarlo; y limitación de las oportunidades de comunicación interpersonal, lo que puede derivar, a largo plazo, en aislamiento y soledad⁴².

La jubilación adquiere diferentes significados culturales algunas veces contradictorios, pero que marcan la manera como la persona retirada asume esta etapa de la vida. En entrevistas con preguntas abiertas realizadas a un conjunto de personas recién jubiladas, se recogieron las siguientes impresiones, que se presentan por orden decreciente de aparición habiéndose mantenido en lo posible las expresiones originales⁴³.

- Sentimiento de libertad de ser capaz de pasarlo bien.
- Disposición de tiempo para dedicarse a los entretenimientos preferidos.
- Idea de haberse hecho viejo.
- Tiempo de descansar, relajarse y tener una vida cómoda.
- El fin de la vida de trabajo.
- Mala salud.
- Tiempo para disfrutar de la vida.
- Algo que hay que aceptar, a lo que hay que adaptarse.
- Pérdida de poder adquisitivo
- No tener nada que hacer, disponer de un tiempo vacío.
- Aburrimiento, tedio.
- Algo desagradable, incluso aborrecible.
- Soledad.
- Necesidad de buscar otros medios para ganarse la vida.

De alguna manera los significados dados a la jubilación y que son definidos en cada contexto cultural, tienen impacto sobre la salud mental de esta población, convirtiéndose la depresión en una de sus principales consecuencias. Este

trastorno y la manera como se presenta en las personas retiradas, se conceptualizará en los siguientes apartados.

2.3. Depresión: Concepto y generalidades

El trastorno depresivo es una enfermedad que afecta el organismo, el ánimo, la manera de pensar, la forma en que una persona come y duerme, cómo se valora a sí mismo (autoestima) y la forma en que se piensa. Un trastorno depresivo no es lo mismo que un estado pasajero de tristeza, no indica debilidad personal, ni es una condición de la cual pueda liberarse a voluntad. Las personas que padecen de un trastorno depresivo no pueden decir simplemente "ya basta, me voy a poner bien". Sin tratamiento, los síntomas pueden durar semanas, meses e incluso años; sin embargo la mayoría de las personas que padecen de depresión pueden mejorar con un tratamiento adecuado⁴⁴.

Este término hace referencia a la sensación subjetiva de duración relativamente breve, que con frecuencia acompaña a las decepciones y al estrés vital; la depresión como síntoma constituye un conjunto de emociones disfóricas observadas designando tanto un tipo de humor, como una reacción, o un estado o síndrome⁴⁵. El término disfórico es de origen griego y significa malestar; hace referencia a un estado de ánimo displacentero en el que aparecen entremezclados síntomas de depresión, ansiedad e irritabilidad⁴⁶.

Hay una serie de acontecimientos vitales (jubilación, muerte del cónyuge, muerte de amigos...) que provocan ciertas reacciones disfóricas, es decir, manifestaciones de ansiedad, preocupación y tristeza. Si estas reacciones se intensifican, prolongan en el tiempo y son acompañadas de un mayor número de síntomas constantes en un período dado, la afección se denomina depresión: "Un estado de ánimo que se caracteriza por la profunda y desproporcionada tristeza que sufre el individuo sin que esta se encuentre justificada"⁴⁷.

Para esta investigación la depresión se comprenderá como la sensación de sentirse triste, decaído emocionalmente y con pérdida de interés en las cosas que antes se disfrutaban. Representada en una alteración del afecto y expresada a través del decremento en el rendimiento cognitivo, perceptivo y motor normal⁴⁸.

A su vez, cualquier sujeto deprimido probablemente presenta un conjunto de signos y síntomas, diferenciándose entre otros, los siguientes⁴⁹

- **Sintomatología del estado de ánimo:** El síntoma más característico es la tristeza, constituyendo la queja principal en la mayoría de los pacientes depresivos; pudiéndose presentar de otras formas como nerviosismo,

sensación de vacío, y a veces ira; todo ello acompañado de un componente fuerte de ansiedad, tensión, inquietud, que conllevan a una inhibición del entusiasmo y de la capacidad de afrontamiento.

- **Sintomatología motivacional y de la conducta:** Lo constituyen principalmente la inhibición, la apatía, la indiferencia y en definitiva la anhedonia, el principal síntoma del estado depresivo.
- **Sintomatología orgánica:** Se encuentran principalmente los trastornos del sueño, que afectan de un 70 a 80% de los sujetos deprimidos en edad avanzada. Otros síntomas son: fatiga, pérdida del apetito, pérdida del peso, disminución del deseo sexual, atonía, hastío, desesperanza, y en general fatiga crónica.

El Manual diagnóstico y Estadístico de Enfermedades Mentales de la Asociación Siquiátrica Americana en su cuarta edición (DSM-IV) utiliza unos criterios clínicos para detectar la depresión, clasificándose, además, en diferentes grupos de acuerdo al número de signos y síntomas y a su duración⁵⁰; obsérvese la siguiente tabla⁵¹:

Clasificación de la depresión (modificado del DSM-IV)

Depresión mayor: (Cinco o más de los siguientes signos o síntomas, incluyendo los dos primeros presentándose la mayoría del tiempo por más de dos semanas). Estos signos o síntomas no son dados por medicamentos o enfermedad y causan deterioro del funcionamiento habitual	
1	Animo depresivo
2	Disminución del interés en sus actividades
3	Aumento o disminución del peso o el apetito
4	Insomnio o hipersomnía*
5	Agitación o retardo psicomotor [†]
6	Fatiga o pérdida de energía
7	Sentimiento de inutilidad
8	Alteraciones en el pensamiento o la concentración
9	Persistente pensamiento de muerte o suicidio
Distimia (dos o más de los signos o síntomas anteriores, por más de dos años)	
Trastorno del afecto no específico (estados depresivos relevantes que no se pueden clasificar en los estadios anteriores)	

* **Insomnio o hipersomnía:** La primera consiste en quejas subjetivas de dificultad para conciliar el sueño o permanecer dormido. La segunda se refiere a una excesiva somnolencia manifestada por sueño nocturno prolongado, dificultad para mantener un estado de alerta durante el día o episodios diurnos de sueños no deseados.

† **Agitación o retardo psicomotor:** La primera se refiere a una excesiva actividad motora asociada a una sensación de tensión interna; habitualmente la actividad no es productiva, tiene carácter repetitivo y consta de comportamientos como

Frente al tratamiento de la depresión, este exige un abordaje desde tres perspectivas: biológica, psicológica y social.

a. Biológico

Se refiere al tratamiento farmacológico, en el cual se tiene que tener en cuenta inicialmente que el organismo de las personas mayores jubiladas se encuentra con sus funciones decrecidas. Esto es válido para el sistema digestivo donde el proceso de asimilación es, por regla general, más lento; la función hepática, donde el hepatocito y las isoenzimas en el sistema reticuloendotelial tardan un poco más de tiempo en degradar las sustancias, la excreción del fármaco demora en la eliminación y el sistema cardiocirculatorio, con disfunción en mayor o menor medida⁵²

Las recomendaciones a tener en cuenta en el tratamiento son⁵³:

- Vigilar las polimedificaciones
- Iniciar el tratamiento con dosis bajas, la mitad o la tercera parte
- Aumentar la dosis gradualmente
- Mantener el tiempo suficiente (6 a 8 semanas) en su inicio
- Fraccionamiento de las dosis en caso de efectos secundarios
- Vigilar la mala cumplimentación
- Mantener el tratamiento a dosis terapéuticas, una vez este resuelto el episodio

Psicofármacos:

Antidepresivos tricíclicos:

Son agentes muy eficaces y seguros para el tratamiento de la depresión. Su uso vendrá limitado por la aparición de efectos indeseables: alteraciones cardíacas (disminución de la conducción y taquicardia), sintomatología muscarínica (sequedad de la boca, estreñimiento, visión borrosa, agravamiento del glaucoma del ángulo estrecho, retención urinaria, hipotensión ortostática...), somnolencia, temblores o torpeza psicomotriz. Especial precaución por la posibilidad de producirse caídas y fracturas óseas.

Dentro de los antidepresivos tricíclicos las aminas secundarias (Nortriptilina y Desipramina) son mejor toleradas que las aminas terciarias (Imipramina, Doxepin y Amitriptilina).

caminar velozmente, moverse nerviosamente, retorcer las manos, manosear los vestidos e incapacidad para permanecer sentado. La segunda consiste en un enlentecimiento generalizado de los movimientos y del habla.

Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina:

Son tan eficaces como los tricíclicos con una mucha mejor tolerancia. Pueden presentar efectos secundarios serotoninérgicos: cefaleas, náuseas, diarrea, inquietud. Aunque todos son bien tolerados, en caso de aparecer un efecto adverso, el que más problemas plantea es la fluoxetina, por su larga vida media⁵⁴.

b. Psicológico

Una vez el tratamiento farmacológico ha ayudado a estabilizar el estado del paciente, un terapeuta puede proporcionar un entorno seguro donde aquel pueda verbalizar sus preocupaciones, hablar de sus decepciones y sus miedos, y aprender a resolver sus problemas. La psicoterapia promueve la toma de conciencia del pensamiento autodestructivo y enseña al paciente a reconocer signos de depresión recurrente. También puede enseñársele al paciente la forma de dirigir las emociones fuertes y a controlar el estrés⁵⁵.

c. Social

Las medidas sociales son de gran importancia y su descuido son una de las causas más frecuentes del fracaso antidepressivo. Se debe favorecer en la medida de lo posible, la integración del paciente en su medio social (familia, asociaciones de jubilados, asociaciones de barrio...), con ello se potencia el mantenimiento de una adecuada autonomía y de la autoestima⁵⁶.

2.4. Medición de la depresión

Existen pruebas de tamizaje que ayudan no solo al diagnóstico sino también al seguimiento de los pacientes deprimidos; estas no reemplazan la valoración clínica, pero sí ayudan a realizar un primer acercamiento del paciente deprimido dentro de la atención primaria. Uno de los instrumentos más conocidos es la escala de Hamilton, pero al tener un alto porcentaje de puntuación somática, se recomienda no usarlo en personas de edad avanzada; la escala de Zung para depresión puede ser adecuada, pero solo para tamizaje en la comunidad, pues fue diseñada para tal fin. La escala de depresión Geriátrica de Yesavage es la más sensible para este grupo poblacional⁵⁷.

Esta última escala mencionada será la que se utilizará en el diagnóstico de depresión en este estudio.

Descripción de la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage.

Generalidades

La Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage (o Geriatric Depression Scale, GDS) diseñada por Brink y Yesavage en 1982, fue especialmente concebida para evaluar el estado afectivo de los ancianos, ya que otras escalas tienden a sobrevalorar los síntomas somáticos o neurovegetativos, de menor valor en el paciente geriátrico.

La versión original, de 30 ítems, fue desarrollada a partir de una batería de 100 ítems, de la que se seleccionaron los que se correlacionaban más con la puntuación total y mostraban una validez test-retest mayor, eliminando los ítems de contenido somático. Los mismos autores desarrollaron en 1986 una versión más abreviada, de 15 ítems, que ha sido también muy difundida y utilizada.

Se trata de un cuestionario de respuestas dicotómicas si / no, diseñado en su versión original para ser autoadministrado, si bien se admite también su aplicación heteroadministrada, leyendo las preguntas al paciente y comentándole que la respuesta no debe ser muy meditada; en este caso el entrevistador no debería realizar interpretaciones sobre ninguno de los ítems, incluso si es preguntado respecto al significado de alguno de ellos. El sentido de las preguntas está invertido de forma aleatoria, con el fin de anular, en lo posible, tendencias a responder en un solo sentido; el marco temporal se debe referir al momento actual o durante la semana previa, con tendencia a utilizar más este último en la aplicación autoadministrada; su contenido se centra en aspectos cognitivo-conductuales relacionados con las características específicas de la depresión en el anciano⁵⁸.

Interpretación

Cada ítem se valora como 0/1, puntuando la coincidencia con el estado depresivo; es decir, las afirmativas para los síntomas indicativos de trastorno afectivo, y las negativas para los indicativos de normalidad. La puntuación total corresponde a la suma de los ítems.

Para la versión de 15 ítems se aceptan los siguientes puntos de corte:

Normal	0-5 puntos
Depresión Leve	6-9 puntos
Depresión establecida	10-15 puntos

Su simplicidad y economía de administración, el no requerir estandarización previa y sus buenos valores de sensibilidad y especificidad han hecho que esta escala sea ampliamente recomendada en el manejo general del paciente geriátrico y en el diagnóstico diferencial de la pseudodemencia por depresión⁵⁹.

Propiedades psicométricas

Para la versión de 30 ítems los índices psicométricos establecidos son buenos, con una elevada consistencia interna, elevados índices de correlación con otras escalas como las de Hamilton y Zung, y buena validez predictiva (sensibilidad 84 %, especificidad 95 %, para un punto de corte ≥ 15 ; y del 100 % y 80 %, respectivamente, para un punto de corte ≥ 11).

La versión de 15 ítems tiene un alto grado de correlación con la versión de 30 ítems y similar validez predictiva, con una sensibilidad entre el 80 y el 90 % y una especificidad algo menor, entre el 70 y el 80 %, para el punto de corte ≥ 6 ; puntos de corte más altos (≥ 10), mejoran la especificidad con una sensible reducción de la sensibilidad (92 % y 72 %, respectivamente).

En los estudios realizados en España, la versión de 15 ítems ha demostrado una fiabilidad inter e intraobservador muy alta, con una validez predictiva similar a la referida: sensibilidad del 80 % y especificidad del 75 % para el punto de corte ≥ 5 . El aumento del punto de corte produjo, en estos estudios, un pequeño aumento de la especificidad con una pérdida notoria de sensibilidad (por ej., para un punto corte ≥ 6 , la sensibilidad fue del 68 % y la especificidad del 83 %). En general, no está bien establecida su validez para evaluar ni la severidad de la depresión ni los cambios evolutivos o la respuesta al tratamiento⁶⁰.

Con relación a la aplicación de la escala en el contexto donde se llevó a cabo la investigación, el Grupo de Investigación de Neurociencias de la Universidad de Antioquia, recientemente realizó un estudio de validación de diferentes escalas y pruebas neuropsicológicas para enfermedades neurodegenerativas, donde se utilizó la Escala de Depresión Geriátrica en su versión de 15 ítems. Este estudio se realizó en el área metropolitana de Antioquia con 848 personas voluntarias mayores de 50 años. Los resultados están en proceso de publicación.⁶¹

2.5. Depresión en jubilados

Todas las personas experimentan en algún momento de la vida tensión y estrés, situación que provoca la disminución en el control de sentimientos, ideas y conductas. La jubilación como un evento brusco, abrupto que exige cambios

significativos en la rutina de la vida cotidiana puede ser una de las causas de esta tensión. El retiro se da en una parte de la vida que se caracteriza por el incremento de las pérdidas, como las de seres queridos, parientes cercanos o personas con las cuales se trabajó. Además, con la jubilación se pierde el estatus que se había alcanzado en la sociedad después de tantos años de trabajo, quedando un espacio difícil de llenar⁶².

Además, existen problemas de salud que se presentan en las personas jubiladas, algunos (principalmente los biológicos) son generados por el proceso de desgaste que el trabajador sufre después de 30 o 40 años de exposición a los agentes contaminantes en su puesto de trabajo; sin embargo, hay otros trastornos (aquí se destacan los psicológicos) que provienen de la condición misma de la jubilación. El hombre, por lo general, está educado para sentirse útil e importante a través del trabajo asalariado; no tenerlo conlleva una serie de conflictos internos y culturales relativos al status y la autoestima, que fácilmente pueden desencadenar en un cuadro depresivo⁶³.

De otra parte, al hacerse una aproximación a algunos indicios de depresión en jubilados, en la Unidad de Medicina Familiar N° 10 de Jalapa del Instituto Mexicano de Seguridad Social, en un período de treinta meses (1991-1993), con una muestra de 468 pacientes clasificados en dos grupos: 234 jubilados y 234 no jubilados, se observó una depresión del 36.1% para el grupo de jubilados y una de 20.5% para el segundo grupo, la depresión fue calculada con la Escala de Hamilton⁶⁴.

En otros dos estudios en México, uno de ellos realizado en la ciudad de Guadalajara en 1999, con una muestra de 246 sujetos jubilados mayores de 65 años se encontró una depresión del 20%⁶⁵. En el otro estudio realizado en las ciudades de Xalapa y Veracruz en el 2002, se encuestaron 90 jubilados y se determinó una frecuencia de depresión igual a la de la investigación anterior⁶⁶. En ambos estudios la depresión fue calculada con la EDG de Yesavage.

En España, en un estudio realizado en Vizcaya en el 2001 con 499 jubilados, de los cuales algunos vivían con sus familias y los otros en instituciones para ancianos, se encontró una elevada presencia de signos y síntomas depresivos en ambos colectivos; sin embargo en los ancianos institucionalizados se presentó mayor cantidad de sintomatología moderada-grave, un 37.3% en comparación con los domiciliados que fue del 15.2 %. La depresión fue evaluada a través del cuestionario de Beck⁶⁷.

Para Colombia, el Estudio de Salud Mental de 2003, que tomó 23 trastornos mentales contemplados en el DSM-IV en personas de 18 a 65 años, se encontró frente a la prevalencia de vida que el episodio depresivo mayor ocupaba el cuarto

lugar con un 5.3%. Para la población jubilada-pensionada, se halló una prevalencia para la vida de episodio depresivo mayor de 12.8% y para episodio depresivo menor de 3.4%; la prevalencia anual para el episodio depresivo mayor fue del 2 %. El instrumento utilizado fue el CIDI (Entrevista Diagnóstica Internacional compuesta) elaborado por la OMS⁶⁸.

Según los párrafos anteriores, la jubilación se presenta como un cambio brusco en la vida de las personas que trae repercusiones psicológicas, entre las cuales la depresión, según algunos estudios, presenta indicadores que la ubican como un problema de salud mental a considerar en los jubilados; a su vez las personas retiradas se convierten en adultos mayores soportando todas las características de vulnerabilidad de este grupo poblacional.

2.6. Aspectos relacionados con depresión en los jubilados

A continuación se realizará una revisión de diferentes aspectos que pueden estar relacionados con la presencia de depresión en los jubilados; estos se han categorizado en demográficos, económicos, funcionales, afectivo-familiares y de utilización del tiempo. Los hallazgos en algunos de los aspectos son amplios y diversos, mientras otros continúan siendo un interrogante muy poco estudiado, dentro de los diferentes trabajos académicos revisados.

2.6.1. Demográficos

Los aspectos demográficos relacionados con la presencia de depresión en personas jubiladas y que se analizaron en esta investigación fueron: sexo, edad, grado de escolaridad y tiempo de jubilación. Se seleccionaron por ser considerados en diferentes estudios, como un riesgo para la salud de los jubilados y por su relación con la presencia de depresión.

Frente al sexo, las mujeres están en desventaja en sus oportunidades para obtener una pensión, ya que ellas tienen más discontinuidad en sus trabajos como resultado de las responsabilidades en el hogar culturalmente asignadas. Además, la razón por la que las mujeres tienen dificultades en su ajuste a la jubilación, está en parte relacionada con los roles tradicionales de la mujer en la sociedad que enfatizan inferioridad, dependencia y pasividad⁶⁹.

Lo anterior, permite pensar el por qué la depresión en términos generales se ha presentado más en las mujeres que en los hombres, como lo demuestran los diferentes estudios de salud mental que se han desarrollado en Colombia. En el caso del último estudio realizado en el 2003⁷⁰, se encontró 2 mujeres por cada hombre que reportó haber padecido este trastorno. En población propiamente de

jubilados, en el estudio de Gonzalez⁷¹, que diferencio jubilados domiciliados e institucionalizados, se encontró que en los domiciliados el 3,9 % de los hombres sufría de depresión grave mientras las mujeres lo hacían en un 21,7 %. En cuanto a los jubilados institucionalizados los resultados fueron contrarios; estos revelaron que los hombres padecen más frecuentemente sintomatología depresiva moderada-grave que las mujeres (49,1 y 33,3 % respectivamente).

En el estudio de Hernández⁷² no se encontró relación significativa entre el sexo y la presencia de trastorno depresivo en las regiones de Xalapa y Veracruz en México. Este estudio concluyó que a pesar de la vulnerabilidad que posee la mujer frente al trastorno depresivo, en las personas retiradas existen otros aspectos que tienen más peso sobre la aparición de este trastorno, como la ocupación, tener felicidad y las relaciones familiares.

Con respecto a la edad, Martínez⁷³ en un estudio con personas prejubiladas y jubiladas con edades entre los 40 y los 64 años, hallaron una diferencia estadística significativa entre edad y depresión ($p= 0.03$), correspondiendo los valores más elevados al mayor grupo de edad y los más bajos al grupo de menor edad. Por el contrario, en el Estudio Nacional de Salud Mental de Australia de 1997⁷⁴, con respecto a la población retirada se encontró que la prevalencia de depresión disminuía con el aumento de la edad. Lo anterior se presentó en ambos sexos (Tabla 1). Para el estudio realizado por Hernández⁷⁵, la edad no se presentó asociada con la presencia de depresión en los jubilados.

Tabla1. Depresión en personas retiradas. Estudio Nacional de Salud Mental de Australia 1997.

Grupos de edad (años)	Hombres con depresión %	Mujeres con depresión %
45-49	4.8	9.7
50-54	6.4	9.5
55-59	3.9	8.9
60-64	3.8	7.3
65-69	2.0	4.8
70-74	1.2	4.8

Fuente: BUTTERWORTH, Peter et al. Retirement and mental health: Analysis of the Australian national survey of mental health and well-being. En: Social Science & Medicine.

Con relación al nivel educativo, se ha visto que este tiene un papel importante para lograr un mejor ajuste al período de la jubilación, quizás porque esto permite planificar de una mejor manera esta parte del ciclo vital⁷⁶. En el estudio de Leyva⁷⁷, de 169 jubilados con síndrome depresivo se observó: analfabetismo (26.62%), primaria incompleta (35.50%), secundaria (11.83%), preparatoria (8.87%) y profesional (17.15%).

En el estudio de Martínez⁷⁸, el nivel de escolarización reveló diferencias estadísticamente significativas en depresión, siendo los valores más altos para aquellos que no tienen estudios o son primarios y los bajos para aquellos que tienen estudios universitarios. Para Hernández⁷⁹ no se encontró relación significativa entre el grado de escolaridad y la presencia de trastorno depresivo.

Con respecto al tiempo de jubilación, la depresión puede hacerse más frecuente en los primeros años, mientras se logra una adaptación a este nuevo período. En el estudio de Galvanovskis⁸⁰, el cual dividió la población investigada en cuatro grupos de prejubilados y jubilados, se halló que los jubilados que llevaban más de cinco años de retirados presentaban un estado de cierta estabilidad y habían logrado adaptarse a las exigencias de su nueva posición social, mientras que los jubilados de un año manifestaron preocupación por la salud, intentos de regresar a las actividades anteriores o buscar nuevas y el mantenimiento de las relaciones sociales cercanas. Sin embargo, Martínez⁸¹ encontró que la depresión aumentaba con el paso del tiempo de jubilación, mientras que el estrés disminuía; es algo presumible, si se tiene en cuenta que la persona ya no se enfrenta a la carga laboral.

2.6.2. Económicos

Los aspectos económicos que se consideraron de mayor importancia con respecto a la vida del retirado y que se contemplaron para esta investigación fueron la actividad laboral y la percepción de la situación económica. Con respecto a estos se encontró lo siguiente:

En el estudio de Hernández⁸², se halló significativamente mayor frecuencia de depresión en los jubilados que no tenían ninguna actividad laboral (25.8%), mientras que las personas que se jubilaron, pero continuaron trabajando en otra actividad remunerada, solo presentaron depresión en un 7.4% ($F(3.86)=73.38$; $p < 0.001$). Igualmente en el estudio de Pando⁸³, se encontraron diferencias significativas donde la sintomatología de angustia y depresión era más frecuente entre los jubilados que ya no trabajaban.

De otra parte, el factor económico es un importante predictor de las actitudes hacia el retiro. Hombres y mujeres que tienen unos ingresos adecuados, buena salud, residen en un medio agradable y tienen acceso a un buen sistema de apoyo social son más propensos a estar satisfechos con la jubilación, que aquellos que no poseen los anteriores factores. La explicación es sencilla: un estilo de vida que es más seguro financieramente y más agradable es una vía de satisfacción obvia⁸⁴. Para Hernández⁸⁵ en su estudio de jubilación y depresión, a pesar de que las personas que tenían problemas con sus ingresos económicos presentaban una mayor prevalencia de depresión, esta relación no fue estadísticamente significativa.

2.6.3. Salud

Los aspectos de salud que se consideran asociados con la depresión en jubilados para efecto de esta investigación, fueron la enfermedad discapacitante y el consumo de medicamentos.

La presencia de algunas enfermedades y el consumo de ciertos medicamentos pueden propiciar la aparición de un cuadro depresivo. En esta etapa de la vida son muy comunes las enfermedades crónico degenerativas y un gran porcentaje de personas padecen varias enfermedades al tiempo. Muchas de estas producen dolor y se hace necesario que el sujeto esté polimedicado. En mayor o menor grado, suelen aparecer déficits sensoriales o motores que disminuyen la autonomía y la autoestima⁸⁶.

La discapacidad es entendida por la OMS como la restricción o ausencia (debida a una deficiencia) de la capacidad de realizar una actividad, en la forma o dentro del margen que se considera normal para cualquier ser humano. Se caracteriza por insuficiencias o excesos en el desempeño y comportamiento en una actividad rutinaria, que pueden ser temporales o permanentes, reversibles o irreversibles y progresivos o regresivos. Se clasifican en nueve grupos: de la conducta, de la comunicación, del cuidado personal, de la locomoción, de la disposición del cuerpo, de la destreza, de situación, de una determinada aptitud y otras restricciones de la actividad⁸⁷.

De acuerdo con lo anterior, para asuntos de esta investigación la enfermedad discapacitante se comprenderá como aquella que propicia una disminución en el desempeño diario, sin discriminar que tipo específico de enfermedad.

Con respecto a los medicamentos, muchas drogas de uso común como los hipotensores, analgésicos, antibióticos y otras, pueden ser la causa de una depresión. Se han descrito más de 200 drogas que pueden causar depresión, pero la mayoría de ellas la producen ocasionalmente⁸⁸. Para esta investigación se tendrá solo en cuenta si las personas consumen o no algún medicamento para el tratamiento de alguna enfermedad, sin discriminar el tipo de droga.

En las investigaciones de depresión en población jubilada, la presencia de enfermedad discapacitante y el consumo de medicamentos no han sido considerados como variables de estudio. Fueron incluidas en esta investigación por considerar que las personas retiradas presentan con frecuencia enfermedades y algunas de estas limitan su desempeño diario; a su vez, el consumo de medicamentos es bastante común; situación que puede conllevar a alterar el estado de ánimo.

2.6.4. Afectivo-familiares

Las características afectivo-familiares consideradas para esta investigación son: la estructura familiar, la aceptación familiar percibida por el jubilado y la muerte de familiares o amigos.

La familia se constituye en una de las fuentes principales para alcanzar un mejor ajuste a la jubilación, a su vez que al mantener una acertada dinámica familiar la aparición de sintomatología depresiva se verá disminuida. Sin embargo, las relaciones familiares tienden a transformarse en esta época de la vida, pues los jubilados van quedándose solos, ya sea por sufrir pérdidas de parientes y amistades o porque sus contactos personales tienden a disminuir en calidad por no entenderse en cuanto a creencias y opiniones con las generaciones más jóvenes, tal situación les afecta emocionalmente puesto que no logran ubicarse en un ambiente que les proporcione bienestar y/o felicidad, lo que hace que aumente de un modo significativo la presencia de trastornos depresivos y/o psiquiátricos entre los jubilados⁸⁹.

En el caso de la vida matrimonial, el estar casado es un apoyo suficientemente importante para conllevar mejor el tránsito a la jubilación y la jubilación misma. Las personas casadas (fundamentalmente hombres) suelen tener tras la jubilación, una mayor satisfacción moral y vital, mejor salud física y psicológica, y mayor apoyo social⁹⁰. Se observa como en el Estudio de Salud Mental en Colombia del 2003⁹¹, para la población en general, la depresión se presentó más en personas separadas y viudas que en las casadas.

Además de la vida de pareja en los jubilados, es de vital importancia una armonía en las relaciones familiares, que permita un nivel adecuado de aceptación del jubilado en su hogar y disminución de la presencia de trastornos depresivos.

En las investigaciones de depresión en población jubilada, la muerte de familiares o amigos no ha sido considerada como variable de estudio y no se hallaron registros teóricos sobre el tema. Sin embargo, se propone incluirla para efectos de esta investigación, por considerar que los duelos que no se han superado pueden desencadenar dificultades con el estado de ánimo y causar depresión.

2.6.5. Utilización del tiempo

Sin duda otro de los aspectos que más aqueja a las personas jubiladas es cómo utilizar su tiempo. El estar sumergido en el ámbito laboral permite mantener a las

personas ocupadas y les brinda la sensación de satisfacción de estar haciendo algo productivo. Con la mayoría del día sin tener ninguna ocupación, el tiempo libre se convierte en un espacio que es importante saber cómo llenarlo.

Pero, ¿cuales son las actividades mas adecuadas para los jubilados? Lawton⁹² propone una clasificación de tres grupos de actividades:

- Actividades experienciales, en las que la motivación se encuentra en la propia realización de la actividad, aportando disfrute a la persona sin buscar una recompensa extrínseca. En la mayoría de ocasiones son actividades que no implican un gran esfuerzo físico ni intelectual para llevarse a cabo. Ej. ver la televisión, escuchar la radio, pasear, ir de compras, viajar.
- Actividades sociales, llevadas a cabo por el valor que tienen para reforzar, establecer o mantener vínculos sociales y contactos positivos con terceras personas. Ej. Asistir a fiestas o bailes, ir de visita a casa de familiares o amigos, conversar.
- Actividades de desarrollo, en las que se intenta conseguir una meta extrínseca que es valorada por la persona y que en algún sentido permiten que este individuo llegue a ser diferente de lo que es o produzca un bien valorado. En general, implican esfuerzo o la movilización de conocimientos o habilidades de los que dispone la persona. Ej. Practicar deporte, trabajar, promover o dirigir asociaciones, participar en actividades de formación, asistir a actividades culturales, realizar manualidades o actividades creativas.

Para efecto de esta investigación se escogió la práctica del ejercicio físico y la participación en actividades recreativas, académicas, culturales u otras, que se consideran dentro de las actividades de desarrollo, para explorar su relación con la presencia de depresión en los jubilados, por considerar que estas permiten una mayor potenciación de las capacidades de las personas que se retiran del entorno laboral.

Con relación a la práctica del ejercicio físico, el Colegio Estadounidense de Medicina Deportiva, lo define como una serie de movimientos corporales planificados, estructurados y repetitivos, con el propósito de mejorar o mantener uno o más aspectos de la salud de las personas⁹³. En investigaciones realizadas con personas mayores no necesariamente jubiladas se han encontrado beneficios en la disminución de la sintomatología depresiva:

- Penninx et al⁹⁴, reportaron una reducción significativa de los síntomas depresivos entre 439 adultos mayores en un período de 18 meses en un

programa de caminantes, insinuando el posible efecto antidepresivo de la actividad física.

- Blumenthal et al⁹⁵, reclutaron 156 personas en edades de 50 a 77 años a quienes se les encontró criterios de diagnóstico de episodio depresivo mayor acorde con el DSM-IV. Los sujetos fueron aleatorizados con tratamiento con sertraline (50 a 200 mg), ejercicio y ambos. Los sujetos con ejercicio asistieron a tres sesiones supervisadas semanalmente de actividad física por un tiempo total de 16 semanas (trote y caminata); todas las tres formas de tratamiento fueron asociadas con una disminución significativa de los niveles de depresión y no hubo diferencias significativas en la respuesta al tratamiento entre los grupos.
- Lampinen et al⁹⁶ encontraron grandes diferencias del valor del ejercicio físico con relación a los síntomas depresivos sobre un período de ocho años en hombres y mujeres de 65 años y más. Quienes reportaron una reducción de su actividad física diaria presentaron más síntomas depresivos que quienes permanecieron activos o aumentaron la actividad física.

Con población de jubilados el estudio de Martínez⁹⁷, encontró diferencias estadísticamente significativas ($p= 0.01$) entre ejercicio físico y depresión, siendo los valores más altos de este trastorno para los retirados que nunca realizaban ejercicio.

2.7. Principios orientadores para un mejor ajuste a la jubilación

La depresión en la población jubilada es posible de prevenirse, pero tal situación está a sujeta al ajuste que la persona retirada logra hacer de su nueva condición de vida. Para que pueda producirse una buena adaptación que permita organizar la vida sacándole partido a los recursos de que aún se dispone y seguir así manteniendo proyectos, parece imprescindible dentro de unos límites flexibles relativos contar con⁹⁸:

- Un estado de salud de funcionamiento corporal aceptable
- Un mínimo de solvencia o disponibilidad económica
- Algún tipo de soporte afectivo vía integración social, vida familiar, cónyuge, amigos o confidentes.
- El grado de autonomía e independencia para desenvolverse física y mentalmente por sí mismo, no tener qué depender de otros en las decisiones que afectan a la organización de la propia vida, como por ejemplo la elección del lugar de residencia, tipo de vivienda o compañeros

con quienes compartirla y demás decisiones referentes a problemas de salud que constituyen otros aspectos importantes en esta edad.

Si alguna de estas condiciones falla estrepitosamente, la adaptación puede verse seriamente comprometida, excepto en casos muy excepcionales que hacen gala de mecanismos casi sobrehumanos de compensación y sublimación.

A partir de lo anterior, las acciones formativas que preparen a los trabajadores a continuar su proceso personal y, ¿por qué no? profesional, debe tener en cuenta las siguientes áreas⁹⁹:

- **La jubilación como tránsito continuo desde el trabajo habitual:**

- Planificación de las nuevas actividades: en el hogar, en otras actividades lúdicas, en acciones profesionales independientes, entre otras.
- Planificación de los objetivos vitales que se quieren conseguir en el tiempo que le quede por vivir, frente al pasar la vida "sin hacer nada".
- Planificación general conjunta con el resto de miembros con los que convive.

- **Desarrollo de habilidades personales:**

- De interacción personal: comunicación, empatía, estrategias de negociación, comprensión, etc.
- De prevención de problemática psicológica: ansiedad, distimia, inestabilidad psicológica, etc.
- De conceptualización de la nueva situación: asunción de los nuevos objetivos acordes a la realidad actual de tipo psicológico, familiar, social y psicológica.

- **Técnicas de desarrollo psicológico:**

- De autocontrol
- De relajación
- De planificación
- De habilidades sociales

- **Prevención de problemática general:**

- Asunción de la realidad física y mental actual

- Conocimiento y medidas de prevención de trastornos de tipo somático
- Conocimiento y medidas preventivas de problemas de tipo psicológico
- Nuevos objetivos

De otra parte Romero¹⁰⁰, hace una propuesta que denomina Proceso de Enriquecimiento Personal para Jubilados, que consiste en una sucesión de actividades que promueven un retiro activo y lleno de retos. Este se compone de cuatro fases: a) diagnóstico objetivo de capacidades reales; b) construcciones novedosas sobre sí mismo y su entorno que estimulen a retar las capacidades ya conocidas y cultivar nuevas capacidades; c) generar construcciones basadas en resultados que fortalezcan la autodeterminación, la independencia, eficacia y autoestima; d) le permitan, alcanzar y mantener altos niveles de bienestar físico y psicológico.

De alguna manera, cuando se trabaja en programas de prejubilados y jubilados, garantizando un abordaje de la salud desde lo biológico, mental y social, que posibilite un desarrollo personal, las dificultades para la adaptación a la jubilación y la aparición de diferentes psicopatológicas, como la depresión, se verán disminuidas.

3. Objetivos

3.1. Objetivo general

Determinar la frecuencia de depresión y la relación con algunos aspectos en un grupo de jubilados de la Universidad de Antioquia, Medellín 2005, para brindar información que apoye a las diferentes instancias universitarias, que desarrollan estrategias encaminadas hacia la promoción de un envejecimiento saludable.

3.2. Objetivos específicos

- Describir algunos aspectos demográficos, económicos, de salud, afectivo-familiares y de utilización del tiempo de un grupo de jubilados de la Universidad de Antioquia.
- Determinar los niveles de depresión en un grupo de jubilados de la Universidad de Antioquia.
- Explorar que aspectos demográficos, económicos, de salud, afectivo-familiares y de utilización del tiempo están relacionados con la presencia de depresión y con algunos de los ítems de la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage, en un grupo de jubilados de la universidad de Antioquia.

4. Metodología

4.1. Tipo de estudio

El tipo de estudio es descriptivo transversal, ya que se realizó una única medición en el tiempo, que determinó la frecuencia de depresión y la caracterización de algunos aspectos demográficos, económicos, funcionales, familiares, y del uso del tiempo en un grupo de jubilados de la Universidad de Antioquia¹⁰¹.

4.2. Población de referencia y grupo de estudio

La población de referencia son las personas jubiladas de la Universidad de Antioquia, la cual se estimó en 2038 sujetos para el año 2005, según el Departamento de Relaciones laborales; está conformada por docentes, no docentes y trabajadores oficiales.

El grupo de estudio lo componen aquellos jubilados, pertenecientes a diferentes agremiaciones, asociaciones o grupos de la Universidad de Antioquia, como: Servicio Para la Salud Psicofísica PROSA del Departamento de Promoción de la salud y Prevención de la Enfermedad de Bienestar Universitario, Programa Adulto Activo de la IPS Universitaria; asociaciones de jubilados: Apenjudea, Ajupe y Aprojudea.

4.3. Muestreo

El tipo de muestreo empleado fue por conveniencia¹⁰², mediante el cual se seleccionó a 100 jubilados durante su participación en diferentes actividades físicas, recreativas, laborales y culturales. La utilización de este de tipo de muestreo, obedeció principalmente a: 1) inconvenientes en la identificación de las personas retiradas de la universidad, puesto que no hacen parte de un programa único, sino que se agrupan según el interés individual; además se da el caso de que las personas pueden pertenecer a dos instituciones al mismo tiempo, siendo difícil identificar el total real de miembros de cada organización; 2) la información de los jubilados en algunos de los grupos no estuvo disponible por razones administrativas; 3) no es posible acceder a un número mayor de jubilados por razones presupuestales.

4.4. Criterios de inclusión y exclusión

Se incluyeron dentro del estudio las personas jubiladas de la Universidad de Antioquia, que en un momento de sus vidas desempeñaron cargos de docentes o no docentes y que ahora reciben una pensión.

No se incluyeron personas jubiladas de otras dependencias del sector oficial como el Seguro Social y el Magisterio, que hacen parte de organizaciones universitarias como Prosa y Adulto Activo, que también son recibidos en los programas de actividad física y salud. Tampoco se incluyeron las personas que reemplazan al cónyuge fallecido, y que participan de las diferentes agremiaciones de retirados de la universidad.

4.5. Fuente e instrumentos de recolección de información

La información se obtuvo directamente de los jubilados, a través de la aplicación de un instrumento tipo encuesta. Para llevar a cabo lo anterior, se diseñó un formulario con 28 preguntas cerradas de tipo dicotómico y politómico, de las cuales 13 indagaron por los diferentes aspectos demográficos, económicos, de salud, afectivo-familiares y de utilización del tiempo; el resto de las preguntas corresponden a la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage, por medio de la cual se identificaron los niveles de depresión. Anexo 1

4.6. Operacionalización de variables

Aspectos demográficos:

Variables	Descripción	Naturaleza-nivel de medición	Categorías
Sexo	Sexo al que pertenece el adulto mayor jubilado	Cualitativa-nominal	0. hombre 1. Mujer
Edad	Numero de años cumplidos	Cuantitativa-razón	50-n
Nivel de escolaridad	Nivel de escolaridad alcanzado en la vida.	Cualitativa-ordinal	1. Primaria 2. Secundaria 3. Tecnológicos 4. Universitarios
Tiempo de jubilación	Tiempo trascurrido en años desde el inicio de la jubilación	Cuantitativa-razón	0-n

Aspectos económicos:

Variables	Descripción	Naturaleza-nivel de medición	Categorías
Actividad laboral	Si en la actualidad se continúa desempeñando actividades laborales.	Cualitativa-nominal	0. No 1. Si
Percepción de la situación económica	Manera como la persona siente que está su situación económica actual.	Cualitativa-ordinal	1. Muy buena 2. Buena 3. Regular 4. Mala

Aspectos de salud:

Variables	Descripción	Naturaleza-nivel de medición	Categorías
Enfermedad y discapacidad	Presencia actual de alguna enfermedad que genere discapacidad.	Cualitativa-nominal	0. No 1. Si
Consumo de medicamentos	Consumo de medicamentos para tratamiento de alguna enfermedad.	Cualitativa-nominal	0. No 1. Si

Aspectos afectivos y familiares:

Variables	Descripción	Naturaleza-nivel de medición	Categorías
Muerte de familiares y amigos	Muerte de algún familiar o amigo en cualquier período de la vida que aún no se supera.	Cualitativa-nominal	0. No 1. Si
Estructura familiar	Personas con quien vive actualmente	Cualitativa-nominal	1. Cónyuge 2. Hijos 3. Cónyuge e hijos 4. Otras personas 5. Solo
Aceptación familiar	Sentirse aceptado por la familia	Cualitativa-nominal	0. No 1. Si

Utilización del tiempo:

Variables	Descripción	Naturaleza-nivel de medición	Categorías
Ejercicio físico	Práctica de ejercicio físico diagnosticado, planificado y controlado.	Cualitativa-nominal	0. No 1. Si
Actividades recreativas y de ocio	Participación en actividades recreativas, académicas, sociales y culturales.	Cualitativa-nominal	0. No 1. Si

Variables sobre depresión de acuerdo a la Escala de depresión Geriátrica de Yesavage (EDG)

Variables	Descripción ítems de la EDG	Naturaleza-nivel de medición	Categorías
Satisfacción con la vida	¿Está Ud básicamente satisfecho con su vida?	Cualitativa-nominal	1. SI 2. NO
Abandono de intereses o actividades previas	¿Ha disminuido o abandonado muchos de sus intereses o actividades previas?	Cualitativa-nominal	1. SI 2. NO
Sentimiento de vacío	¿Siente Ud que su vida está vacía?	Cualitativa-nominal	1. SI 2. NO
Frecuente sensación de aburrimiento	¿Se siente Ud aburrido frecuentemente?	Cualitativa-nominal	1. SI 2. NO
Buen ánimo la mayor parte del tiempo	¿La mayoría del tiempo está Ud de buen ánimo?	Cualitativa-nominal	1. SI 2. NO
Preocupación o temor frente a lo que pueda pasar	¿Está preocupado o teme que algo malo le pueda pasar?	Cualitativa-nominal	1. SI 2. NO
Sentimiento de felicidad la mayor del tiempo	¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?	Cualitativa-nominal	1. SI 2. NO
Sentimiento frecuente de desamparo	¿Se siente con frecuencia desamparado, que no vale nada o desvalido?	Cualitativa-nominal	1. SI 2. NO
Preferencia frente a quedarse en casa en vez de salir	¿Prefiere quedarse en casa en vez de salir y hacer cosas nuevas?	Cualitativa-nominal	1. SI 2. NO
Problemas memoria	¿Siente que tiene más problemas de memoria	Cualitativa-nominal	1. SI 2. NO

	que otras personas de su edad?		
Creencia frente a lo maravilloso de estar vivo	¿Cree Ud que es maravilloso estar vivo?	Cualitativa-nominal	1. SI 2. NO
Sentimiento en la actualidad de inutilidad o desprecio	¿Se siente inútil o despreciable como está Ud actualmente?	Cualitativa-nominal	1. SI 2. NO
Sentimiento de plenitud de energía	¿Se siente Ud lleno de energía?	Cualitativa-nominal	1. SI 2. NO
Sentimiento de desesperanza ante la condición actual	¿Se siente sin esperanza ante su condición actual?	Cualitativa-nominal	1. SI 2. NO
Creencia frente a que las demás personas están mejor	¿Cree Ud que las otras personas están, en general, mejor que Ud?	Cualitativa-nominal	1. SI 2. NO
Nivel de depresión	De acuerdo a la cantidad de puntuación obtenida en la escala de depresión geriátrica.	Cualitativa-ordinal	1. 0-5 Normal 2. 6-10 Depresión moderada 3. 11-15 Depresión severa
Presencia de Depresión	De acuerdo a la EDG se considera no depresivo el valor normal y depresivo los niveles moderado y severo	Cualitativa-nominal	0. No depresivo 1. Depresivo

4.7. Control de sesgos

Dentro de los sesgos de información que se consideraron en esta investigación, están los siguientes:

- **Del observado:**

Para garantizar la veracidad de los datos brindados por jubilados, se les informó previamente y en el momento de la aplicación del cuestionario los objetivos de la investigación; se les garantizó que la información obtenida era confidencial y personal, con fines académicos; en todo momento se solicitó la colaboración y se sensibilizó sobre la importancia del procesamiento de la encuesta. Finalmente se prosiguió con la lectura y firma del consentimiento informado. Anexo 2

- **De los observadores:**

Se desarrolló un protocolo para estandarizar a los encuestadores en la ejecución de los formularios, con el cual se explicó en detalle a las personas contratadas la forma de obtener los datos, en especial con la aplicación de la Escala de Depresión Geriátrica.

- **Del instrumento:**

Con el objeto de disminuir los errores en la información por inconsistencias en el instrumento, se procuró realizar preguntas claras que no llevaran a ambigüedades. Las preguntas fueron cerradas y en su mayoría con categorías mutuamente excluyentes. Además, se realizó una prueba piloto con 10 jubilados para probar el instrumento y estandarizar su aplicación; se observó que las preguntas estaban bien formuladas y que no se generó confusión durante el desarrollo del instrumento¹⁰³.

Frente a la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage, se le reconoce que es la más adecuada para estimar presencia de depresión en población adulta, se toman como referente los valores realizados en la validación en España y se tiene presente que su proceso de validación en este contexto ya se está llevando a cabo.

Con respecto al control de sesgos de selección, se puede mencionar lo siguiente:

- Se revisó cuidadosamente que las personas que participaron del estudio sí fueran jubilados de la universidad, ya que hay algunas organizaciones de jubilados que también reciben gente externa.
- Hay un sesgo de selección presente dado por el proceso de muestreo por conveniencia, y fue la toma únicamente de jubilados agremiados o que participan en grupos, los cuales pueden tener características diferentes a aquellas personas retiradas que no pertenecen a grupos o que generalmente solo permanecen en sus casas.

4.8. Análisis de la información

Se realizó un análisis descriptivo de los aspectos demográficos, económicos, de salud, afectivo-familiares y de utilización de tiempo, así como de los niveles de depresión, para lo cual se emplearon medidas estadísticas de frecuencias, porcentajes, media, mediana, moda y desviación estándar¹⁰⁴. Para establecer la relación entre variables, se utilizó la prueba de Chi Cuadrado de máxima verisimilitud Likelihood Ratio (LR) y la prueba exacta de Fisher (F), con una

significancia del 5%¹⁰⁵. En el análisis de la información se utilizó el programa estadístico SPSS-11.5.

4.9. Consideraciones éticas

Se consideraron los siguientes aspectos éticos dentro de la investigación:

- La participación en el estudio fue de carácter voluntario posterior a la información brindada sobre el proyecto a las personas a estudiar. Se garantizó la privacidad en la información personal obtenida en las encuestas. Se tuvo en cuenta las disposiciones de la resolución 08430 de 1993 sobre consentimiento informado e investigaciones con seres vivos.
- Posterior a la aprobación del informe de investigación se realizará una presentación de este a las diferentes organizaciones de jubilados de la Universidad de Antioquia que participaron del estudio y a través de las cuales se puedan desarrollar las futuras investigaciones e intervenciones a la población retirada del Alma Máter.
- Se menciona el nombre de la institución sin ninguna restricción, ya que la información hallada en este estudio no es de carácter confidencial; por el contrario, se espera sea utilizada por todas aquellas instancias que se preocupan por propiciar el bienestar de las personas jubiladas.

5. Resultados

5.1. Características del grupo estudiado

Tabla 2. Características de un grupo de jubilados de la Universidad de Antioquia. Medellín, 2005

Aspecto	Variable	N	%
Demográfico	Sexo		
	Masculino	50	50.0
	Femenino	50	50.0
	Edad (años)		
	50-60	26	26.0
	61-70	50	50.0
	71-80	22	22.0
	81 ó +	2	2.0
	Nivel de escolaridad		
	Ninguno	3	3.0
	Primaria	51	51.0
	Secundaria	15	15.0
	Técnico	8	8.0
	Tecnológico	3	3.0
Universitario	11	11.0	
Postgrado	9	9.0	
Tiempo de jubilación (años)			
Menor de 5	13	13.0	
6-10	36	36.0	
11-15	19	19.0	
16-20	24	24.0	
21-25	6	6.0	
Mayor 26	2	2.0	
Económicos	Actividad laboral		
	No	81	81.0
	Si	19	19.0
	Situación económica		
	Muy buena	3	3.0
Buena	56	56.0	
Regular	32	32.0	
Mala	9	9.0	
Salud	Enfermedad discapacitante		
	No	82	82.0
	Si	18	18.0
	Consumo de medicamentos		
	No	25	25.0
Si	75	75.0	

Afectivo-familiares	Estructura familiar		
	Cónyuge	16	16.0
	Hijos	15	15.0
	Ambos	31	31.0
	Otros familiares	24	24.0
	Otras personas	4	4.0
	Solo	10	10.0
Aceptación familiar			
No	8	8.0	
Si	92	92.0	
Muerte de familiares o amigos			
No	75	75.0	
Si	25	25.0	
Utilización del tiempo	Ejercicio físico planificado y controlado		
	No	50	50.0
	Si	50	50.0
	Participación en actividades recreativas, académicas, culturales, etc.		
	No	32	32.0
Si	68	68.0	

El grupo estudiado lo componen 50 hombres y 50 mujeres, con una edad entre los 52 y 83 años, de las cuales la más frecuente fue la de 64 años. Esta misma edad dividió al grupo en dos partes iguales, es decir, el 50% de las personas tiene una edad de 64 años o menos. El promedio de edad fue de 65.7 años, desviándose 7.2 años por encima y por debajo de esta edad; el 68% de las personas se ubico entre 58.5 y 72.9 años.

En una distribución de las personas por grupos de edad, se halló el 50% entre los 61-70 años, en contraste con los retirados de 81 años o más que solo representaron el 2% de los jubilados estudiados. (Tabla 2)

Con relación al nivel de escolaridad alcanzado, un 66% del grupo de estudio se ubicó entre primaria y secundaria, en comparación con los niveles técnico, tecnológico, universitario y postgrado que ocuparon el 31%. Llama la atención, que un 3% de la población no tiene ningún tipo de estudio, tal situación genera inquietud por considerarse que son personas jubiladas pertenecientes a una universidad (Tabla 2).

Con respecto al tiempo de jubilación, este se halló entre 0.3 y 30 años, de los cuales el más frecuente fue el de 10 años. El grupo estudiado se distribuyó equitativamente en el tiempo de 11 años de retiro, siendo el promedio de años un poco mayor 12.1 años. La desviación por arriba o debajo del promedio fue de 6.2 años, significando con esto que el 68% de los jubilados encuestados tiene un tiempo de jubilación entre 5.9 y 18.3 años.

De otro lado, se observó al categorizar el tiempo de jubilación por grupos de años, que la mayoría de los jubilados, un 36%, se ubicó entre los 6-10 años, seguido por un 24 % que tiene entre 16-20 años de retiro. Era de esperarse, encontrar solo un 2% de personas que superan los 26 años de jubilación. (Tabla 2)

Con respecto a la participación en actividades laborales se encontró que un 19% todavía las realiza, es decir, que uno de cada cinco de las personas estudiadas continua laborando durante su etapa de jubilación. Con relación a la percepción que se tiene frente a la situación económica actual, la mayoría de los jubilados, un 56%, manifestó que esta era buena. A su vez, los resultados muestran que entre regular y mala se suma un 41% de personas que atraviesan por situaciones económicas difíciles y que solo un 3% manifiesta que esta es muy buena. De otra parte, al relacionar el sexo con la actividad laboral se encontró que del total de los hombres un 24.0% continúan realizando actividades laborales, mientras las mujeres lo hacen en un 14.0%. (Tabla 2)

Con relación a la presencia de enfermedad discapacitante, la cual imposibilita un desempeño normal dentro de la vida diaria de las personas, un 18% de los jubilados manifestaron estar pasando por tal situación. Es decir, que uno de cada cinco de los jubilados estudiados presentó una enfermedad discapacitante; a su vez, tres de cada cuatro jubilados consumen medicamentos para el tratamiento de enfermedades de cualquier tipo. (Tabla 2)

Se observó al comparar el sexo con la enfermedad discapacitante, que en los hombres esta se manifestó en un 14.0%, mientras en las mujeres fue del 22.2%. De otro lado, se encontró entre quienes consumen medicamentos una presencia de enfermedad discapacitante del 21.3%, en cambio entre quienes no consumen la presencia de enfermedad fue del 8.0%.

Frente a la estructura familiar, la cual se refiere a las personas con quien vive actualmente el jubilado, se observó que la mayoría vive con sus cónyuges e hijos en un 31%. Llama la atención que uno de cada 10 de los jubilados que participaron en el estudio, viven solos. (Tabla 2)

Con relación a la aceptación familiar que las personas tienen dentro de sus familias, indiferente de que viva con todos sus miembros o inclusive solo, un 8% manifestó no sentirse aceptado, indicando por lo menos que uno de cada 10 jubilados del estudio percibe que no es aceptado dentro de su familia. (Tabla 2)

Un 25% de las personas encuestadas sufrieron la muerte de familiares o amigos en algún momento de sus vidas que aun no superan, esto indica, que uno de cada cuatro jubilados del grupo estudio pasa por una situación de duelo. (Tabla 2)

Se observó que un 50% de los jubilados estudiados practica alguna forma de ejercicio físico planificado y controlado, el cual consiste en cualquier forma de actividad física como caminar, nadar, bailar, montar bicicleta, etc., con una programación que incluye criterios de periodicidad, volumen, frecuencia e intensidad y que generalmente es dirigida por personas profesionales. (Tabla 2)

Comparando el sexo con la práctica de ejercicio físico, se encontró que en los hombres lo practican un 38.0%, en cambio entre las mujeres la practica es del 62.0%. Entre práctica de ejercicio y percepción económica, se encontró que un 68% de quienes lo practican manifestaron una percepción buena y un 4% dijo que mala; por el contrario entre quienes no practican ejercicio un 48.0% manifestaron una percepción económica buena y un 14.0% dijo que mala.

Entre práctica del ejercicio físico y enfermedad discapacitante, se observó que en las personas que no practican se halló una mayor proporción de enfermedad discapacitante que entre quienes si practican (24.0% y 12.0% respectivamente)

Otra forma de utilización del tiempo está relacionada con la participación periódica en actividades recreativas, académicas, culturales, etc. De los jubilados encuestados un 68% manifestó participar en tales actividades. Es decir que mientras dos jubilados participan en las actividades mencionadas, hay un jubilado que no lo hace. (Tabla 2)

5.2. Presencia de depresión

La Escala de depresión Geriátrica de Yesavage presentó un coeficiente de confiabilidad de 0.75, según el alfa de Cronbach, para cada ítem el alfa fue superior de 0.7, significando con esto que la escala brinda una confiabilidad del 75% al momento de calcular la depresión.

De los ítems de la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage, los cuatro más desfavorables fueron:

En primer lugar, el abandono de muchas de las actividades o intereses anteriores (51%). En el segundo se ubicaron los problemas de memoria, de los cuales un 37% de las personas manifestaron sentirlos. En el tercero la preferencia por quedarse en casa en vez de salir, síntoma manifestado en un 32% de los jubilados estudiados. En el cuarto se encontró la preocupación o temor por algo malo que pueda suceder, manifestado por un 22% de las personas del estudio. Tabla 3.

Entre los ítems con resultados favorables a la población de estudio, principalmente se encontraron: personas satisfechas con la vida (98%), jubilados

que creen que es maravilloso vivir (98%), retirados que se sintieron llenos de energía (96%) y jubilados que se consideraron estar felices la mayor parte del tiempo (94%).

Tabla 3. Valores porcentuales de los ítems de la Escala de depresión Geriátrica de Yesavage

	Ítem	RESPUESTA		Alfa de Cronbach
		SI %	NO %	
1	Satisfacción con la vida	98.0	2.0	0.7461
2	Abandono de intereses o actividades previas	51.0	49.0	0.7566
3	Sentimiento de una vida vacía	12.0	88.0	0.7313
4	Frecuente sensación de aburrimiento	12.0	88.0	0.7269
5	Buen ánimo la mayor parte del tiempo	93.0	7.0	0.7263
6	Preocupación o temor frente a lo que pueda pasar	22.0	78.0	0.7357
7	Sentimiento de felicidad la mayor del tiempo	94.0	6.0	0.7263
8	Sentimiento de frecuente desamparo	10.0	90.0	0.7289
9	Preferencia frente a quedarse en casa en vez de salir	32.0	68.0	0.7730
10	Problemas de memoria	37.0	63.0	0.7738
11	Creencia frente a lo maravilloso de estar vivo	98.0	2.0	0.7461
12	Sentimiento en la actualidad de inutilidad o desprecio	5.0	95.0	0.7277
13	Sentirse lleno de energía	96.0	4.0	0.7467
14	Sentimiento de desesperanza ante la condición actual	8.0	92.0	0.7154
15	Creencia frente a que las demás personas están mejor	13.0	87.0	0.7250

De acuerdo a la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage, se observó que la mayoría de los jubilados que fueron estudiados presentaron ausencia de depresión del 94% (94 personas), los niveles moderado y severo se presentaron en menor cantidad. Figura 2

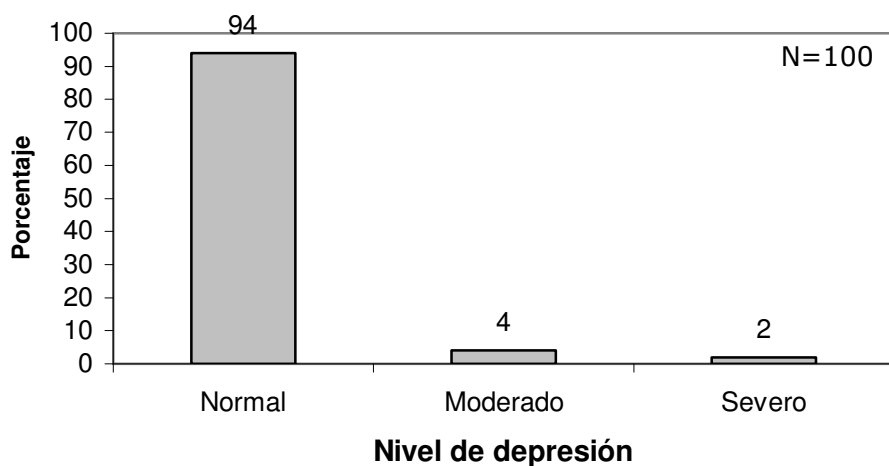


Figura 2. Niveles de depresión en un grupo de jubilados de la Universidad de Antioquia, según EDG de Yesavage. Medellín, 2005.

Agrupando los niveles de moderado y severo, se determinó un 6% de jubilados encuestados que presentaron depresión (6 personas), frente a un 94% de personas que no la manifestaron. Figura 3.

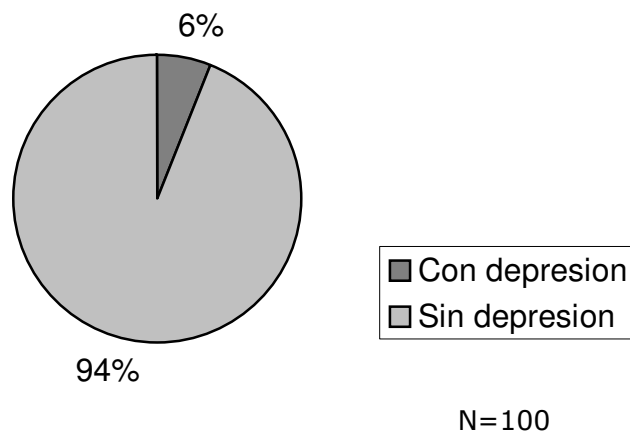


Figura 3. Depresión en un grupo de jubilados de la Universidad de Antioquia. Medellín, 2005.

5.3. Exploración de aspectos asociados con depresión:

En este apartado, se exploró la asociación entre los aspectos que caracterizaron el grupo de jubilados estudiados con la presencia de depresión y con algunos de los ítems de la Escala de Depresión Geriátrica.

Tabla 4. Depresión según aspectos demográficos, económicos, de salud, afectivo familiares y de utilización del tiempo en un grupo de jubilados de la Universidad de Antioquia. Medellín, 2005.

Aspectos	Variables	Estado %		Prueba	P < 0.05
		Depresivo	No depresivo		
Demográficos	Sexo				
	Hombre	2.0	98.0	F	0.102
	Mujer	10.0	90.0		
	Edad (años)				
	50-60	11.5	88.5	LR =	0.251
	61-70	6.0	94.0	4.100	
	71-80	0.0	100.0		
	81 ó +	0.0	100.0		
	Nivel de escolaridad				
	Ninguno	0.0	100.0	LR =	0.398
	Primaria	5.8	94.2	6.229	
	Secundaria	6.6	93.4		
	Técnico	12.5	87.5		
	Tecnológico	0.0	100.0		
	Universitario	0.0	100.0		
	Postgrado	0.0	100.0		
Tiempo de jubilación (años)					
0-5	15.3	84.7	LR =	0.551	
6-10	2.7	97.3	3.991		
11-15	10.5	89.5			
16-20	4.1	95.1			
21-25	0.0	100.0			
26-30	0.0	100.0			
Económicos	Actividad laboral				
	No	7.4	92.6	F	0.272
	Si	0.0	100.0		
	Situación económica				
	Muy buena	0.0	100.0	LR =	0.008*
Buena	0.0	100.0	11.746		
Regular	12.5	87.5			
Mala	22.2	77.8			
Salud	Enfermedad discapacitante				
	No	3.6	96.4	F	0.070
	Si	16.6	84.4		
	Consumo de medicamentos				
	No	13.6	86.4	F	0.163
Si	4.0	96.0			

Afectivo familiares	Estructura familiar				
	Cónyuge	0.0	100.0	LR =	0.108
	Hijos	13.3	86.7	9.027	
	Ambos	0.0	100.0		
	Otros familiares	12.5	87.5		
	Otras personas	0.0	100.0		
	Solo	10.0	90.0		
	Aceptación familiar				
	No	25.0	75.0	F	0.072
	Si	4.3	95.7		
	Muerte de familiares y amigos				
	No	4.0	96.0	F	0.163
	Si	12.0	88.0		
Utilización del tiempo	Ejercicio físico				
	No	8.0	92.0	F	0.339
	Si	4.0	96.0		
	Actividades recreativas, académicas, culturales, etc.				
	No	9.3	90.7	F	0.289
	Si	4.4	93.6		

N=100

F= Prueba exacta de Fisher

LR= Chi cuadrado de máxima verisimilitud

* Con significancia estadística

Con respecto a la tabla anterior puede apreciarse lo siguiente:

La depresión se ha caracterizado por manifestarse con mayor frecuencia en las mujeres que en los hombres; para este estudio tal situación se sigue presentando, con unos valores de 10% y 2% respectivamente, significando con esto que por cada cinco mujeres del grupo de jubilados estudiados existe un hombre que padece este trastorno.

Con respecto a la edad, los jubilados más jóvenes que se ubicaron en el grupo de edad de 50-60 años, presentaron una mayor presencia de depresión con un 11.5%, seguidamente se encuentran las personas entre los 61-70 años con un 6.0%.

Frente al nivel de escolaridad alcanzado por parte de los jubilados encuestados la depresión se manifestó principalmente en el nivel técnico con un 12.5%, seguido de secundaria un 6.6% y primaria un 5.8%. Llama la atención que en los niveles tecnológico, universitario y postgrado, considerados de nivel superior no se presentó depresión.

Con respecto al tiempo de jubilación, se encontró como interesante que las personas que están pasando por los primeros años de esta (0-5 años), presentaron una mayor presencia de depresión 15.3%, comparado con los demás jubilados que tienen mayor cantidad de tiempo de estar retirados.

A pesar de que los jubilados son personas que ya han culminado su vida laboral, hay quienes continúan empleándose. Para estas personas la depresión no se hizo presente, por lo contrario para quienes no se encuentran empleados esta se manifestó en un 7.4%.

Con relación a la percepción frente a la situación económica de los jubilados, la depresión se presentó principalmente en quienes manifestaron estar pasando por una situación económica mala, seguidos por los de percepción regular, en comparación con quienes dijeron estar pasando por una situación buena o muy buena, donde no se halló depresión. Se presentó asociación estadística significativa entre estas variables, observándose, que el pasar por situaciones económicas difíciles está relacionado con padecer un trastorno depresivo en el grupo de jubilados estudiados.

Se observó que un 16% de los jubilados que manifestaron tener una enfermedad discapacitante, sufrían de depresión; frente a un 3.6% de personas con depresión que presentaron dicho tipo de enfermedad. Con relación al consumo de medicamentos, aunque no se detalló cuales medicamentos eran consumidos, la presencia de depresión fue mayor en quienes no los ingerían (13.6%), en comparación con quienes lo hacían (4.0%).

Frente a la estructura familiar, que hace referencia a las personas con quien viven en la actualidad los jubilados, la depresión se centró en tres categorías: las personas que viven con sus hijos (13.3%), quienes viven con otros familiares (12.5%) y quienes lo hacen solos (10.0%). Se resalta como llamativo, que las personas que viven en compañía de sus cónyuges e hijos, dentro de un núcleo familiar, no presentaron depresión. Con relación a la aceptación familiar, llama la atención que en las personas que no mostraron aceptación, la depresión es más alta que en los que se sienten aceptados en sus grupos familiares.

Por otra parte, las personas que manifestaron haber padecido la muerte de algún familiar o amigo, que aun no se supera, presentaron una depresión del 12.0%, en comparación con quienes manifestaron no estar pasando por tal situación, los cuales indicaron una presencia de depresión del 4.0%.

Con relación al uso del tiempo, las personas que realizan ejercicio físico de forma periódica y controlada presentaron una depresión del 4.0%, siendo menor que quienes no lo hacen, con un valor del 8.0 %. Situación similar se observa con la participación periódica en actividades recreativas, académicas, culturales, etc., donde las personas jubiladas que lo hacen manifiestan una presencia del 4.4%, en contraste con quienes no participan que fue del 9.3%. Por lo anterior, se observa que en la medida que los jubilados invierten su tiempo en actividades de

sano esparcimiento, la posibilidad de aparición de depresión es menor, que quienes no lo hacen.

Al relacionar algunos aspectos con determinados ítems de la Escala depresión Geriátrica, se encontraron varias asociaciones que llamaron la atención, entre las cuales están las siguientes:

El ítem de depresión "sentimiento de inutilidad o desprecio en la actualidad" comparado con el tiempo de jubilación, indicó que este sentimiento se presentó en un 15% en los primeros 5 años de jubilación, no se manifestó entre los 6 y 15 años, pero luego se presentó a partir de los 16 años de estar jubilados, siendo cada vez más alto con el aumento de los años de retiro. Esta asociación se muestra como estadísticamente significativa (LR = 12.047; p= 0.034). Figura 4

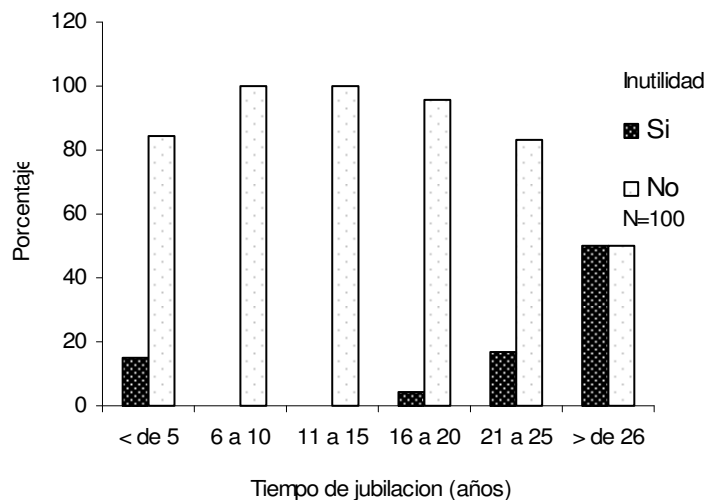


Figura 4. Tiempo de jubilación según sentimiento de inutilidad o desprecio en grupo de jubilados de la Universidad de Antioquia. Medellín, 2005.

De otra parte al relacionar la actividad laboral con los problemas de memoria, se observó que un 43.2% de las personas que no se están desempeñando laboralmente los presentan, comparado con un 10.5% de jubilados que manifestaron tener dificultades con su memoria y que continúan empleándose. Esta relación es estadísticamente significativa (Prueba exacta de Fischer; p=0.008). Grafico 6

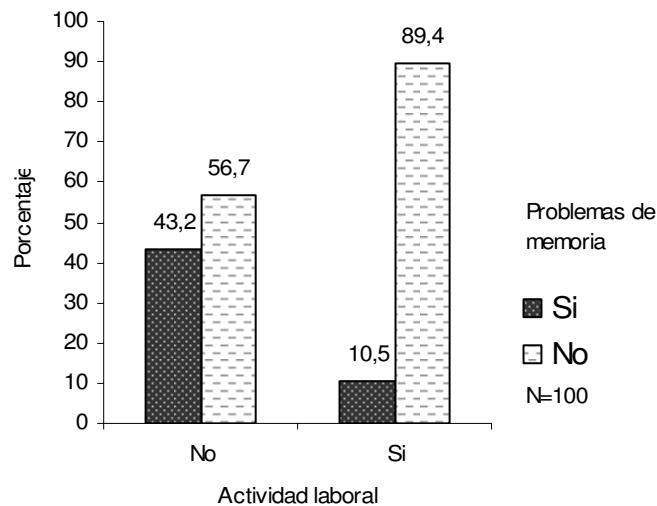


Figura 5. Problemas de memoria según actividad laboral en un grupo de jubilados de la Universidad de Antioquia. Medellín, 2005

De otro lado, se observó que un 22.2% de los jubilados estudiados que manifestaron pasar una situación económica mala, se sienten insatisfechos con la vida, en comparación con los otros niveles de percepción económica donde la satisfacción fue total. Se encontró asociación estadística significativa entre estas características (Chi cuadrado de máxima verisimilitud= 10.073; $p= 0.018$) Tabla 5

Tabla 5. Satisfacción con la vida según percepción de la situación económica en un grupo de jubilados de la Universidad de Antioquia. Medellín, 2005.

Variable	Satisfacción con la vida	
	Satisfecho %	Insatisfecho %
Percepción de la situación económica		
Muy buena	100.0	0.0
Buena	100.0	0.0
Regular	100.0	0.0
Mala	77.8	22.2

N=100

El abandono o disminución de las actividades previas anteriores que los jubilados realizaban, igualmente presentó una asociación con la percepción situación económica (Chi cuadrado de máxima verisimilitud= 11.056; $p = 0.007$). Se observó que por cada 3 jubilados con situación económica muy buena que abandonan sus actividades o interés previos hay 4 jubilados con situación económica mala que lo hacen. Figura 6

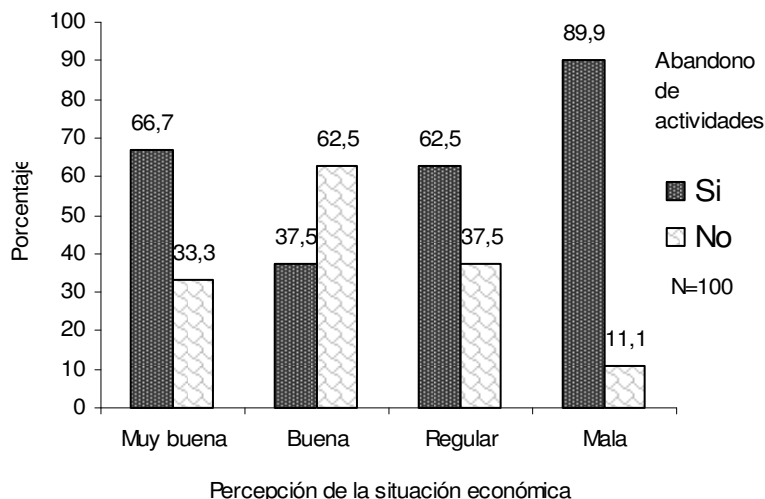


Figura 6. Abandono de intereses o actividades previas según percepción de la situación económica en un grupo de jubilados de la Universidad de Antioquia. Medellín, 2005.

Frente al sentimiento de felicidad, un 33.3% de las personas que están pasando por una situación económica mala no se sienten felices la mayor parte del tiempo, comparado con los de situación muy buena, donde la infelicidad no se hizo presente (Chi cuadrado de máxima verisimilitud= 8.941; $p = 0.030$). Tabla 6.

Tabla 6. Sentimiento de felicidad la mayor del tiempo según percepción de la situación económica en un grupo de jubilados de la Universidad de Antioquia. Medellín, 2005.

Variable	Sentimiento de felicidad	
	SI %	NO %
Percepción de la situación económica		
Muy buena	100.0	0.0
Buena	98.2	1.8
Regular	93.8	6.3
Mala	66.7	33.3

N=100

Con respecto a la percepción de la situación económica y la creencia de los maravilloso de estar vivo, se observó que de las diferentes categorías que conforman la situación económica, la mala es la única que presentó personas que manifestaron que no es maravilloso vivir. (Chi cuadrado de máxima verisimilitud= 10.073; $p = 0.018$) (Tabla 7).

Tabla 7. Percepción de la situación económica según creencia frente a lo maravilloso de estar vivo en un grupo población de jubilados de la Universidad de Antioquia. Medellín, 2005.

Variable	Es maravilloso estar vivo	
	SI %	NO %
Percepción de la situación económica		
Muy buena	100.0	0.0
Buena	100.0	0.0
Regular	100.0	0.0
Mala	77.8	22.2

N=100

De otra parte, un 22% de las personas que presentaron una situación económica mala manifestaron un sentimiento de desesperanza ante la condición actual, le siguieron las personas con percepción regular. Por el contrario entre quienes presentaron una percepción económica muy buena o buena no se presentó este sentimiento. (Chi cuadrado de máxima verisimilitud= 15.334; p = 0.002) (Tabla 8)

Tabla 8. Percepción de la situación económica según sentimiento de desesperanza ante la condición actual en un grupo de jubilados de la Universidad de Antioquia. Medellín, 2005.

Variable	Sentimiento de desesperanza	
	SI %	NO %
Percepción de la situación económica		
Muy buena	0.0	100.0
Buena	0.0	100.0
Regular	18.8	81.3
Mala	22.2	77.8

N=100

Con respecto a la creencia que las demás personas están mejor, esta también se encontró o asociada con la percepción económica (Chi cuadrado de máxima verisimilitud= 11.124; p = 0.011). Llama la atención que tanto para las personas que percibieron una situación económica muy buena y mala, el creer o no que las demás personas estar mejor que ellos se presentó en igual proporción. Figura 7

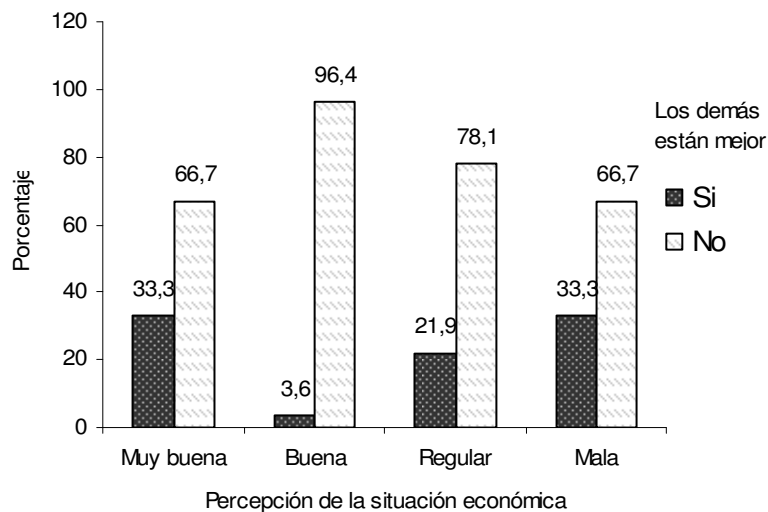


Figura 7. Percepción de la situación según creencia frente a que las demás personas están mejor en un grupo de jubilados de la Universidad de Antioquia. Medellín, 2005.

Finalmente, con respecto a los ítems de la EDG y su relación con algunos aspectos, se encontró que un 17% de los jubilados que presentaron enfermedad discapacitante manifestaron sentirse sin energía. Por el contrario solo 1.2% de quienes no manifestaron tal enfermedad se sintieron sin energía. Se encontró asociación estadística significativa entre estos elementos (Prueba exacta de Fischer, $p = 0.018$) Figura 8.

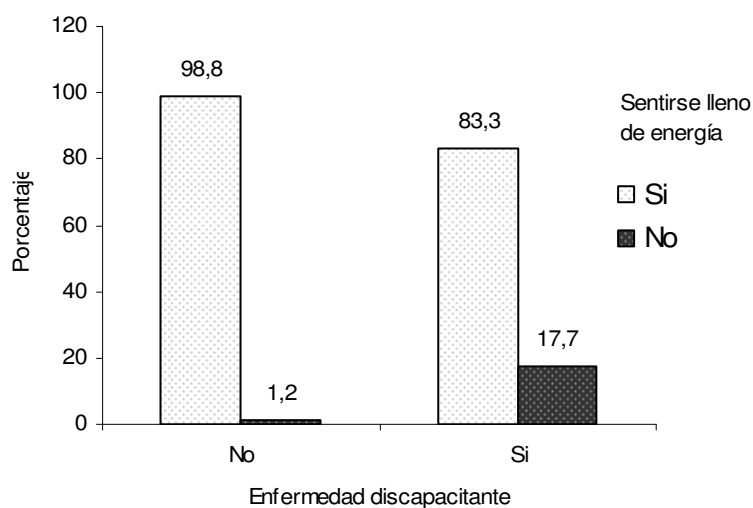


Figura 8. Sentirse lleno de energía según enfermedad discapacitante en un grupo de jubilados de la Universidad de Antioquia. Medellín, 2005.

6. Discusión

Antes de iniciar la discusión es propicio considerar las principales dificultades y limitaciones del estudio, entre las cuales están: 1) La utilización de una escala de medición de depresión, que aunque se le reconoce sus bondades para el evaluar el tipo de población estudiada y es ampliamente utilizada en el Grupo de Neurociencias de la Universidad de Antioquia, no se tiene unos resultados de validación en este contexto; 2) la selección única de jubilados agremiados o pertenecientes a grupo, cuyas características puede ser diferentes a personas retiradas que no pertenecen a grupos o que permanecen en sus casas; 3) la no realización de un muestreo probabilístico y representativo de la población de jubilados de la Universidad de Antioquia, que permita realizar inferencias de resultados a toda la población de retirados; 4) la depresión ha sido poco estudiada en personas retiradas, los estudios se focalizan principalmente en los adultos mayores; y 5) dificultad para ubicar la población, por encontrarse distribuida en diferentes organizaciones universitarias y por limitaciones administrativas.

La depresión que presentó el grupo de jubilados estudiados (6%) es considerablemente menor a la hallada en otros estudios con este mismo tipo de población; es el caso del estudio de Hernández¹⁰⁶ y el de Pando¹⁰⁷, ambos realizados en México donde la depresión fue del 20% para los dos estudios. Algo positivo y que permite la comparación, es que estas investigaciones calcularon la depresión con el mismo instrumento (Escala de depresión Geriátrica de Yesavage). Debe tenerse en cuenta que la EDG, no es suficiente para hacer un diagnóstico de depresión, y que ésta no reemplaza la valoración clínica, pero que por sus características internas y propiedades psicométricas, responde a una valoración inicial de este trastorno. Algo más que debe considerarse, es la poca información sobre depresión y jubilación en este contexto, por lo cual es necesario incentivar la investigación en el tema a nivel local y nacional.

Aunque para los estudios que utilizaron la Escala Geriátrica de Yesavage no se notificó el comportamiento de los ítems, para esta investigación los que principalmente se encontraron como negativos fueron: el abandono de muchas de las actividades o intereses anteriores, los problemas de memoria, la preferencia por quedarse en casa en vez de salir y la preocupación o temer por algo malo que pueda suceder. Los que se manifestaron principalmente de forma positiva fueron: satisfacción con la vida, es maravilloso vivir, sentirse lleno de energía y el sentimiento de felicidad la mayor parte del tiempo. Estos aspectos adquieren importancia, en la medida que no se utilicen únicamente para determinar un nivel de depresión, sino que todos los síntomas brindan una percepción particular de la condición actual del jubilado que son susceptibles de intervenir.

Las diferencias de depresión con respecto al sexo en esta investigación indicaron una mayor presencia de depresión en las mujeres jubiladas que en los hombres; situación que está de acuerdo con los diferentes resultados de estudios de salud mental realizados en Colombia considerando la población general. En investigaciones que hayan tratado con personas propiamente jubiladas, el estudio de Nacional de Salud Mental de Australia de 1997¹⁰⁸, indicó frecuencias más altas de depresión en las mujeres que en los hombres. Sin embargo, para el estudio de Hernández¹⁰⁹ el sexo no pareció asociado con la depresión, ella concluye que con población jubilada, existen otras variables que son más explicativas de la presencia de depresión como la ocupación, tener felicidad y las relaciones familiares.

Con respecto a la edad, la literatura generalmente apoya la tesis que a medida que esta aumenta, la posibilidad de padecer un trastorno depresivo es mayor; un ejemplo es el Estudio Nacional de Salud Mental de 2003 en Colombia¹¹⁰, donde tomando población en general, la más alta presencia de depresión se encontró en las personas de 60-65. Pero específicamente con población retirada laboralmente las investigaciones encontradas son contradictorias, hay quienes encontraron un aumento de la depresión con la edad y otros una disminución.

En esta investigación donde las personas deprimidas se hallaron entre los 50-70 años, sería posible apoyar a los autores que hablan de una disminución de la depresión con el aumento de la edad; sin embargo debe considerarse lo siguiente: en este rango de edad la población estudiada correspondió a un 76%, encontrar personas con edades superiores a este rango fue difícil, ya que la manera como se realizó la recolección de información, tomó principalmente a los jubilados que asisten a los grupos de asociaciones y de actividad física. Es posible suponer que jubilados con edades superiores posean dificultades que la misma edad puede traer (enfermedades, incapacidades, etc.), obligándoles a permanecer con mayor frecuencia dentro de sus casas y a su vez tengan una mayor vulnerabilidad frente al trastorno depresivo. De otra parte, al igual que en el estudio de Hernández¹¹¹, esta investigación no presentó relación significativa entre la depresión y la edad.

De otra parte, la depresión con relación al nivel educativo, indicó que la mayoría de las personas que manifestaron depresión tienen un nivel de escolaridad entre primaria y técnico. Hallazgos similares se encontraron en los estudios de Leyva¹¹² y Martínez¹¹³. Al parecer el tener un nivel educativo mediano-bajo hace más propensas a las personas a padecer un cuadro depresivo, esto obedece principalmente a que esa menor formación académica dificulta una mejor preparación del período de la jubilación, como también una mejor predisposición para afrontar los problemas de la vida cotidiana, que se convierten en factores de riesgo para depresión. Sin embargo, al igual que pasó con la edad, en este

estudio y en el de Hernández¹¹⁴ la depresión no se presentó asociada de manera significativa con el nivel educativo.

Con respecto al tiempo de jubilación, la depresión en esta investigación se centró principalmente entre los 0-5 años, resultado que concuerda con el estudio de Leyva¹¹⁵, el cual explica esta situación como algo que pudiera denominarse un período de desadaptación transicional. Similares resultados se encontraron en el estudio de Galvanovskis¹¹⁶, este encontró que en el primer año las personas estaban más preocupadas y con intentos de regresar a las actividades anteriores. Por el contrario en la investigación de Martínez¹¹⁷, se encontró que la depresión aumentaba en los jubilados con el paso del tiempo.

De otro lado, se observó en los resultados que el sentimiento de inutilidad se asoció con el tiempo de jubilación; lo que llama la atención frente a este sentimiento es que se presentó de una forma considerable entre los 0-5 años de jubilación, no se manifestó entre los 6-15 años de retiro y luego se presentó de forma creciente a partir de los 16 años de jubilación. Es posible pensar que la persona recientemente retirada, sienta que su vida es inútil después de abandonar el trabajo que ocupaba gran parte del tiempo, pero que posterior a la adaptación y al encuentro de alternativas de ocupación esta sensación disminuya; es posible que este sentimiento se presente de nuevo con el paso del tiempo y el aumento de la edad, por razones más propias de la condición de ser adulto mayor. Aunque no se encontraron estudios que abordaran propiamente la inutilidad en la población jubilada, este conocimiento es importante al momento de formular los programas de prejubilación y jubilación, estos deben propiciar que el retirado adopte una posición positiva frente a la jubilación y a su vez posibilitarle el descubrimiento de las actividades que puede realizar, que sean potenciadoras de su desarrollo y bienestar.

Otro asunto que llama la atención con respecto a la depresión en los jubilados estudiados, es la participación en actividades laborales. Para esta investigación se resalta que el total de las personas deprimidas no se encontraron desempeñando en la actualidad ningún tipo de acción laboral. Similar situación ocurrió en los estudios de Hernández¹¹⁸ y Pando¹¹⁹ donde se halló significativamente mayor presencia de depresión en quienes no continuaron laborando después iniciar la etapa del retiro.

Otro aspecto relacionado con la actividad laboral fueron los problemas de memoria, para el grupo de jubilados estudiados se observó que quienes no trabajan presentaban más de estos problemas que aquellos que continuaron laborando. Al parecer la función cognitiva permanece estimulada y con menos posibilidad de deterioro.

De alguna manera, si se reconoce la importancia que tiene para el jubilado el trabajo, sería adecuado realizar una disminución gradual del mismo, pasando de 8 a 4 horas diarias o asistiendo menos días. Otra opción, es propiciar la búsqueda de alternativas de trabajo diferentes o iguales a las antes realizadas. Lo anterior permitirá al jubilado sentirse útil a él mismo y a la sociedad, como a su vez mejorar y mantener su situación económica, que como se observará a continuación está bastante relacionada con la depresión hallada en el grupo de jubilados estudiados.

Frente a la percepción económica de los jubilados, llamó la atención que una alta proporción de ellos percibieron que su situación estaba entre las categorías de regular y mala, a pesar de que son personas que reciben una pensión, a diferencia de muchas otras que llegan a esta etapa del ciclo vital sin tener ningún sustento financiero. En relación con lo anterior, se encontró que las personas que manifestaron depresión percibieron su situación económica dentro de las mismas categorías. Similar situación, se halló con algunos de los ítems de la EDG, estos se presentaron asociados con la percepción económica, indicando resultados desfavorables para las personas que manifestaron su situación económica entre regular y mala: satisfacción con la vida, abandono de actividades, sentimiento de felicidad, creencia de lo maravilloso de la vida, pérdida de la esperanza y creencia frente a que las demás personas están mejor.

Como resultados contrarios a esta investigación frente a lo económico, se halló el estudio de Hernández¹²⁰, que no presentó asociación significativa entre depresión e ingresos económicos, a pesar de que la depresión se presentó más en quienes tuvieron menores ingresos. Sin embargo para los jubilados estudiados, finalmente la situación económica difícil se convierte en una problemática que los programas de prejubilación y jubilación de la Universidad de Antioquia deben intervenir, identificando inicialmente las causas que lo ocasionan y que esta investigación no alcanzó a visualizar, como el número de miembros de la familia que trabajan y los ingresos.

De otra parte la enfermedad discapacitante y el consumo de medicamentos, que fueron dos variables estudiadas como aspectos funcionales, no tuvieron resultados significativos relacionados con depresión en los jubilados estudiados. Son variables que en ninguno de los estudios relacionados con jubilación y trastorno depresivo han sido tomadas en cuenta. Una dificultad que surge con el análisis de estos aspectos, es que a pesar de que la literatura menciona que hay ciertas enfermedades y medicamentos que están asociados con la enfermedad depresiva, en esta investigación no se hizo una discriminación de los mismos. Se sugiere que para próximas investigaciones sean abordados en mayor profundidad.

De los aspectos afectivo familiares, el que más llamo la atención fue la aceptación familiar. Dentro del análisis se encontró que las personas que no se sintieron aceptadas dentro de sus familias presentaron mayor prevalencia de depresión que quienes se sintieron aceptadas por sus seres queridos. Para el estudio de Hernández¹²¹ los resultados se presentaron de forma similar, la depresión en las personas que sostenían buenas relaciones con sus familias era mucho menor que en quienes no. Sin embargo, comparado con el estudio de Leyva¹²² se presentó una situación contraria, donde una gran proporción de jubilados con depresión fueron tratados con actitudes de aceptación en sus familias. Este último autor explica que esta situación puede darse porque es posible que las personas con depresión son las que más apoyo familiar reciben.

De otro lado, en esta investigación se encontró que en las personas que no practican ejercicio la presencia de depresión fue mayor que en quienes practican. Aunque no se presentó asociación significativa, sí es posible mencionar que el resultado está muy de acuerdo con diferentes estudios que han abordado estos dos componentes. En población propiamente de jubilados, Martínez¹²³ en su estudio encontró valores más altos de depresión para los retirados que nunca realizaban ejercicio. Por lo anterior, es recomendable esta práctica como mecanismo para mejorar la salud al hacer una adecuada utilización del tiempo y que se siga promoviendo en la población jubilada.

Dentro del análisis exploratorio de variables relacionadas con depresión, se observó que variables como el sexo (ser mujer), la percepción de la situación económica (regular o mala), presencia de enfermedad discapacitante y la no aceptación familiar, pueden comportarse como posibles factores de riesgo para sufrir depresión en la población estudiada. Si se comparan estas variables con los requisitos básicos para lograr un adecuado ajuste a la jubilación propuestos por Forteza¹²⁴ (salud corporal aceptable, solvencia económica adecuada, buena dinámica familiar y buen nivel de independencia y autonomía) se observa como estos aparecen afectados en esta investigación. Sin embargo considerando la baja presencia de depresión encontrada en este estudio comparada con otras investigaciones, es posible que otras variables se hayan comportado como factores protectores: la práctica de ejercicio, la participación en actividades y la actividad laboral. Además, hay otro elemento que probablemente se comporta como un factor protector y que esta investigación no tomó en cuenta, el cual se mencionó dentro de las limitaciones del estudio, y es el hecho de que los jubilados estudiados están de alguna manera agremiados o pertenecen a grupos que les permiten mantenerse activos. Se hace necesario para posteriores investigaciones, considerar un muestreo probabilístico que permita hacer inferencia a toda la población jubilada de la universidad y que a su vez, permita acercarse a los jubilados que no pertenecen a ningún tipo de asociación o que su actividad sea menor.

Por último, debe tenerse en cuenta que una condición misma de ser jubilado, es la de ser o estar próximo a convertirse en adulto mayor, asumiendo así todas las implicaciones de tipo biosicosocial que acompañan a este grupo poblacional (incremento de enfermedades crónicas, pérdida de autonomía, disminución en los ingresos, aislamiento social, entre otros). Por lo tanto, el estudio de la jubilación con sus múltiples significados sociales e implicaciones sobre la salud mental de las personas retiradas, debe convertirse en un reto para las diferentes organizaciones que trabajan por la promulgación de un envejecimiento saludable en la Universidad de Antioquia; además, toda acción direccionada con este fin, debe estar insertada en un movimiento de carácter municipal, departamental y nacional.

7. Conclusiones

- El grupo de jubilados estudiados se distribuyó en igual proporción para hombres y mujeres (50%); la edad osciló entre los 52 y 83 años con un promedio de 65.7 años, en el grupo de edad 61-70 años se ubicó el 50% de las personas; el nivel educativo de primaria fue el que más se presentó (51%); el promedio de tiempo de jubilación fue de 12.1 años, el grupo donde se ubicó el mayor número de personas fue en el de 6-10 años (36%).
- Un 19% de los retirados que participaron en la investigación todavía desempeñan actividades laborales y de estos son principalmente los hombres los que continúan trabajando. Llamó la atención que un 41% de los jubilados manifestaran estar pasando por una situación económica entre regular y mala.
- De otro lado se destacó que 1 de cada 5 de las personas estudiadas presentaron una enfermedad discapacitante y de estos principalmente son mujeres. Mientras tanto, 3 de cada 4 jubilados consumen medicamentos, siendo estos los que primordialmente presentan alguna enfermedad discapacitante.
- Frente a la estructura familiar del jubilado, se destacó que una gran proporción viven con sus cónyuges e hijos (31%) y que uno de cada 10 jubilados vive solo. Llamó la atención encontrar un 8% de personas que no se siente aceptada dentro de sus familias. También se resaltó que 1 de cada 4 personas sufrió la muerte de un familiar o amigo en algún período de la vida sin que se haya superado.
- Con relación a la utilización del tiempo se encontró que un 50% de los jubilados estudiados practica ejercicio físico de forma periódica y que un 68% participa de actividades recreativas, académicas o culturales. Llama la atención que la mayoría de las personas que practican ejercicio son mujeres y que entre quienes manifestaron una percepción económica buena la práctica de ejercicio es más frecuente que en quienes dicen estar pasando una situación económica mala.
- Con relación a los aspectos de la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage, entre los más desfavorables se encontró: el abandono de muchas de las actividades o intereses anteriores (51%), problemas de memoria (37%), preferencia por quedarse en casa en vez de salir (32%) y preocupación o temer por algo malo que pueda suceder (22%). Entre los ítems con resultados favorables se halló: personas satisfechas con la vida

(98%), jubilados que creen que es maravilloso vivir (98%), retirados que se sintieron llenos de energía (96%) y jubilados que se consideraron estar felices la mayor parte del tiempo (94%).

- Respecto a los niveles de depresión se encontró un 94% en normal, moderado 4% y severo 2%, determinándose una depresión del 6% para el grupo de jubilados estudiado. La confiabilidad de Escala de Depresión Geriátrica en el cálculo de la depresión fue del 75%.
- La depresión se presentó más en las mujeres que en los hombres con una diferencia de 5 a 1. A su vez la depresión se presentó principalmente en los jubilados más jóvenes, coincidiendo con los primeros años de jubilación. Llamó la atención encontrar que el sentimiento de inutilidad se presentó de forma significativa entre 0-5 años de jubilación, que entre los 6-15 años no se manifestó; pero luego se presentó de forma creciente después de los 16 años de jubilación.
- El total de los retirados que presentaron depresión no se encontraron ejerciendo alguna actividad laboral; además, las personas con problemas de memoria son principalmente las que no laboran. De otro lado, se halló una asociación estadísticamente significativa entre percepción económica y depresión, en la cual las personas en las que se observó depresión, manifestaron estar pasando por una situación económica entre regular y mala.
- La percepción económica se asoció de forma significativa con algunos de los aspectos de la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage, evidenciando las dificultades económicas de una gran proporción de jubilados y la relación que tiene esta con el estado de ánimo (satisfacción con la vida, abandono de actividades, sensación de felicidad, creencia frente a los maravilloso de la vida, sentimiento de desesperanza y creencia de que los demás están mejor).
- Dentro de los aspectos funcionales la presencia de enfermedad discapacitante se halló asociada de forma estadísticamente significativa con el sentimiento de plenitud de energía de los jubilados. Se evidenció en las personas que sintieron disminuida su vitalidad una mayor presencia de enfermedad.
- Por otro lado, llama la atención que de los jubilados estudiados que viven en familias nucleares conformadas por padres e hijos la depresión no se hizo presente. A su vez, la depresión se presentó más en aquellas personas que no se sienten aceptados dentro de sus familias.

- Con relación a la práctica del ejercicio físico se evidenció una menor proporción de personas con depresión entre quienes lo practican. Similar situación se presentó con la participación periódica en actividades recreativas, académicas, culturales, etc.
- Si bien la depresión hallada en este estudio fue menor a la de otras investigaciones, situación que puede estar explicada como se ha dicho anteriormente por el tipo de muestreo y la población abordada, siendo de alguna manera personas activas por el hecho de estar insertas en grupos de actividad física o agremiaciones, se encontraron variables relacionadas con respecto a la depresión que llaman la atención, como es el caso de la percepción económica y su repercusión sobre el estado de ánimo.
- Se reconoce que la jubilación es vivida por algunas personas como un cambio brusco, es así que en los resultados se observa un incremento del sentimiento de inutilidad al inicio de esta. Igual situación apareció con la depresión encontrada. Posteriormente, con el paso del tiempo de jubilación acompañado por un aumento de la edad, cualquier repercusión sobre la salud tanto física o mental del jubilado puede explicarse más de su condición de ser adulto mayor.

8. Recomendaciones

Para el Departamento de Promoción de la salud y Prevención de la Enfermedad de Bienestar Universitario y la IPS universitaria.

- Realizar campañas que comprendan: vigilancia de la depresión y su sintomatología, así como de las variables relacionadas, en los periodos que la investigación muestra cambios negativos. A través de conferencias, seguimiento de grupos e inclusive con visitas domiciliarias, para llegar a aquellos jubilados que por diferentes circunstancias (problemas económicos o de salud) no acuden al campus universitario. Lo anterior, con el propósito de mantener un seguimiento de carácter preventivo de este trastorno en la población jubilada, que a medida que transcurre la edad de las personas se convierte en una enfermedad de común aparición y preocupación en la vejez.
- Capacitar a las personas en la planeación del retiro, instauración de metas, identificación de las actividades que se quieren realizar a futuro, construcción de proyectos de vida, reivindicación del rol social, etc., a través de la generación de programas que atiendan tanto a la población jubilada como la que esta por retirarse de la actividad laboral, con el fin de

propiciar una adecuada adaptación a este periodo de la vida, que repercuta en una mejor calidad de vida de las personas jubiladas.

- Involucrar la participación de las familias en el proceso de adaptación a la jubilación de las personas que se retiran, a través de conferencias y visitas domiciliarias, con el propósito de que estas identifiquen el rol que poseen para el logro de un adecuado ajuste a la jubilación.
- Promover la práctica del ejercicio físico, las actividades recreativas, culturales y de desarrollo personal en los jubilados, tanto en quienes permanecen en contacto con el Alma Máter, como en aquellos que se han alejado de la misma; a través de la continuidad, extensión y fortalecimiento de los programas de Prosa y Adulto Activo, con el fin de incentivar el mejoramiento de la salud biopsicosocial de los jubilados.

Entre algunas acciones que pueden realizar las asociaciones de Jubilados de la Universidad de Antioquia (Ajupe, Aprojudea, Apenjudea)

- Realizar un seguimiento de las condiciones socioeconómicas, a través del trabajo investigativo de estudiantes de pregrado y posgrado con un enfoque salubrista, con el propósito de determinar el nivel de condición y los factores asociadas a estas, desde los cuales se puedan establecer estrategias de intervención.
- Propiciar alternativas para que los jubilados que necesitan mejorar sus ingresos económicos puedan acceder a empleos alternativos, a través de la generación de cooperativas de empleo, donde se oferten servicios de acuerdo a las diferentes habilidades o capacidades que posean los jubilados; con el fin de que las personas mejoren sus condiciones de vida y así aminorar las diferentes problemáticas que se generan sobre la salud mental de las personas, cuando se esta en medio de una crisis económica.

Para futuras acciones que puedan realizarse desde la investigación y la docencia en salud publica.

- Propiciar investigaciones que permitan obtener información desde diferentes aspectos de la población jubilada en el ámbito local y nacional, a través del trabajo conjunto entre los grupos de investigación de la Facultad de Salud Publica interesados en este tipo de población (salud mental y demografía) y los entes gubernamentales con sus respectivos planes de desarrollo.
- Dentro del ámbito universitario es recomendable realizar una investigación donde se explore la presencia del trastorno depresivo y diferentes aspectos

que puedan estar asociados con él, considerando toda la población jubilada de la Universidad, a través de la realización de una investigación que contemple un muestreo pro balístico y representativo; con el propósito de obtener una información más completa del comportamiento de este trastorno en los jubilados de la universidad y contrarrestar con los resultados obtenidos en esta investigación. A su vez sería interesante indagar de forma rigurosa cuales de los diferentes aspectos se comportan como factores de riesgo o de protección, como también hacer comparaciones con grupos de jubilados no agremiados o con menos participación en actividades, para compararlos con los jubilados de estudio.

- Dentro de las Facultades e institutos universitarios se debe propiciar la creación de líneas de investigación, que aborden las temáticas de jubilación, depresión, calidad de vida, entre otras, como una forma de preparación para los diferentes sectores, que paulatinamente afrontaran la transición demográfica hacia sociedades envejecientes.

Notas

1. Galvanovskis A, Villar E. Revisión de vida y su relación con el autoconcepto y la depresión en el periodo de jubilación. *Geriatika* 2000; 16 (10): 380-387.
2. Bazo M. La institución social de la jubilación y las personas jubiladas. *Rev. del Min. del Trab. y Asun. Soc.* 2002; No. Extraordinario: 241-255.
3. Forteza A. La preparación para el retiro. *Analesps* 1990; 6 (2): 101-104.
4. Galvanovskis A, Villar E. Op.cit., p.382
5. National Institutes of Mental Health. The numbers count: mental disorders in America. Retrieved December 20, 2001. Citado por: Craft, Lynette. Exercise and clinical depression: examining two psychological mechanisms. *Psychsport* 2005; 6: 151-171.
6. Leyva F, Mota G, Salas M. Depresión en jubilados no activos. Estudio de 234 casos. *Rev. Med. IMSS* 1995; 33 (1): 51-55.
7. Pando M, Salazar J, Carolina B, Alfaro N. Salud mental en la tercera edad. Encuesta a jubilados. *Rev. Med. IMSS* 1999; 37 (4): 273-278.
8. Hernández Z. Ocurrencia de trastornos depresivos en una población de jubilados. [Sitio en Internet]. Disponible en: <http://www.uaq.mx/psicologia/lamision/jubilados.html>. Consultado: 10 de junio de 2005.
9. González M. Depresión en ancianos: un problema de todos. *Rev. Cub. Med. Gen. Integr.* 2001; 17 (4): 316-320.
10. Butterworth P, Gill S, Rodgers B, Anstey K, Villamil E, Melzer D. Retirement and mental health: Analysis of the Australian national survey of mental health and well-being. [Sitio en Internet]. Disponible en: www.elsevier.com/locate/soscimed. Consultado: 29 de septiembre de 2005.
11. Fundación FES social. Estudio Nacional de Salud Mental Colombia 2003. Documento de revisión. Bogotá: Ministerio de la Protección Social; 2004.

12. *Ibíd.*, p.36
13. Torres Y. Estudio Nacional de Salud Mental y Consumo de Sustancia Psicoactivas-Colombia. Ministerio de Salud, 1993.
14. Torres Y, Montoya I. II Estudio Nacional de Salud Mental y Consumo de Sustancias Psicoactivas-Colombia. Ministerio de Salud, 1997.
15. Fundación FES social. *Op.cit.*, p.36.
16. Martínez P. Repercusiones psicológicas y sociales de la prejubilación. *Psicothema* 2003; 15 (1): 49-53.
17. Leyva F, Mota G, Salas M. *Op.cit.*, p.53.
18. Martínez P. *Op.cit.*, p.51.
19. Galvanovskis A, Villar E. *Op.cit.*, p.383.
20. Pando M, Salazar J, Carolina B, Alfaro N. *Op.cit.*, p.276.
21. Hernández Z. *Op.cit.*, p.6.
22. *Ibid.*, p.6.
23. Cano, G. Alberto. Depresión en el anciano. *Revisiones geriátricas*. 1998; N° 2: 1-10.
24. Hernández Z. *Op.cit.*, p.6.
25. Martínez P. *Op.cit.*, p.51.
26. Departamento de Relaciones Laborales. Universidad de Antioquia. Medellín, 23 de Mayo de 2005.
27. De Los Rios A, Soler V. *Cuerpo, dinamismo y vejez*. Barcelona: Inde Publicaciones; 1999.
28. Villanueva LA. Sobre el envejecimiento: una perspectiva integral. En: *Rev. Hosp. Gen. "Doctor Manuel Gea Gonzalez"*. Vol.3, N°3, (2000). Citado por: Cardona D, Estrada A, Agudelo H. *Envejecer nos toca a todos*. Medellín: Facultad Nacional de Salud Publica; 2003.

29. Tavares de A,J. Derechos de los ancianos y fortalecimiento de su poder. En: La atención de los ancianos: un desafío para los años noventa. Washington: OPS, 1994 (publicación científica, 546). Citado por: Cardona D, Estrada A, Agudelo H. Envejecer nos toca a todos. Medellín: Facultad Nacional de Salud Publica; 2003.
30. Confederación Colombiana de Organizaciones No Gubernamentales y Asociación Interdisciplinaria de Gerontología - AIG de Colombia. Agenda sobre envejecimiento Colombia siglo XXI. Bogotá: OPS; 2002. [Sitio en Internet]. Disponible en: http://envejecimiento.gov.co/agenda_envejecimiento_col.pdf. Consulta: 26 de agosto 2004
31. Cardona D, Estrada A. Envejecer nos toca a todos: caracterización de algunos componentes de calidad de vida y de condiciones de salud de la población adulta mayor. Medellín, 2002. [trabajo de investigación]. Medellín: Facultad Nacional de Salud Publica, 2003.
32. Wilches G. Auge, caída y levantada de Felipe Pinillo, mecánico y soldado o voy a correr el riesgo. En: Guía de la red local para la gestión del riesgo: modulo para la capacitación versión 1.0. Bogotá: La Red; 1998.
33. Zarragoltia, A. La depresión en la tercera edad. Revista Electrónica de Geriatria y Gerontología 2003. 5 (2): 1-21. [Sitio en Internet]. Disponible en: <http://www.geriatrianet.com>. Consulta: 27 de septiembre de 2004.
34. Fundación FES social. Op.cit., p.36.
35. Riquelme A, Buendía J, Ruiz J. Factores sociales, adaptación y bienestar subjetivo tras la jubilación. GeriátriKa 1997; 13 (4): 167-173
36. Bazo M. Op.cit., p.241.
37. El Congreso de Colombia. Ley 100 1993, diciembre 23, por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones. Bogotá: El Congreso; 1993.
38. El Congreso de Colombia. Ley 797 de 2003, enero 29, por la cual se reforman algunas disposiciones del sistema general de pensiones previsto en la Ley 100 de 1993 y se adoptan disposiciones sobre los Regímenes Pensionales exceptuados y especiales. Bogotá: El Congreso; 2003.
39. Gobierno Nacional. Acto legislativo 22 de julio de 2005, por el cual se adiciona el artículo 48 de la Constitución Política. Bogotá: Gobierno Nacional; 2005.

40. Forteza A. Op.cit., p.106.
41. Pastor E, Villar F, Boada J, Lopez S, Varea M, Zaplana T. Significados asociados a la jubilación e influencia con al actividad de ocio y la ética del trabajo. Rev. Mult. Gerontol 2003; 13 (1): 15-22.
42. Forteza A. Op.cit., p.107.
43. Ibíd., p.108.
44. Strock M. Depression. Instituto Nacional para la Salud Mental. Washington, 2004.
45. Saburido X, Sexto M. Depresión y su repercusión clínica en la vejez. Geriatrika 1999; 15 (6): 41-44.
46. Farre J, Laceras P, Casa J. Enciclopedia de Psicología Tomo 4: Diccionario de Psicología. Barcelona: Océano; 2003.
47. Saburido X, Sexto M. Op.cit., p.42.
48. Galvanovskis A, Villar E. Op.cit., p.382.
49. Saburido X, Sexto M. Op.cit., p.43.
50. Widger T, Frances A, Pincus H, Coover N, Barlow D, Campbell M et al. DSM IV: Manual diagnostico y estadístico de los trastornos mentales. Washington D.C: American Psychiatric Association; 1994.
51. Cano, G. Alberto. Op.cit., p.6.
52. Zarragoltia, A. Op.cit., p.13.
53. Cuquerella, B. La depresión en el anciano. Geriátrika 1997; 13 (3): 110-118.
54. Ibíd., p.115
55. Wallis, M. Mirar la depresión a través de los lentes bifocales. Nursing 2001; 19 (3): 26-29.
56. Cuquerella, B. Op.cit., p.117.
57. Cano A. Depresión en el anciano: Epidemiología y diagnostico de la depresión en el anciano. Rev. Asoc. Colomb. Gerontol. Geriatr. 2000; 14 (3): 116.

58. Descripción de la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage. [Sitio en Internet]. Disponible en: http://www.Bipfaes.faes.es/faes/bipfaes/test/documentación_test/043.doc. Consulta: 10 de octubre 2004.
59. *Ibíd.*, p.2.
60. *Ibíd.*, p.3.
61. Aguirre C. Validación de escalas y pruebas neuropsicológicas para enfermedades neurodegenerativas en una población Colombiana. Grupo de Neurociencias de la Universidad de Antioquia. Investigación en desarrollo. Icfes cod. 1115-0411941. En prensa 2005.
62. Galvanovskis A, Villar E. *Op.cit.*, p.381.
63. Pando M, Salazar J, Carolina B, Alfaro N. *Op.cit.*, p.274.
64. Leyva F, Mota G, Salas M. *Op.cit.*, p.51.
65. Pando M, Salazar J, Carolina B, Alfaro N. *Op.cit.*, p.273.
66. Hernández Z. *Op.cit.*, p.5.
67. González M. *Op.cit.*, p.317.
68. Fundación FES social. *Op.cit.*, p.28.
69. Madrid A, Garces E. La preparación para la jubilación: Revisión de los factores psicológicos y sociales que inciden en un mejor ajuste emocional al final del desempeño laboral. *Analesps* 2000; 16 (1): 87-99.
70. Fundación FES social. *Op.cit.*, p.36.
71. González M. *Op.cit.*, p.318.
72. Hernández Z. *Op.cit.*, p.6.
73. Martínez P. *Op.cit.*, p.51.
74. Butterworth P, Gill S, Rodgers B, Anstey K, Villamil E, Melzer D. *Op.cit.*, p.6.
75. Hernández Z. *Op.cit.*, p.6.

76. Madrid A, Garces E. Op.cit., p.92.
77. Leyva F, Mota G, Salas M. Op.cit., p.53.
78. Martínez P. Op.cit., p.51.
79. Hernández Z. Op.cit., p.6.
80. Galvanovskis A, Villar E. Op.cit., p.385.
81. Martínez P. Op.cit., p.51.
82. Hernández Z. Op.cit., p.7.
83. Pando M, Salazar J, Carolina B, Alfaro N. Op.cit., p.277.
84. Madrid A, Garces E. Op.cit., p.92.
85. Hernández Z. Op.cit., p.6.
86. Cuquerella, B. Op.cit., p.113.
87. Cáceres C. Sobre el concepto de discapacidad. Una revisión de la propuesta de la OMS. *Auditio* 2004. 2: 74-77.
88. Yepes L. Trastornos depresivos. En: Yepes L, Toro R. *Psiquiatría*. 2ª ed. Medellín: Corporación de Investigaciones Biológicas CIB; 1990. p. 131-160.
89. Hernández Z. Op.cit., p.7.
90. Madrid A, Garces E. Op.cit., p.90.
91. Fundación FES social. Op.cit., p.36.
92. Lawton M. Meanings of activity. En: Kelly JR. editor. *Activity and aging*. Newbury Park: Sage; 1993; p. 25-41. Citado por: Pastor E, Villar F, Boada J, Lopez S, Varea M, Zaplana T. Significados asociados a la jubilación e influencia con al actividad de ocio y la ética del trabajo. *Rev. Mult. Gerontol.* 2003; 13 (1): 15-22.
93. American College of Sports Medicine (ACSM). *Guidelines for Exercise Testing and Prescription*, Sixth Edition, New York: Lippincott, Williams and Wilkins, 2000. Citado por: OPS. *Guía Regional para la Promoción de la Actividad Física*.

Washington, 2002. [Sitio en Internet]. Disponible en: www.envejecimiento.gov.co/promover.pdf. Consulta: 24 de agosto 2004.

94. Penninx B, Rejeski W, Pandya J, Miller E, Di Mari M. Exercise and depressive symptoms: a comparison of aerobic and resistance exercise effects on emotional and physical function in older persons with high and low depressive symptomatology. *J Gerontol B Psychol Sci Soc* 2002, 57B:124-32. Citado por: Lautenschlager N, Almeida O, Flicker L, Janca A. ¿Can physical activity improve the mental health of older adults?. *Annals of General Hospital Psychiatry* 2004; 3 (12): 1-5 [Sitio en Internet]. Disponible en: <http://www.general-hospital-psychiatry.com/content/3/1/12>. Consulta: 15 de octubre 2004.

95. BLUMENTHAL, JA et al. Effects of exercise training on older patients with major depression. *Arch Intern Med* 1999; 159(19):2349-56. Citado por: Lautenschlager N, Almeida O, Flicker L, Janca A. ¿Can physical activity improve the mental health of older adults?. *Annals of General Hospital Psychiatry* 2004; 3 (12): 1-5 [Sitio en Internet]. Disponible en: <http://www.general-hospital-psychiatry.com/content/3/1/12>. Consulta: 15 de octubre 2004.

96. Lampinen P. Changes in intensity of physical exercise as predictors of depressive symptoms among older adults. *Preventive Medicine* 2000; (30): 371-380. Citado por: Wayne P. Physical Activity as a Nonpharmacological Treatment for Depression: A Review. *sagepub* 2003; 8 (2): 139-152.

97. Martínez P. Op.cit., p.51.

98. Forteza A. Op.cit., p.109.

99. Madrid A, Garces E. Op.cit., p.95.

100. Romero O. Jubilación: Amenaza o reto. *Revista Interamericana de Psicología Ocupacional* 1996; 15 (2): 101-109.

101. Mazuera E. Curso Modular de Epidemiología Básica. Medellín: Facultad Nacional de Salud Publica Universidad de Antioquia OPS; 1998.

102. Bello L. Estadística como apoyo a la investigación. Medellín: El autor; 2005.

103. Londoño L. Metodología de la investigación epidemiológica. 3ª ed. Bogota: Manual Moderno; 2004.

104. Grisales H. Estadística aplicada en salud publica. Medellín: Facultad Nacional de Salud Publica Universidad de Antioquia; 2002.

105. Polit D, Hungler B. Investigación científica en ciencias de la salud. México: McGraw-Hill Interamericana; 2000. Pág. 18.
106. Hernández Z. Op.cit., p.5.
107. Pando M, Salazar J, Carolina B, Alfaro N. Op.cit., p.273.
108. Butterworth P, Gill S, Rodgers B, Anstey K, Villamil E, Melzer D. Op.cit., p.6.
109. Hernández Z. Op.cit., p.6.
110. Fundación FES social. Op.cit., p.36.
111. Hernández Z. Op.cit., p.7.
112. Leyva F, Mota G, Salas M. Op.cit., p.53.
113. Martínez P. Op.cit., p.51.
114. Hernández Z. Op.cit., p.6.
115. Leyva F, Mota G, Salas M. Op.cit., p.53.
116. Galvanovskis A, Villar E. Op.cit., p.385.
117. Martínez P. Op.cit., p.51.
118. Hernández Z. Op.cit., p.7.
119. Pando M, Salazar J, Carolina B, Alfaro N. Op.cit., p.277.
120. Hernández Z. Op.cit., p.6.
121. *Ibíd.*, p.7.
122. Leyva F, Mota G, Salas M. Op.cit., p.53.
123. Martínez P. Op.cit., p.51.
124. Forteza A. Op.cit., p.109.

Bibliografía

Cardeño M. La jubilación: retiro laboral. Justicia. Revista jurídica 2000; (3): 68-71

Martinez J, Onis M, Dueñas R, Albert C, Aguado C, Luque R. Versión española del cuestionario de Yesavage abreviado (GDS) para el despistaje de depresión en mayores de 65 años: adaptación y validación. Medifam 2002; 12 (10): 26-40

Maya J. Ética en la investigación biomédica. En: Fundamentos de Salud Publica. Tomo 3. investigación en salud. Medellín: CIB; 1997.

Oliveira R, Villaverde C. Depresión, salud e incapacidad en la vejez. Geriátrika 2001; 17 (5): 193-196

Riegelman R, Hish R. Como estudiar un estudio y probar una prueba: lectura critica de la lectura médica. Washington: OPS; 1999 (Publicación científica: 513)

Rodríguez J, Valdez M, Benítez M. Propiedades psicometricas de la escala geriátrica de depresión (GDS): análisis procedente de cuatro investigaciones. Rev. Esp. Geriatr. Gerontol. 2003; 38 (3): 132-144

Rosenkoetter M, Garris J. Psychosocial changes following retirement. Journal of advanced Nursing 1998. 2: 966-976

Varkevisser C, Pathmanathan I, Brownlee A. Diseño y realización de proyectos de investigación sobre sistemas de salud. Serie de capacitación ISS. Ottawa: Centro internacional de investigaciones para el desarrollo; 1995.

Vasquez J. Psiquiatría en atención primaria. Libros princeps. Madrid: Biblioteca Aula Médica; 1999.

Wayne P. Physical Activity as a Nonpharmacological Treatment for Depression: A Review. Complementary Health Practice Review 2003; 8 (2): 139-152

Anexos

Anexo 1

DEPRESIÓN Y ASPECTOS RELACIONADOS EN GRUPO DE JUBILADOS DE LA UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA, MEDELLÍN 2005

Encuesta

No. formulario	Nombre	Teléfono

A. ASPECTOS ASOCIADOS CON DEPRESION

1. Sexo:

0	Hombre
1	Mujer

2. Edad (años cumplidos): _____

3. ¿Cuál fue su último grado de escolaridad alcanzado?

1	Primaria
2	Secundaria
3	Técnico
4	Tecnológico
5	Universitario
6	Postgrado

4. ¿Cuántos años han transcurrido desde su jubilación? _____

5. ¿En la actualidad continúa desempeñando actividades laborales?

0	No
1	Si

6. ¿Cómo siente que es su situación económica actual?

1	Muy buena
2	buena
3	regular
4	Mala

7.

¿Presenta en la actualidad alguna enfermedad discapacitante que le impida el desarrollo de sus actividades diarias?

0	No
1	Si

8. ¿Consume en la actualidad medicamentos para el tratamiento de alguna enfermedad?

0	No
1	Si

9. ¿Con quien vive actualmente?

1	Cónyuge
2	Hijos
3	Ambos
4	Otros familiares
5	Otras personas
6	Solo

10. ¿Siente que dentro de su familia es aceptado?

0	No
1	Si

11. ¿Ha sufrido la muerte de algún familiar o amigo que aun no ha podido superar?

0	No
1	Si

12. ¿Realiza ejercicio físico periódicamente de forma planificada y controlada por personas expertas?

0	No
1	Si

13. ¿Participa periódicamente de actividades recreativas, académicas, sociales u otras que ocupen su tiempo?

0	No
1	Si

9	¿Prefiere quedarse en casa en vez de salir y hacer cosas nuevas?	SI	NO
10	¿Siente que tiene más problemas de memoria que otras personas de su edad?	SI	NO
11	¿Cree Ud que es maravilloso estar vivo?	SI	NO
12	¿Se siente inútil o despreciable como esta ud actualmente?	SI	NO
13	¿Se siente Ud lleno de energía?	SI	NO
14	¿Se siente sin esperanza ante su condición actual?	SI	NO
15	¿Cree Ud que las otras personas están, en general, mejor que Ud?	SI	NO

B. ESCALA DE DEPRESIÓN GERIÁTRICA (EDG)

FECHA	
APLICO	
REVISO	

ITEM	PREGUNTA A REALIZAR	RESPUESTA	
		1	2
1	¿Está Ud básicamente satisfecho con su vida?	SI	NO
2	¿Ha disminuido o abandonado muchos de sus intereses o actividades previas?	SI	NO
3	¿Siente Ud que su vida está vacía?	SI	NO
4	¿Se sienta Ud aburrido frecuentemente?	SI	NO
5	¿La mayoría del tiempo está usted de buen ánimo?	SI	NO
6	¿Está preocupado o teme que algo malo le pueda pasar?	SI	NO
7	¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?	SI	NO
8	¿Se siente con frecuencia desamparado que no vale nada o desvalido?	SI	NO

Anexo 2

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Con el presente documento se pretende solicitar a usted su participación en un estudio que se desea conocer la frecuencia de depresión y los aspectos relacionados en un grupo de jubilados de la Universidad de Antioquia, con el propósito de reformular las estrategias encaminadas hacia un envejecimiento saludable dentro del ámbito universitario. Solo se le solicita que responda un cuestionario de 28 preguntas relacionadas con síntomas de depresión y aspectos de demográficos, económicos, funcionales, afectivo-familiares y de utilización del tiempo.

Con esta investigación no buscamos ningún beneficio económico para los investigadores ni para la Universidad de Antioquia, ni para la Facultad Nacional de Salud Pública; las bases de datos solo serán utilizadas con fines investigativos y serán manipulados solamente por el investigador.

Agradecemos su colaboración.