



UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA
FACULTAD DE ENFERMERÍA
CÁTEDRA DE SALUD MENTAL

INCIDENCIA DE LA JUBILACIÓN EN LA DEPRESIÓN DEL ADULTO MAYOR RESIDENTE EN EL COMPLEJO BPS

Autores:

Br. Albornoz, Ana
Br. González, Celina
Br. Kirzner, Paula
Br. Rodríguez, María
Br. Tabares, Joselin

Tutores:

Prof. Adj. Lic. Araceli Otarola
Prof. Asist. Lic. Luz Vázquez

Facultad de Enfermería
BIBLIOTECA
Hospital de Clínicas
Av. Italia s/n 3er. Piso
Montevideo - Uruguay

Montevideo, 2014



Tabla de contenido:

Resumen.....	pág.3
Justificación.....	pág.5
Planteamiento del problema.....	pág.8
Hipótesis.....	pág.8
Objetivos.....	pág.8
Marco teórico.....	pág.9
Materiales y métodos.....	pág.29
Consideraciones éticas.....	pág.34
Variables.....	pág.35
Resultados.....	pág.44
Discusión.....	pág.59
Sugerencias.....	pág.62
Referencias bibliográficas.....	pág.63
Bibliografía Consultada	pág.65
Anexo I	pág.66
Anexo II.....	pág.67
Anexo III.....	pág.70
Anexo IV.....	pág.71
Anexo V.....	pág.72
Anexo VI.....	pág.73



Resumen:

El siguiente trabajo tiene como objetivo conocer la relación que existe entre la jubilación y la depresión en adultos mayores que viven en el complejo del BPS. Como objetivos específicos se plantearon, conocer el estado socioeconómico y el soporte afectivo en que se encuentran inmersos los adultos mayores que están jubilados; identificar la presencia de la depresión en la población de estudio; identificar si la jubilación ejerce un impacto negativo sobre el estado anímico de los adultos mayores.

El estudio se llevó a cabo en los complejos BPS ubicados entre las calles Goes 2143 y Juan Paullier 1913; en el periodo comprendido entre el 10 y el 14 de febrero del 2014.

Se realizó un estudio descriptivo, transversal, retrospectivo. La recolección de datos se obtuvo directamente de los jubilados, a través de la aplicación de un instrumento tipo encuesta. Se diseñó un formulario con 14 preguntas cerradas de tipo dicotómica y politómica y una pregunta abierta, de las cuales se indago los diferentes aspectos demográficos, económicos, de salud, socio-familiares. El resto de las preguntas correspondieron a la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage, por medio de la cual se identificaron los niveles de depresión.



El universo se constituyó por todos los adultos mayores de 60 años que residen en los complejos del BPS. El muestreo utilizado fue por conveniencia, mediante el cual se seleccionó un número de 52 personas según los criterios de inclusión; adultos mayores de ambos sexos, jubilados por "jubilación común", residentes en complejos de BPS de Montevideo, Uruguay.

En cuanto a la escala de Yesavage, entre los datos obtenidos se destacó con un 69,20% como rango normal, seguido de 19,20% con depresión leve (Sensibilidad 84%- Especificidad 95%), y con un 11,60% como depresión severa (Sensibilidad 80% - Especificidad 100%).

Se concluyó que el mayor porcentaje de la muestra no presentó depresión luego de la jubilación, a su vez dentro del porcentaje de depresivos que se encontraron presentaron un bajo nivel de instrucción (7,7% Primaria Incompleta). Por otra parte, se observó también una relación entre la depresión y el tiempo libre, ya que la mayoría de los que se encontraron con depresión no ocupan el mismo (7,7%).



Justificación:

En el mundo existen 370 millones de personas mayores de 60 años, para el 2020 se alcanzará los mil millones. Uruguay es uno de los países más envejecidos de Las Américas.¹ Los resultados del Censo 2011 ratifican la agudización del proceso de envejecimiento de la población uruguaya, propio de un país en una fase muy avanzada de la transición demográfica, similar a la que se encuentran los países desarrollados.

La población de 65 o más años pasó de representar el 7,6% del total en el censo de 1963 al 14,1% en el Censo 2011.¹

En el año 2011 se jubilaron 34.056 trabajadores, según el número de altas registradas por el Banco de Previsión Social (BPS). Esos nuevos jubilados se suman a los 36.204 que se habían acumulado en 2010 y los 27.421 de 2009.

De esta manera, en solo tres años 97.681 personas recibieron el alta de jubilación. Ese volumen de jubilados recientes representa un 24% del total registrados al cierre del año 2011 (había 403.687, según los registros del organismo). Esto muestra un sustancial incremento con respecto a las altas de años anteriores (en 2007 habían sido 11.200 y en 2008 fueron 13.717).²

¹ Introducción a la gerontogeriatría (diapositiva). Montevideo: Facultad de Enfermería; 2011.



La jubilación disminuye los ingresos económicos y la oportunidad de desarrollar una vida social. Los ancianos pueden verse obligados a modificar los planes de futuro por lo que deben de adquirir nuevas actividades e intereses con el fin de conservar su calidad de vida.

Para algunos, la adaptación es sencilla y no supone ningún tipo de inquietud. Sin embargo, para otros, cada cambio vital resulta tormentoso y estresante.³

Por lo que el tema de la jubilación tiene una relación con la depresión ya que en el período de la vida en que se produce la misma supone un ajuste vital de gran trascendencia para la persona, que inicia también su declinación física. También en este sentido, influye en otros aspectos cuya importancia no se ha de desestimar, como por ejemplo, la situación económica, status social y las pérdidas significativas de familiares y amigos en esta época de la vida.⁴

Según datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) los mayores de 65 años padecen algún tipo de trastorno psiquiátrico, siendo la depresión la más frecuentes de las enfermedades psiquiátricas reversibles.⁵

Como futuros profesionales en la salud creemos que enfermería desempeña una función primordial en la asistencia a este grupo etario. Los problemas de los pacientes mayores ponen a prueba los propios recursos del profesional, el envejecimiento de la población requiere que el personal de enfermería atienda un

número cada vez mayor de pacientes en proceso de adaptación a los cambios de la vejez.

La depresión no es una consecuencia normal del envejecimiento; ya que la mayoría de los ancianos lleva una vida plena, activa y gratificante. Aunque al gran aumento de dicha población es necesario que más profesionales de la salud estén capacitados en geronto – geriatría, para así tener un mayor reconocimiento de los síntomas depresivos y así poder ser captados y tratados precozmente.

Se espera aportar elementos que contribuyan a nuevos conocimientos en la gerontología y salud mental, para tener una noción de la depresión en la población de jubilados desde la cual se puedan realizar estudios más amplios e incluso establecer estrategias de intervención dirigidas hacia la prevención y tratamiento de este trastorno.

Con lo que respecta a estudios anteriores, podemos afirmar que la prevalencia de depresión es mayor en las mujeres que en los hombres, en las personas de mayor edad, en aquellos que su grado de escolarización es bajo. A su vez aparece en mayor medida en ancianos viudos, con lo que respecta a la jerarquía profesional la depresión prevalece en mayor medida en aquellos que ocuparon puestos de subordinado.

En lo que refiere al ejercicio físico hay referencias claramente significativas, la



depresión aparece en mayor medida en aquellos que no lo practican.
Si tenemos en cuenta el tiempo que lleva jubilado, se han observado valores más altos para aquellos sujetos que llevan hasta dos años de jubilados, para luego experimentar un progresivo descenso.⁶

A su vez la depresión disminuye en los jubilados que continúan trabajando.⁷

Planteamiento del problema:

¿Incide la jubilación en la depresión del adulto mayor residente en el complejo del BPS?

Hipótesis:

- A-La jubilación incide en la depresión del adulto mayor.
- B- Las variables que más incurren en la depresión son la situación económica; la aceptación familiar y social; y si se ocupa o no el tiempo libre.

Objetivos

Objetivo general:

Conocer la relación que existe entre la jubilación y la depresión en adultos mayores que viven en el complejo del BPS.

Objetivos específicos:



- Conocer el estado socioeconómico y el soporte afectivo en que se encuentran inmersos los adultos mayores que están jubilados.
- Identificar la presencia de la depresión en la población de estudio.
- Identificar si la jubilación ejerce un impacto negativo sobre el estado anímico de los adultos mayores.

Marco Teórico:

El envejecimiento es un fenómeno universal; es un proceso natural, dinámico, progresivo e irreversible, que forma parte del ciclo de la vida y en el que intervienen numerosos factores biológicos, psicológicos y sociales.

Las personas que envejecen deben afrontar condiciones cambiantes tanto en su propio organismo como en la sociedad en que viven. Este proceso genera retos y problemas similares para todos los que los padecen.

La Organización Mundial de la Salud (1985) define el, "envejecimiento activo" como un proceso de optimización de las oportunidades de salud, participación y seguridad, en orden a la mejora del bienestar según las personas envejecen.

Por otra parte, Rowe y Khan (1997) proponen un modelo individual de, "envejecimiento exitoso", el cual establece la combinación de tres componentes principales:

- Baja probabilidad de padecer enfermedad o invalidez

- Alto funcionamiento físico y cognitivo
- Compromiso activo con la vida

Según estos investigadores, los tres componentes están estrechamente ligados; donde cada uno de ellos hace posible el mantenimiento de los otros, ya que la ausencia de enfermedad o discapacidad contribuye a que se mantengan las funciones físicas y mentales necesarias para facilitar una participación activa en la vida.

Sin embargo, cada componente, es un indicador de bienestar independiente. Para Rowe y Khan, el envejecimiento exitoso va más allá de la ausencia de enfermedad y es mucho más que el simple mantenimiento de las capacidades funcionales. Aunque ambos representan componentes importantes, es su combinación con la participación activa en la vida.

El primer componente, baja probabilidad de padecer enfermedad o invalidez, no solamente se refiere a la ausencia o presencia de enfermedad en sí, sino también a la ausencia, presencia o severidad de factores de riesgos asociados a la enfermedad, como lo son: hipertensión arterial, colesterol, glucosa en sangre, tabaquismo, alcoholismo, obesidad, vida sedentaria, entre otras. El segundo componente, un alto funcionamiento físico y cognitivo, hace referencia a lo que



una persona puede hacer. El mantenimiento de un estado de salud física y mental es un elemento clave para medir la autonomía, la calidad de vida y la capacidad funcional de los adultos mayores, tanto en el hogar como en la comunidad.

El tercer y último componente, compromiso activo con la vida, puede tomar diversas formas, entre ellas:

- El soporte afectivo de la familia y los amigos, que son fuente de contacto, intercambio, apoyo y asistencia directa
- El aprovechamiento del tiempo en actividades productivas y de servicio a los demás
- Involucramiento en las diversas esferas de la comunidad: social, económica, espiritual y cívica

En relación con este componente del modelo de envejecimiento exitoso de Rowe y Kahn está la teoría de la actividad, la cual parte de la hipótesis de que la realización de un elevado número de roles sociales o interpersonales se correlaciona de forma significativa con un elevado nivel de adaptación y satisfacción vital percibido por la persona mayor. Esta teoría señala que un estilo de vida activo y con suficientes roles sociales, mantiene a las personas mayores social y psicológicamente adaptadas.⁸

Cambios en salud física:



Todos los sistemas y aparatos del organismo envejecen con el individuo. Las modificaciones físicas que originan la vejez no se perciben hasta el final de la cuarta década de vida. El envejecimiento físico varía sustancialmente y depende de la constitución genética, de la precoz asistencia sanitaria física y mental, de las prácticas y el estilo de vida, y de las actitudes del individuo.

Los ancianos no solo deben adaptarse a los cambios en su resistencia y en su capacidad para desempeñar tareas físicas, sino también a un cuerpo que intenta ajustarse por sí mismo a una nueva rutina. Incluso sin padecer una enfermedad crónica, la adaptación a los pequeños cambios físicos que origina la edad no es un proceso fácil.

La adaptación a los cambios físicos del envejecimiento plantea múltiples problemas que incrementan el riesgo de trastornos mentales. La interacción entre fármacos y los efectos secundarios de la medicación pueden generar problemas físicos y psicológicos.

En cuanto a los cambios que aparecen en cada sistema, se evidencia:

Sistema cardiovascular: Acumulación de lipofucsina y lípidos en el interior de miofibrilla, disminución de células del nódulo sinusal; engrosamiento de las paredes (calcificación); el ventrículo izquierdo aumenta su grosor; disminución de

fibras de conducción del impulso nervioso. La respuesta a los receptores de la tensión arterial disminuye, por lo que hay menor elasticidad.

Por lo que todo puede conllevar a: aumento de la presión arterial; aumento de las resistencias vasculares periférica; disminución del gasto cardíaco; deduce en la capacidad de respuesta ante un esfuerzo y reducción de la sensibilidad al dolor anginoso.

En cuanto al sistema respiratorio podemos ver que se da una disminución de la capacidad ventilatoria, por lo que la capacidad vital disminuye; hay un aumento de volumen residual; un engrosamiento de la membrana alveolar, la superficie alveolar disminuye, por lo que es menor el O₂ que llega a los tejidos. También hay una disminución de números de cilios, disminuye la efectividad de los macrófagos alveolares, y esto hace más propenso la aparición de infecciones respiratorias.

Sistema Nervioso Central: Hay una disminución de la masa cerebral; aparece la formación de placas amiloideas y ovillos neurofibrilares; disminuyen los neurotransmisores; hay un enlentecimiento de la velocidad de conducción nerviosa; se reduce el flujo de sangre cerebral. Por otro lado en el sistema nervioso periféricos se da una reducción de la sensibilidad, coordinación y capacidad de reacción; al igual que la velocidad de conducción se ve disminuida y aparece un deduce generalizado de los sentidos.



En cuanto a la visión: aparece la palidez del iris; disminuye el tamaño de la pupila; disminuye la cantidad de las lágrimas; se da una reducción de la visión periférica.

En cuanto a la audición: aparece la presbiacusia; aumenta el pabellón del oído, aumenta el crecimiento piloso; se da un engrosamiento del tímpano y hay mayor acumulación de cerumen.

En cuanto al olfato: puede aumentar la nariz el tamaño debido al depósito de cartilago; hay un aumento de la pilosidad nasal y se da una degeneración del nervio olfatorio.

Sistema digestivo nutricional: Aparece un adelgazamiento del rojo de los labios; los dientes se vuelven más secos, frágiles y manchados. Hay una disminución de la salivación; aparece la atrofia de la lengua por pérdida de papilas gustativas; disminuye la motilidad del esófago. Aparece mayor RGE; también hay una disminución de la motilidad estómago, intestino delgado y colon. Aumenta la probabilidad de estreñimiento; disminuye la masa hepática.

Sistema endocrino: La tiroides disminuye el metabolismo basal; por lo que la aldosterona plasmática decrece; la hipófisis disminuye su aporte sanguíneo; la TSH y LH experimentan modificaciones con la menopausia en las mujeres. A su vez disminuye la progesterona y los estrógenos y se mantienen los niveles de andrógenos.

Sistema musco esquelético: Hay una reducción de la masa muscular; se da un incremento de los procesos degenerativos articular; aparece la rigidez del tejido conectivo (menor elasticidad); disminuye la masa ósea; menor masa magra, mayor masa grasa. Se reduce la talla; aparece la convexidad de la columna dorsal (cifosis); la cabeza se inclina hacia atrás. La postura se vuelve más encorvada, con ligera flexión de las rodillas caderas, codos y muñecas.

Sistema tegumentario: Disminuyen las glándulas sebáceas y sudoríparas; la piel se vuelve más seca, delgada y flácida; disminuye la grasa subcutánea; hay pérdida de elasticidad y cambios en la pigmentación cutánea

Sistema nefro urinario: Hay una disminución de glomérulos funcionantes; se reduce la superficie de filtración de la membrana basal glomerular; por lo que disminuye el flujo renal. La Función tubular se ve afectada, aumenta la capacidad de concentrar orina, hay una pérdida de tono muscular en vejiga y próstata.

Cambios en la salud mental:

La vejes es una época de adaptación, los ancianos que han alcanzado un sentido de integridad personal (estado de globalidad, de sentirse un individuo completo) aceptan el valor y el carácter único de su propio estilo de vida y están capacitados para encontrar el orden y el significado de la misma. Por su parte los ancianos que no han alcanzado la globalidad viven su vida con pesimismo. Consideran que la vida ha sido una pérdida de tiempo, reflexionan sobre "lo que podría a ver sido".

Dichos cambios suscitan reacciones de duelo que se producen tanto frente a la pérdida de seres queridos como a una "abstracción equivalente" (aspectos del esquema corporal, vivencia de pérdida de lo propio). Cuando el trabajo de duelo es exitoso conduce al desprendimiento del objeto perdido y la búsqueda de otro. En las desviaciones patológicas este proceso queda estancado y sobreviene la depresión.

Finalmente ese sentimiento de pérdida y de desprecio genera un estilo de vida triste y solitaria.³

Los cambios psicológicos que pueden objetivarse en esta etapa son causados por aumento en la interioridad, mayor introspección y balance vital, y revalorización de sí mismo; a esto se agregan las alteraciones en la percepción del tiempo y el desarrollo del concepto de finitud de la vida y personalización de la muerte. La mayor interioridad puede determinar beneficios dentro del envejecimiento a propiciar mayor contacto con el mundo interno; esto le permite recordar su vida y conservar la significación personal. En este proceso aquel individuo que presenta una actitud positiva en su envejecer, va aceptando sus limitaciones y reafirma su autoestima. Además desarrolla sentido de pertenencia en una sociedad y en un momento histórico determinado, lo que le permite proyectarse al futuro.⁵

Cambios psicosociales:



En la actualidad, la vejez es una etapa de la vida más impersonal. El consuelo que proporciona la familia y los amigos puede hallarse a Kilómetros de distancia. Los ancianos pueden padecer problemas en relación con el dinero, la comida, la vivienda o la asistencia sanitaria. La pérdida de seres queridos, de nivel social, y de poder adquisitivo, debilita su sistema de apoyo social, y la disminución de sus capacidades sensoriales hace que muchos se cuestionen la factibilidad de sus juicios.

Cambios económicos:

Los ancianos que tienen ingresos adecuados, buena salud, residen en un medio agradable y tienen acceso a un sistema de apoyo social son más vulnerables a estar satisfechos con su jubilación, que aquellos que no poseen las características interiores. Por lo que si se está más seguro financieramente se va a tener un retiro más satisfactorio.

Cambios en la vivienda:

Los problemas de los ancianos en cuanto a la vivienda van desde no tener casa hasta tener "demasiada". Si la casa es "demasiado grande", surgen problemas cuando uno de los cónyuges fallece y el otro no está capacitado para cuidar la propiedad. Por otro lado los problemas que origina una "casa escasa" se traduce en ausencia de un sitio para vivir y en desesperación.



Asistencia sanitaria:

La disponibilidad de asistencia sanitaria es un factor fundamental para el mantenimiento de la salud física y mental de los ancianos. En el Uruguay se cuenta con el Programa Nacional del Adulto Mayor que realiza múltiples acciones propias de prevención y promoción y también acciones en coordinación con el BPS, la Intendencia Municipal de Montevideo, ONG'S vinculadas a la temática del adulto mayor y grupos de promoción y prevención en Gerontología de las mutualistas y sociedades médicas, talleres y actividades educativas. Todo esto para favorecer un envejecimiento activo saludable, que se traduzca en una vida digna, plena y participativa, colaborando en el mantenimiento del adulto mayor en la comunidad durante el mayor tiempo posible y en adecuadas condiciones de salud.

Si existen servicios sanitarios accesibles, pero faltan los medios de transporte necesarios, las visitas al médico también son mínimas. Los períodos de confusión y las pérdidas de memoria nublan la capacidad del anciano para seguir las instrucciones terapéuticas y muchos individuos confusos intentan disfrazar o disimular el problema cooperando y asegurando que sí comprendieron.

Pérdida y muerte:



Los ancianos son capaces de superar gran parte de sus problemas vitales; no obstante, el principal reto para su salud mental tal vez sea la reacción ante la pérdida de seres queridos y amigos. Por ello, no es infrecuente que los miembros de una pareja que ha estado unida durante años fallezcan con un corto intervalo de tiempo entre ambos. Parece ser que pierden el deseo de continuar sin la persona amada, y la muerte es la oportunidad para reunirse con ella.

Las pérdidas durante la vejez también adoptan otras formas. La pérdida de la resistencia física y de la agudeza sensorial con que se disfruta del mundo supone un problema y un reto que los ancianos. ³

La Jubilación es un fenómeno complejo, generalizado en las sociedades industriales, por el cual una persona que alcanza una determinada edad, generalmente los 65 años, o que está afectada de incapacidades físicas o psíquicas importantes para el trabajo queda desligada socialmente de su profesión y adquiere el derecho a una retribución económica.

Comprende las dimensiones jurídico – legal vinculada con las normas vigentes para el retiro laboral; económica, vinculada con la prestación de la jubilación; social, vinculada al cambio de status que implica el alejamiento de la vida laboral; psicológica, vinculada a la modificación del curso diario de la vida y reestructuración de sus relaciones sociales y familiares.



Gradualmente las personas de 60 o 65 años comienzan a jubilarse y se transforma en la base para el retiro del mundo del trabajo. Con el término "Jubilado" se designa a toda persona, hombre o mujer, que haya alcanzado la edad legal de la jubilación en el país en el que reside, cualquiera que haya sido su actividad pasada.⁹

Con el envejecimiento poblacional progresivo, las personas entre 60 y 65 años de edad cada vez son más, por lo que la jubilación no solo es un derecho de protección social sino que también es un descanso impuesto y un mecanismo de regulación laboral.

A su vez también, la jubilación es un medio para la renovación de la fuerza trabajadora por lo que se convierte en un instrumento de gestión laboral.¹⁰

En nuestro país la Ley vigente N° 18.395 "Beneficios jubilatorios, flexibilización de las condiciones de acceso", decreta que para configurar un causal de jubilación común, se exigirán los siguientes requisitos: tener sesenta años de edad y un mínimo de treinta años de servicios, con cotización efectiva para los períodos cumplidos en carácter de trabajador no dependiente o con registración en la historia laboral para los períodos cumplidos en carácter de trabajador dependiente.

Con lo que respecta a la pensión a cobrar, para la jubilación común, el resultado de aplicar sobre el sueldo básico jubilatorio respectivo son los porcentajes que se



establecen a continuación: El 45% cuando se computen como mínimo treinta años de servicios reconocidos de acuerdo al artículo 77 de la presente ley y se adicionará un 1% del sueldo básico jubilatorio por cada año de servicios que exceda de treinta hasta los treinta y cinco años de servicios. Un 0,5% del referido sueldo básico, por cada año de servicios que exceda de treinta y cinco al momento de configurarse la causal, con un tope del 2,5%. A partir de los sesenta años de edad, por cada año de edad que se difiera el retiro después de haberse completado treinta y cinco años de servicios, un 3% del sueldo básico jubilatorio por año con un máximo de 30%; de no contarse a dicha edad con treinta y cinco años de servicios, se adicionará un 2% del sueldo básico jubilatorio por cada año de edad que supere los sesenta, hasta llegar a los setenta años de edad o hasta completar treinta y cinco años de servicios, si esto ocurriere antes. ¹¹

El trabajo ocupa un lugar importante en la vida de las personas, tanto sea para su sustento económico como para la realización de otros objetivos ya sea la auto-expresión, el mantener relaciones sociales, aprender, servir a la sociedad y mantener una calidad de vida aceptable.

Es de esta manera que al convertirse en jubilado y dejar atrás el mundo laboral en el que sea está envuelto puede generar cambios respecto a la representación que se tiene de la vida.



La Teoría de la Crisis descrita por Miller, destaca los efectos negativos de la jubilación, ya que da importancia al trabajo como factor de integración social y reforzadora de los sentimientos de integridad personal, así como constituye la principal fuente de ingreso.

Es por lo consiguiente que la jubilación va a representar una serie de pérdidas y ganancias, que dependiendo de cómo la persona lo asuma, va a poder adaptarse a este nuevo periodo de vida.

Es así como aparece la desvalorización social y del estatus, el acceso a un tiempo libre vacío de contenido y la ausencia de socialización que puede derivar en aislamiento y soledad a largo plazo. También influye en la salud a través de afecciones emocionales (depresión, ansiedad, etc.) o incluso puede desencadenar la aparición o agravamiento de enfermedades.

La pérdida de la capacidad adquisitiva y de las habilidades o capacidades personales, de la red de relaciones y de la propia identidad, son situaciones estresantes, las cuales tienen un impacto sobre la salud mental de estas personas, siendo la depresión una de sus principales consecuencias.

Episodio Depresivo Mayor:



La característica de un episodio depresivo mayor es un período de al menos 2 semanas durante el que hay un estado de ánimo deprimido o una pérdida de interés o placer en casi todas las actividades.

El sujeto también debe experimentar al menos otros cuatro síntomas de una lista que incluye cambios de apetito o peso, del sueño y de la actividad psicomotora; falta de energía; sentimientos de infravaloración o culpa, dificultad para pensar, concentrarse o tomar decisiones y pensamientos recurrentes de muerte o ideación, planes o intentos suicidas.

Los síntomas han de mantenerse la mayor parte del día casi cada día, durante al menos 2 semanas consecutivas. El episodio debe acompañarse de un malestar clínico significativo o de deterioro laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo. En algunos sujetos con episodio leve la actividad puede parecer normal, pero a costa de un esfuerzo muy importante.

Frecuentemente, el estado de ánimo en un episodio depresivo mayor es descrito por el sujeto como deprimido, triste, desesperanzado, desanimado, o "como en un pozo". En algunos casos, la tristeza puede ser negada al principio, pero más tarde puede ser suscitada por la entrevista.

Casi siempre hay pérdida de intereses y de capacidad para el placer en mayor o menor medida.



Normalmente el apetito disminuye y muchos sujetos tienen que esforzarse por comer.

La alteración del sueño asociada más a menudo a un episodio depresivo mayor es el insomnio. Es característico el insomnio medio (despertarse durante la noche y tener problemas para volver a dormirse) o el insomnio tardío (despertarse demasiado pronto y ser incapaz de volver a dormirse). También se puede presentar un insomnio inicial (problemas para conciliar el sueño). Menos frecuentemente, los sujetos se quejan de exceso de sueño (hipersomnía) en forma de episodios de sueño prolongado nocturno o de aumento del sueño diurno. Algunas veces el trastorno del sueño es la razón por la que el sujeto acude en busca de tratamiento.

Los cambios psicomotores incluyen agitación (incapacidad para permanecer sentado, paseos, frotarse las manos, y pellizcar o arrugar la piel, la ropa o algún objeto) o enlentecimiento (lenguaje, pensamiento, y movimientos corporales enlentecidos; aumento de la latencia de respuesta, bajo volumen de la voz, menos inflexiones y cantidad o variedad de contenido, o mutismo) La agitación o el enlentecimiento psicomotores deben ser lo bastante graves como para ser observables por los demás y no representar únicamente una sensación subjetiva.

Es habitual la falta de energía, el cansancio, y la fatiga.



El sentimiento de inutilidad o de culpa asociado a un episodio depresivo mayor puede implicar evaluaciones negativas no realistas del propio valor o preocupaciones o rumiaciones de culpa referidas a pequeños errores pasados. Estos sujetos suelen malinterpretar los acontecimientos cotidianos neutros o triviales, tomándolos como pruebas de sus defectos personales, y suelen tener un exagerado sentimiento de responsabilidad por las adversidades.

Muchos sujetos refieren una capacidad disminuida para pensar, concentrarse o tomar decisiones. Pueden dar la impresión de distraerse con facilidad o quejarse de falta de memoria.

En sujetos de edad avanzada con un episodio depresivo mayor, la queja principal puede ser falta de memoria, que puede ser tomada erróneamente por un signo de demencia ("seudodemencia"). Cuando el episodio depresivo mayor es tratado con éxito, suelen desaparecer los problemas de memoria. Sin embargo, en algunos sujetos, especialmente ancianos, el episodio depresivo mayor puede ser la presentación inicial de una demencia irreversible.

Son frecuentes los pensamientos de muerte, la ideación suicida o las tentativas suicidas. Estas ideas varían desde la creencia consistente en que los demás estarían mejor si uno muriese hasta los pensamientos transitorios, pero recurrentes, sobre el hecho de suicidarse, o los auténticos planes específicos



sobre como cometer el suicidio. La frecuencia, intensidad y letalidad de estas ideas pueden ser muy variables.

Es esencial una buena entrevista clínica para descubrir los síntomas de un episodio depresivo mayor.

La evaluación de los síntomas de un episodio depresivo mayor es especialmente difícil cuando se presentan en un sujeto que tiene además una enfermedad médica (cáncer, accidentes vasculares cerebrales, infarto de miocardio, diabetes). Algunos de los criterios de un episodio depresivo mayor son idénticos a los síntomas y signos característicos de las enfermedades médicas (pérdida de peso en la diabetes no tratada, fatiga en el cáncer).

En cuanto a la prevalencia, los estudios del trastorno depresivo mayor han indicado un amplio intervalo de valores para la proporción de la población adulta que padece el trastorno. El riesgo para el trastorno depresivo mayor a lo largo de la vida en las muestras de población general ha variado entre el 10 y el 25% para las mujeres y entre el 5 y el 12% para los varones. La prevalencia puntual de trastorno depresivo mayor en adultos en muestras de población general ha variado entre el 5 y el 9% para las mujeres y entre el 2 y el 3% para los varones.¹²

Tratamiento:



Parece indiscutible que los tratamientos biológicos demuestran mayor eficacia terapéutica en los trastornos del estado de ánimo que cualquier tipo de psicoterapia.

Pero también es cierto, como así se ha demostrado, que cualquier tratamiento conjunto, es decir, que combine terapias farmacológicas con algún tipo de psicoterapia, potencia los resultados terapéuticos.

Psicoterapia:

Se recomienda psicoterapia de apoyo, orientada a favorecer la recuperación social y emocional del sujeto, así como conseguir una mejor colaboración y aceptación del tratamiento farmacológico.

Farmacoterapia:

Los antidepresivos tricíclicos (ADT) son los utilizados con mayor profusión. Entre sus efectos, se pueden señalar la modificación del estado de ánimo, disminución de la astenia y mejoría de los trastornos del sueño. Como efectos secundarios cabe citar manifestaciones cardiovasculares, temblor, sequedad de boca, sudoración excesiva, visión borrosa, estreñimiento, disuria, y retención de orina.

Hay que tener presente que sus efectos, tomándolos a dosis terapéuticas, aparecen aproximadamente a las 2 semanas de comenzar el tratamiento.



Los inhibidores de la monoaminoxidasa (IMAO) se han utilizado principalmente de manera secundaria, cuando los antidepresivos tricíclicos no dan resultado. Poseen efecto desinhibidor, aumentan la energía y disminuyen también los efectos de la ansiedad y las somatizaciones.

Se utilizan con cierta cautela, porque, además de los efectos secundarios propios, interactúan con ciertos fármacos que liberan aminas y con la tiramina, sustancia presente en gran número de alimentos, desencadenando un cuadro tóxico que compromete la vida del sujeto.

Producen efecto terapéutico unas 3 semanas después de iniciarse el tratamiento.

Las sales de litio se han utilizado de manera preventiva, como profilaxis de las recidivas maníacas, ya que su efecto es regulador, más que corrector, del humor.

Presentan importantes efectos secundarios: náuseas y vómitos, temblor de manos, poliuria y polidipsia, y diarreas.

Requieren cierto cuidado en su manejo, dado que pueden producir intoxicaciones agudas, que presentan somnolencia, vértigos, disartria, hipertonía muscular, hiperreflexia, ataxia y crisis hipertensivas, hasta llegar finalmente al estado estuporoso y coma. Se recomienda para mantener el efecto terapéutico conservar al paciente con unos parámetros de litemia entre 0.6 y 1.2 mEq/l.5



Medición de la depresión:

Existen escalas que ayudan no sólo a diagnosticar, sino también al seguimiento de los pacientes deprimidos. Se debe de aclarar que estas no reemplazan la valoración clínica.

Materiales y Métodos:

Se trata de un estudio descriptivo, transversal. Para llevar a cabo el mismo se aplicó la escala de Yesavage; realizando una caracterización de la población según las variables demográficas, económicas, funcionales, familiares, y del uso del tiempo en un grupo de jubilados residentes en los complejos BPS.

La recolección de datos se realizó durante el periodo comprendido entre el 10 al 14 de febrero del 2014 en el horario de 9 a 13 horas.

El universo se constituyó por todos los adultos mayores de 60 años que residen en los complejos del BPS de los cuales la muestra estuvo constituida por 52 jubilados, la misma fue por conveniencia; los cuales reunían los criterios de inclusión y exclusión.

Los mismos fueron:

Inclusión: Adultos mayores de ambos sexos, jubilados por "jubilación común", residentes en complejos de BPS, siendo este titular de la vivienda o familiar, cónyuge del mismo en Montevideo, Uruguay.



Exclusión: Quedaran excluidos todos aquellos adultos mayores no jubilados, o jubilados por discapacidad, jubilación militar, etc.

Cabe destacar que la muestra del estudio evolucionó a lo largo del proyecto, la decisión sobre el mejor modo de obtener los datos y de quien o quienes obtenerlos son decisiones que se toman en el campo, pues queremos reflejar la realidad y los diversos puntos de vista de los participantes los cuales resultan desconocidos al iniciar el estudio. Debido al pequeño tamaño muestral una de las limitaciones frecuentemente planteada con relación al enfoque cualitativo es que la representatividad de los resultados se pone en duda, pero debemos tener en cuenta que el interés de la investigación cualitativa en ocasiones se centra en un caso que presenta interés intrínseco para descubrir significado o reflejar realidades múltiples, por lo que la generalización no es un objetivo de la investigación.¹³

La encuesta a los jubilados fue personalizada, se efectuó la entrevista que fue realizada por el equipo investigador durante el correr de 20 minutos aprox. en el domicilio del mismo. Se diseñó un formulario con 14 preguntas cerradas de tipo dicotómica y politómica, y una pregunta abierta de las cuales se indagara los diferentes aspectos demográficos, económicos, de salud, socio-familiares (Anexo II); el resto de las preguntas corresponden a la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage, por medio de la cual se identificarán los niveles de depresión.

Para el análisis de los datos obtenidos se realizaron tablas para cada una de las variables donde quedaron representadas las frecuencias absolutas y relativas. A su vez se realizaron gráficos para cada una de ellas. Se realizaron gráficas circulares para las variables dicotómicas y gráficos de barra para las variables politómicas.

Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage

La Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage fue 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. Con posterioridad, otros autores han presentado versiones aún más abreviadas (4, 5, 10 ítems).

Se trata de un cuestionario de respuestas dicotómicas sí / no, diseñado en su versión original para ser auto administrado, 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 auto administrado.

Su contenido se centra en aspectos cognitivo-conductuales relacionados con las características específicas de la depresión en el anciano.

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, con un rango de 0-30 o 0-15, según la versión. Para la versión de 30 ítems los puntos de corte propuestos en la versión original de la escala son los siguientes:

- No depresión 0-10 puntos
- Depresión leve (Sensibilidad 84%, especificidad 95%) 11-14 puntos

- Depresión severa (Sensibilidad 80%, especificidad 100%) 14 o más puntos

Validez: sensibilidad y especificidad:

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 cribado general del paciente geriátrico y en el diagnóstico diferencial de la pseudo demencia por depresión.

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), datos estos confirmados en los estudios realizados en nuestro medio.

En los estudios realizados en nuestro país, la versión de 15 ítems ha demostrado una fiabilidad inter e intra observador 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 ejemplo, 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 tratamiento. En pacientes con deterioro cognitivo hay datos contradictorios sobre si su validez puede verse o no disminuida (Anexo I).¹⁴

Consideraciones éticas:

Toda investigación en seres humanos debiera realizarse de acuerdo con cuatro principios éticos básicos: respeto por las personas, beneficencia, no maleficencia y justicia.

Respeto por las personas: se debe tener dos consideraciones respeto por la autonomía, que implica que las personas capaces de deliberar sobre sus decisiones sean tratadas con respeto por su capacidad de auto determinación.

Protección de las personas con autonomía disminuida o deteriorada.

Beneficencia: es la obligación de actuar en beneficio de otros, promoviendo sus legítimos intereses y suprimiendo prejuicios.

No maleficencia: No causar dolor, discapacidad, sufrimiento y enfermedad. La obligación de no hacer el mal es más exigente que la de hacerles el bien.

Justicia: Atender a las personas con la misma consideración sin discriminar por algún motivo (raza, religión, edad, ideología política, nivel socio-cultural) Es el



principio rector de la sociedad.

Distribución igualitaria de los riesgos y beneficios.¹⁵ (Anexo III)

Cabe destacar que dicha investigación cuenta con un consentimiento informado, firmado por el residente para la investigación, para así preservar la confidencialidad de la información.

Variable Estado civil:

Definición conceptual: Situación de **Variables:**

relaciones en familia, provenientes del matrimonio o del parentesco, que existe

Variables Demográficas:

Variable Sexo:

Definición Conceptual: Características biológicas determinadas, que hacen posible reconocer como diferentes a los individuos en hombres y mujeres.

Definición operativa: Femenino, Masculino.

Escala: Cualitativa Nominal

Fuente: Instrumento de medición aplicado a los adultos mayores en estudio

Variable Edad:

Definición conceptual: Periodo de tiempo transcurrido desde el nacimiento del individuo, hasta el momento actual.

Definición operativa: 60 a 65 años; 66 a 70 años; 71 a 75 años, de 76 a 80 años; de 81 a 85 años; de 86 o más años.

Escala: Cualitativa Ordinal

Fuente: Instrumento de medición aplicado a los adultos mayores en estudio

Variable Estado civil:

Definición conceptual: situación de las personas físicas determinada por sus relaciones de familia, provenientes del matrimonio o del parentesco, que establece ciertos derechos y deberes.

Definición Operativa: Soltero, Casado, Divorciado, Viudo, Unión Libre.

Escala: Cualitativa nominal

Fuente: Instrumento de medición aplicado a los adultos mayores en estudio

Variable: Nivel de Instrucción

Definición conceptual: nivel de estudios reconocidos estatalmente, hasta el cual la persona logro llegar.

Definición Operativa: Primaria incompleta; Primaria completa; Secundaria incompleta; Secundaria completa; Terciario incompleto; Terciario completo.

Escala: Cualitativa Ordinal



Fuente: Instrumento de medición aplicado a los adultos mayores en estudio

Variables económicas:

Variable Tiempo Transcurrido desde la jubilación:

Definición Conceptual: Tiempo transcurrido en años desde el comienzo de la jubilación.

Definición Operativa: 0 a 5 años, de 6 a 10 años, de 11 a 15 años, de 16 a 20 años, de 21 a 25 años, mayor a 26 años.

Escala: Cualitativa Ordinal

Fuente: Instrumento de medición aplicado a los adultos mayores en estudio

Variable actividad laboral en la que se desempeñó:

Definición Conceptual: Actividad laboral en la que se desempeñó hasta el momento de su jubilación.

Escala: Cualitativa Nominal

Fuente: Instrumento de medición aplicado a los adultos mayores en estudio

Variable actividad renumerada que realiza actualmente:

Definición Conceptual: Continuidad de actividades renumeradas luego de la jubilación.



Definición Operativa: Si o No

Escala: Cualitativa Nominal

Fuente: Instrumento de medición aplicado a los adultos mayores en estudio

Variable percepción de la situación económica:

Definición Conceptual: Condición como la persona siente que está su situación económica actual.

Definición Operativa: Buena, Regular, o Mala.

Escala: Cualitativa Ordinal.

Fuente: Instrumento de medición aplicado a los adultos mayores en estudio

Variable Salud:

Variable Enfermedades discapacitantes:

Definición Conceptual: Toda enfermedad que proporcione una disminución del desempeño diario, sin discriminar el tipo específico de enfermedad.

Tomando como discapacidad la restricción o ausencia de la capacidad de realizar una actividad, en la forma o dentro del margen que se considera normal. Se caracteriza por insuficiencia 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 puntos: 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 actividad. (OMS; 2004)

Definición Operativa: Si o No

Escala: Cualitativa nominal

Fuente: Instrumento de medición aplicado a los adultos mayores en estudio

Variable Polifarmacia:

Definición Conceptual: Consumo de 5 o más fármacos.

Definición Operativa: Si o No

Escala: Cualitativa nominal

Fuente: Instrumento de medición aplicado a los adultos mayores en estudio

Variable Social y Familiar:

Variable Presencia de acompañante:

Definición Conceptual: presencia de un o más individuos bajo el mismo techo.

Definición Operativa: Si o No

Escala: Cualitativa nominal

Fuente: Instrumento de medición aplicado a los adultos mayores en estudio

Variable Percepción de la aceptación familiar:

Definición Conceptual: Percepción del adulto mayor ante la aceptación de su familia.

Definición Operativa: Si o No

Escala: Cualitativa nominal

Fuente: Instrumento de medición aplicado a los adultos mayores en estudio

Variable muerte de personas significativas:

Definición Conceptual: Defunción de alguna persona significativa en el transcurso del periodo del cese de actividades.

Definición Operativa: Si o No

Escala: Cualitativa nominal

Fuente: Instrumento de medición aplicado a los adultos mayores en estudio

Variable utilización del tiempo:

Definición Conceptual: Realización de actividades ya sea recreativas, físicas, sociales, y/o culturales.

Definición Operativa: Si o No

Escala: Cualitativa nominal

Fuente: Instrumento de medición aplicado a los adultos mayores en estudio.

VARIABLES SOBRE DEPRESIÓN DE ACUERDO A LA ESCALA DE DEPRESIÓN GERIÁTRICA DE YESAVAGE (EDG)

Variable	Pregunta	Categoría	Escala
Satisfacción con la vida	¿Está Ud. básicamente satisfecho con su vida?	1. SI 2. NO	Cualitativa nominal
Abandono de intereses o actividades previas	¿Ha renunciado a muchas de sus actividades o intereses?	1. SI 2. NO	Cualitativa nominal
Sentimiento de Vacío	¿Siente Ud. que su vida está vacía?	1. SI 2. NO	Cualitativa nominal
Frecuente sensación de aburrimiento	¿Se siente Ud. aburrido frecuentemente?	1. SI 2. NO	Cualitativa nominal
Esperanza en el futuro	¿Tiene esperanza en el futuro?	1. SI 2. NO	Cualitativa nominal
Presencia de pensamientos que lo perturban	¿Tiene molestas por pensamientos que no pueda sacarse de la cabeza?	1. SI 2. NO	Cualitativa nominal
Presencia de buen ánimo	¿Tiene a menudo buen ánimo?	1. SI 2. NO	Cualitativa nominal
Miedo a que algo le esté pasando	¿Tiene miedo que algo le esté pasando?	1. SI 2. NO	Cualitativa nominal
Presencia de sentimientos de felicidad	¿Se siente feliz muchas veces?	1. SI 2. NO	Cualitativa nominal
Presencia de sentimientos de abandono	¿Se siente a menudo abandonado?	1. SI 2. NO	Cualitativa nominal
Sentimientos de intranquilidad o inquietud	¿Esta a menudo intranquilo e inquieto?	1. SI 2. NO	Cualitativa nominal
Preferencia frente a quedarse en	¿Prefiere quedarse en casa que acaso salir y hacer cosas	1. SI 2. NO	Cualitativa nominal

casa en vez de salir	nuevas?		
Preocupación por el futuro	¿Frecuentemente está preocupado por el futuro?	1. SI 2. NO	Cualitativa nominal
Problemas de memoria	¿Encuentra que tienes más problemas de memoria que la mayoría de la gente?	1. SI 2. NO	Cualitativa nominal
Creencia frente a lo maravilloso de estar vivo	¿Piensa que es maravilloso vivir?	1. SI 2. NO	Cualitativa nominal
Sentimientos melancólicos y desanimados.	¿Se siente a menudo desanimado y melancólico?	1. SI 2. NO	Cualitativa nominal
Sentimientos de utilidad en el medio en el que se encuentra.	¿Se siente bastante útil en el medio en el que está?	1. SI 2. NO	Cualitativa nominal
Preocupación por el pasado	¿Está muy preocupado por el pasado?	1. SI 2. NO	Cualitativa nominal
Sentimientos de estimulación ante la vida	¿Encuentra la vida muy estimulante?	1. SI 2. NO	Cualitativa nominal
Dificultad para poner en marcha nuevos proyectos	¿Es difícil para UD. poner en marcha nuevos proyectos?	1. SI 2. NO	Cualitativa nominal
Sentimiento de plenitud de energía	¿Se siente lleno de energía?	1. SI 2. NO	Cualitativa nominal

Sentimiento de desesperanza ante la condición actual	¿Siente que su situación es desesperada?	1. SI 2. NO	Cualitativa nominal
Creencia frente a que las demás personas están mejor	¿Cree que mucha gente está mejor que usted?	1. SI 2. NO	Cualitativa nominal
Preocupación por pequeñas cosas	¿Frecuentemente está preocupado por pequeñas cosas?	1. SI 2. NO	Cualitativa nominal
Ganas de llorar	¿Frecuentemente siente ganas de llorar?	1. SI 2. NO	Cualitativa nominal
Problemas de concentración	¿Tiene problemas para concentrarse?	1. SI 2. NO	Cualitativa nominal
Sensación de bienestar en la mañana	¿Se siente mejor por la mañana al levantarse?	1. SI 2. NO	Cualitativa nominal
Evitar reuniones sociales	¿Prefiere evitar reuniones sociales?	1. SI 2. NO	Cualitativa nominal
Tomar decisiones	¿Es fácil para usted tomar decisiones?	1. SI 2. NO	Cualitativa nominal
Claridad mental	¿Su mente esta tan clara como lo acostumbraba a estar?	1. SI 2. NO	Cualitativa nominal

Resultados:

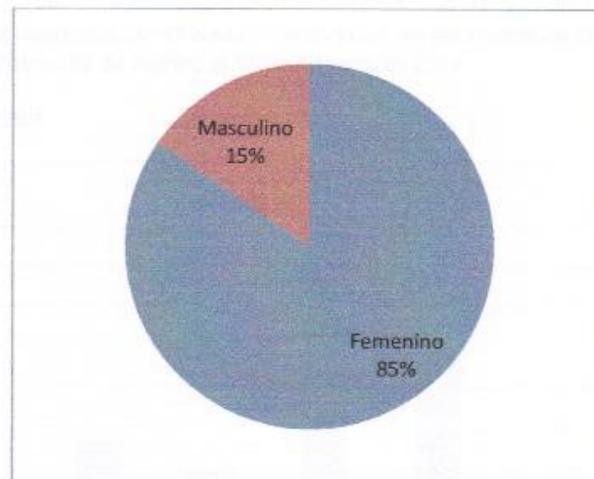
Variables demográficas

Tabla N° 1: Sexo

Sexo	FA	FR%
Femenino	44	84,60%
Masculino	8	15,40%
Total	52	100%

Fuente: Entrevistas realizadas por el equipo investigador en los complejos BPS en la semana correspondiente al lunes 10 de febrero al 14 de febrero del 2014.

Gráfico N° 1: Sexo



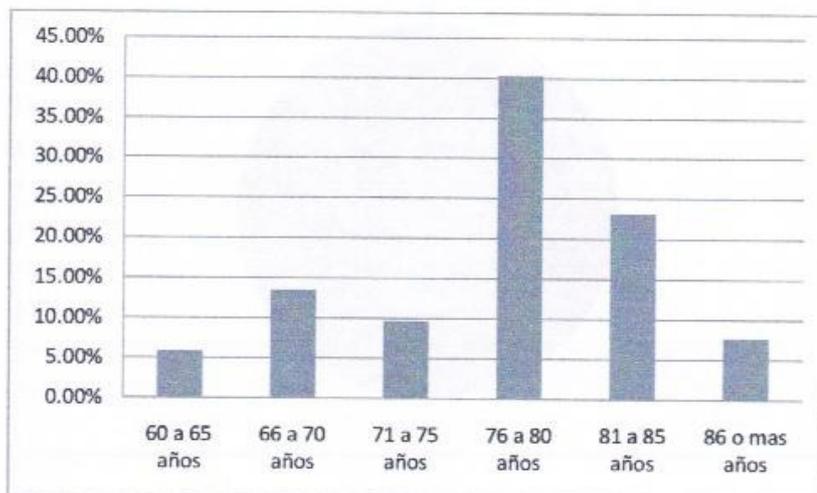
En la siguiente tabla se observa que de la muestra estudiada predominó el sexo femenino con un 85%, mientras que el sexo masculino ocupó un 15%.

Tabla N° 2: Edad

Edad	FA	FR%
60 a 65 años	3	5,70%
66 a 70 años	7	13,50%
71 a 75 años	5	9,60%
76 a 80 años	21	40,30%
81 a 85 años	12	23,10%
86 o más años	4	7,60%
Total	52	100%

Fuente: Entrevistas realizadas por el equipo investigador en los complejos BPS en la semana correspondiente al lunes 10 de febrero al 14 de febrero del 2014.

Gráfico N° 2: Edad



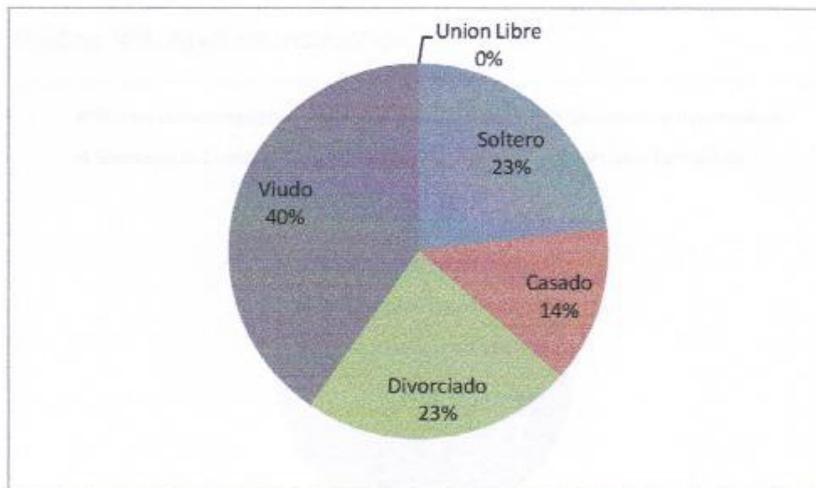
En cuanto a las edades, el rango que predominó fue de 76 a 80 años con un 40,3% seguido por un 23,1% de 81 a 85 años; entre 66 a 70 años con un 13,5%, con un 9,6% entre el rango de edades de 71 a 75 años, seguido de 86 o más años con un 7,6%, por último con un 5,7% de 60 a 65 años.

Tabla N°3: Estado Civil

Estado Civil	FA	FR%
Soltero	12	23,10%
Casado	7	13,40%
Divorciado	12	23,10%
Viudo	21	40,30%
Unión Libre	0	0%
Total	52	100%

Fuente: Entrevistas realizadas por el equipo investigador en los complejos BPS en la semana correspondiente al lunes 10 de febrero al 14 de febrero del 2014.

Grafica N°3: Estado Civil



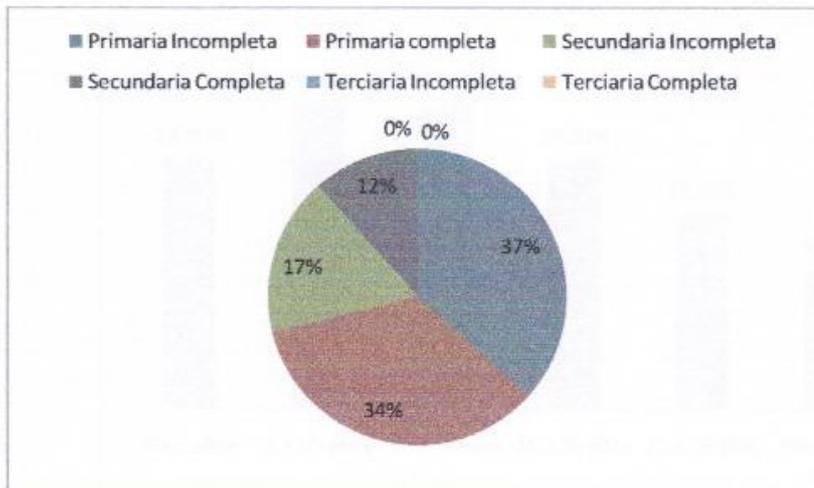
De la población de estudio un 40,3% es viudo, mientras que divorciados y solteros ocupan un 23,1%; casados un 13,5%.

Tabla N° 4: Nivel de Instrucción

Nivel de instrucción	FA	FR%
Primaria Incompleta	19	36,50%
Primaria completa	18	34,30%
Secundaria Incompleta	9	17,30%
Secundaria Completa	6	11,50%
Terciaria Incompleta	0	0%
Terciaria Completa	0	0%
Total	52	100%

Fuente: Entrevistas realizadas por el equipo investigador en los complejos BPS en la semana correspondiente al lunes 10 de febrero al 14 de febrero del 2014.

Grafica N°4: Nivel de Instrucción



En cuanto al nivel de instrucción predominó primaria incompleta con un 36,5%, seguido de primaria completa 34,6%, secundaria incompleta con 17,3%, secundaria completa 11,5%.

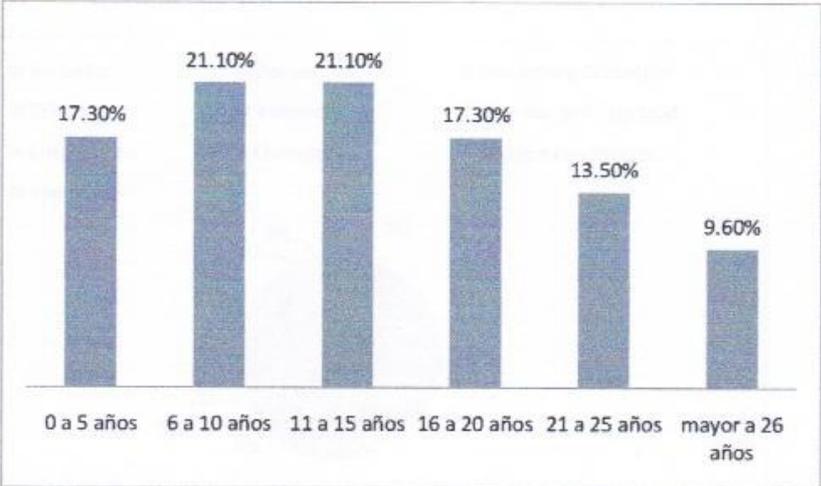
Variables económicas:

Tabla N° 5: Tiempo transcurrido desde la jubilación

Tiempo transcurrido desde la jubilación	FA	FR%
0 a 5 años	9	17,30%
6 a 10 años	11	21,10%
11 a 15 años	11	21,10%
16 a 20 años	9	17,30%
21 a 25 años	7	13,50%
mayor a 26 años	5	9,60%
Total	52	100%

Fuente: Entrevistas realizadas por el equipo investigador en los complejos BPS en la semana correspondiente al lunes 10 de febrero al 14 de febrero del 2014.

Gráfico N° 5: Tiempo transcurrido desde la jubilación



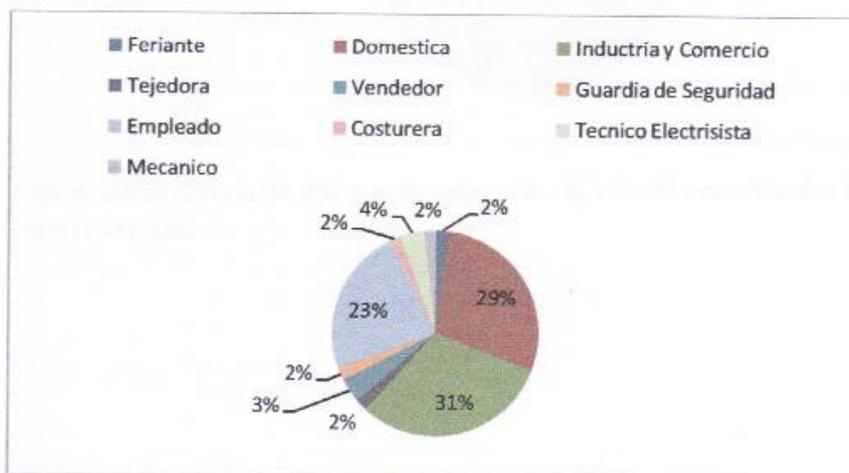
En cuanto al tiempo transcurrido desde la jubilación hasta entonces se afirmó con un 21,10% los rangos de 6 a 10 años y de 11 a 15 años, seguido de 16 a 20 años y 0 a 5 años con un porcentaje de 17,30%, por ultimo con un 13,50% de 21 a 25 años, y mayor a 26 años con 9,6%.

Tabla N° 6: Actividad Laboral

Actividad laboral	FA	FR%
Feriante	1	2%
Domestica	15	28,80%
Industria y Comercio	16	30,70%
Tejedora	1	2%
Vendedor	2	3,80%
Guardia de Seguridad	1	2%
Empleado	12	23%
Costurera	1	2%
Técnico Electricista	2	3,80%
Mecánico	1	2%
Total	52	100%

Fuente: Entrevistas realizadas por el equipo investigador en los complejos BPS en la semana correspondiente al lunes 10 de febrero al 14 de febrero del 2014.

Gráfico N° 6: Actividad laboral



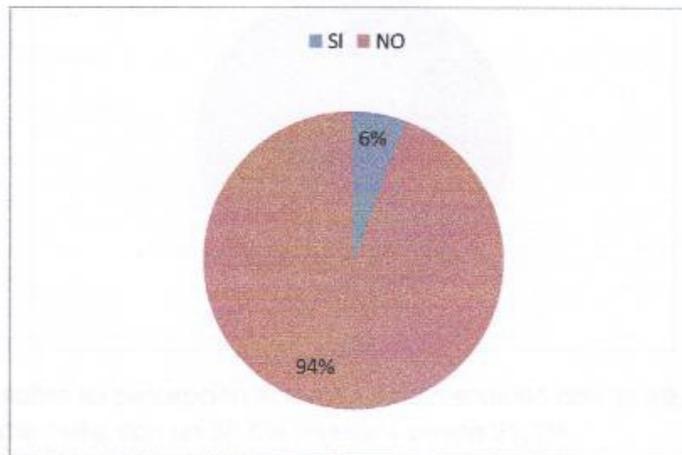
De las actividades laborales por las cuales recibieron el aporte jubilatorio las que más predominaron fueron industria y comercio 30,70% y actividades domésticas con un 28,80%

Tabla N° 7: Actividad Remunerada

Actividad remunerada	FA	FR%
SI	3	5,80%
NO	49	94,20%
Total	52	100%

Fuente: Entrevistas realizadas por el equipo investigador en los complejos BPS en la semana correspondiente al lunes 10 de febrero al 14 de febrero del 2014.

Gráfico N° 7: Actividad Remunerada



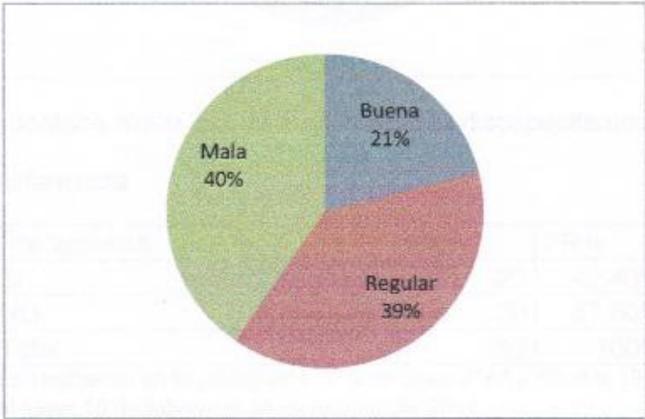
Se destacó con un 94,2% que la población de estudio no realizaba actividades remuneradas.

Tabla N° 8: Percepción de la situación económica

Percepción de la situación económica	FA	FR%
Buena	11	21,10%
Regular	20	38,50%
Mala	21	40,40%
Total	52	100%

Fuente: Entrevistas realizadas por el equipo investigador en los complejos BPS en la semana correspondiente al lunes 10 de febrero al 14 de febrero del 2014.

Gráfico N° 8: Percepción de la situación económica



Al consultar sobre su percepción económica se manifestó con un 40,4% la percibían como mala, con un 38,5% regular y buena 21,1%.

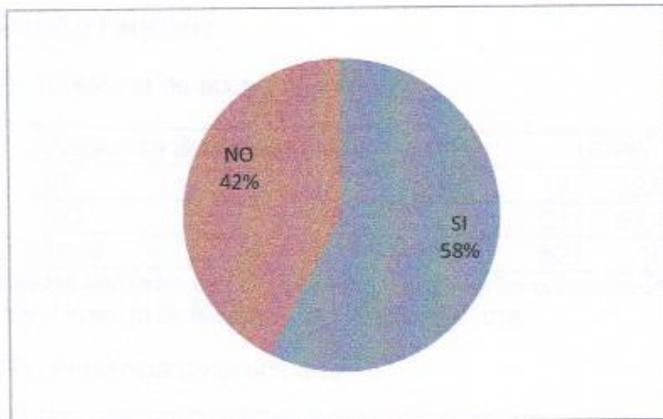
Variable Salud:

Tabla N° 9: Enfermedades Discapacitantes

Enfermedades Discapacitantes	FA	FR%
SI	30	57,60%
NO	22	42,40%
Total	52	100%

Fuente: Entrevistas realizadas por el equipo investigador en los complejos BPS en la semana correspondiente al lunes 10 de febrero al 14 de febrero del 2014.

Gráfico N° 9: Enfermedades Discapacitantes



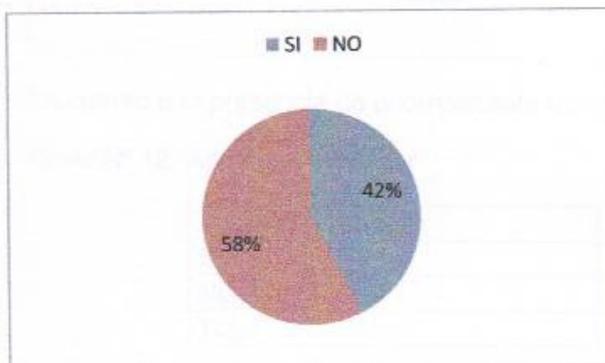
Un 57,60% presentaba algún tipo de enfermedades discapacitantes.

Tabla N° 10 Polifarmacia

Polifarmacia	FA	FR%
SI	22	42,40%
NO	30	57,60%
Total	52	100%

Fuente: Entrevistas realizadas en los complejos BPS de Goes 2143 y Paulier 1913 en la semana correspondiente al lunes 10 de febrero al 14 de febrero del 2014.

Gráfico N° 10: Polifarmacia



De la muestra en estudio un 57,60% no presentaba polifarmacia.

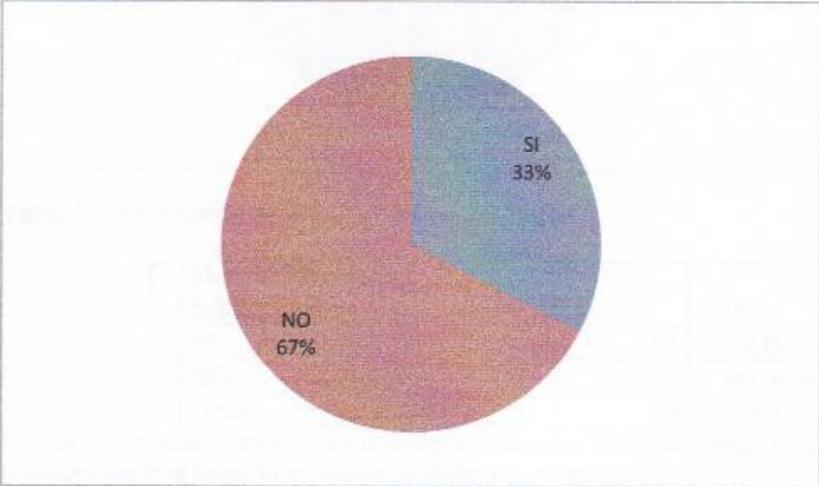
Variable Social y Familiar:

Tabla N° 11: Presencia de acompañante

Presencia de acompañante	FA	FR%
SI	17	32,60%
NO	35	67,40%
Total	52	100%

Fuente: Entrevistas realizadas por el equipo investigador en los complejos BPS en la semana correspondiente al lunes 10 de febrero al 14 de febrero del 2014.

Gráfico N° 11: Presencia de acompañante



En cuanto a la presencia de acompañante un 67,40% no contaba.

Tabla N° 12: Aceptación familiar

Aceptación familiar	FA	FR%
SI	49	94,30%
NO	3	5,70%
Total	52	100%

Fuente: Entrevistas realizadas por el equipo investigador en los complejos BPS en la semana correspondiente al lunes 10 de febrero al 14 de febrero del 2014.

Grafica N° 12: Aceptación Familiar

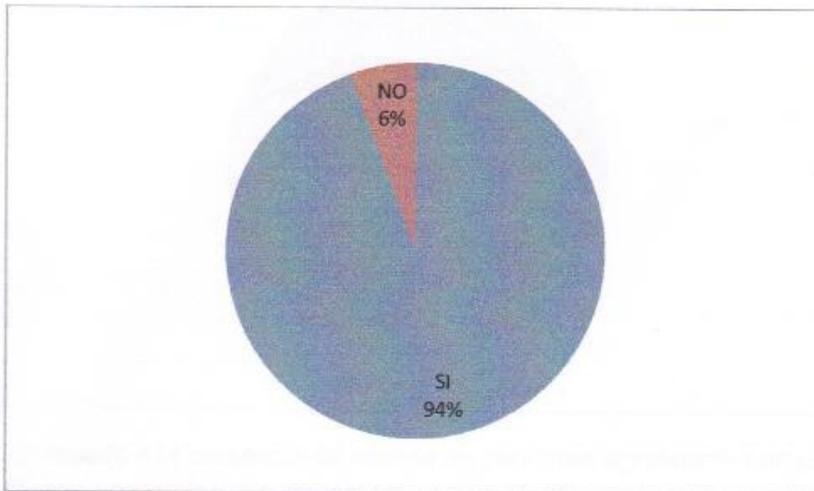
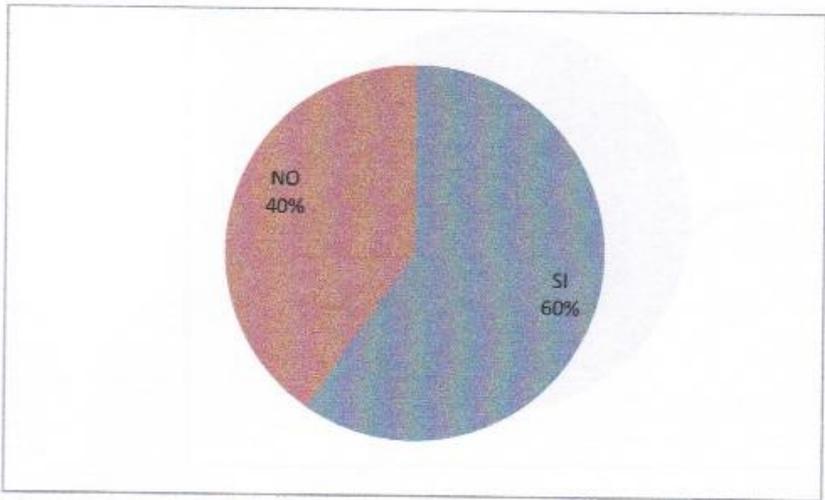


Tabla N° 13: Muerte de personas significativas

Muerte de personas significativas	FA	FR%
SI	31	59,60%
NO	21	40,40%
Total	52	100%

Fuente: Entrevistas realizadas por el equipo investigador en los complejos BPS en la semana correspondiente al lunes 10 de febrero al 14 de febrero del 2014.

Grafica N° 13: Muerte de personas significativas



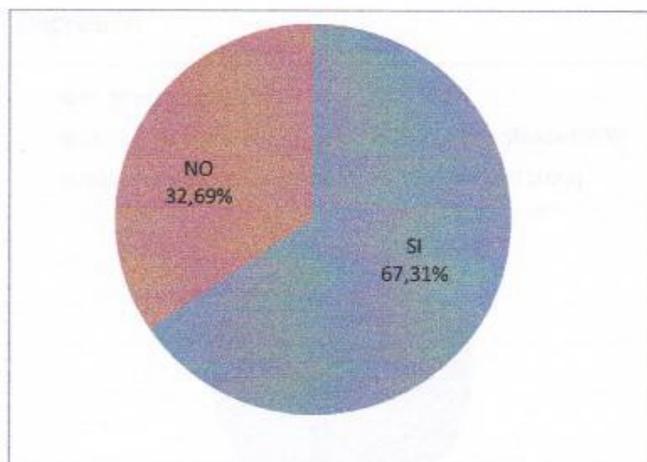
En cuanto a la presencia de muerte de personas significantes en este último tiempo predominó la respuesta si con un 59,6%.

Tabla N° 14: Utilización del tiempo libre

Utilización del tiempo libre	FA	FR%
SI	35	67,31%
NO	17	32,69%
Total	52	100%

Fuente: Entrevistas realizadas por el equipo investigador en los complejos BPS en la semana correspondiente al lunes 10 de febrero al 14 de febrero del 2014.

Gráfico N° 14: Utilización del tiempo libre



En cuanto a la utilización del tiempo libre se destacó con un 67,31% si lo utilizaban, con un 32,69% no.

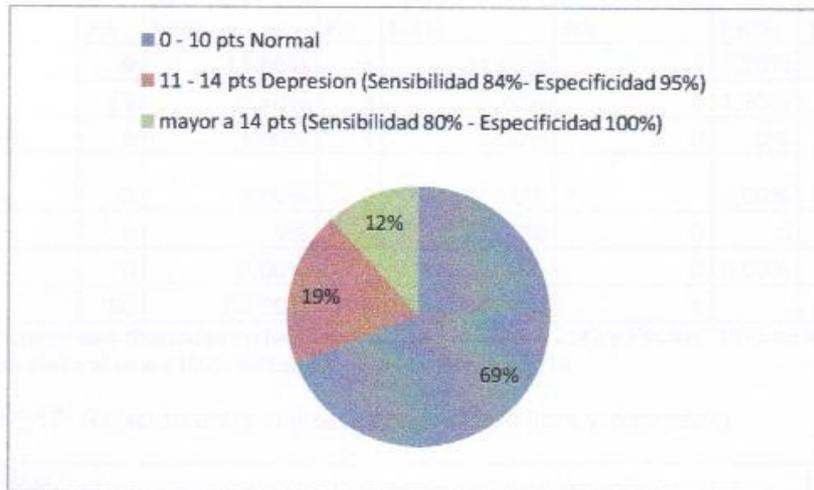
Escala de Yesavage

Tabla N° 15: Depresión

Depresión	FA	FR%
0 - 10 pts. Normal	36	69,20%
11 - 14 pts. Depresión leve (Sensibilidad 84%- Especificidad 95%)	10	19,20%
Mayor a 14 pts. Depresión severa (Sensibilidad 80% - Especificidad 100%)	6	11,60%
Total	52	100%

Fuente: Entrevistas realizadas por el equipo investigador en los complejos BPS en la semana correspondiente al lunes 10 de febrero al 14 de febrero del 2014.

Gráfico N° 15: Depresión



En cuanto a la aplicación de la escala de yesavage, en depresión geriátrica, se destacó con un 69,20% como rango normal, seguido de 19,20% con depresión (Sensibilidad 84%- Especificidad 95%), y con un 11,60% como depresión (Sensibilidad 80% - Especificidad 100%).

Tabla N° 16: Relación entre Nivel de Instrucción y depresión.

Nivel de Instrucción/ Depresión	Normal		Leve		Severa		Total	
	FA	FR%	FA	FR%	FA	FR%	FA	FR%
Primaria Incompleta	9	11,50%	6	11,50%	4	7,70%	19	36,10%
Primaria Completa	14	5,70%	3	5,70%	1	1,90%	18	34,60%
Secundaria Incompleta	8	1,90%	1	1,90%	0	0%	9	17,30%
Secundaria Completa	5	9,60%	0	0%	1	1,90%	6	11,50%
Terciaria Incompleta	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
Terciaria Completa	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
Total	36	69,20%	10	19,20%	6		52	100%

Fuente: Entrevistas realizadas en los complejos BPS de Goes 2143 y Paullier 1913 en la semana correspondiente al lunes 10 de febrero al 14 de febrero del 2014.

Tabla N° 17: Relación entre Utilización del tiempo libre y depresión

Utilización tiempo libre/ Depresión	Normal		Leve		Severa		Total	
	FA	FR%	FA	FR%	FA	FR%	FA	FR%
Alta	28	53,90%	5	9,60%	2	3,80%	35	67,30%
Baja	8	15,40%	5	9,60%	4	7,70%	17	32,70%
Total	36	69,20%	10	19,20%	6		52	100%

Fuente: Entrevistas realizadas en los complejos BPS de Goes 2143 y Paullier 1913 en la semana correspondiente al lunes 10 de febrero al 14 de febrero del 2014.

Discusión:

Refiriéndonos a nuestros objetivos específicos, en lo que respecta a las variables económicas del tiempo transcurrido desde la jubilación, predomina con un 21,1% el rango de 6 a 10 años y de 11 a 15 años de jubilación. En cuanto a si realiza una actividad remunerada el 94,2% respondió que no. Por otra parte en cuanto a percepción de la situación económica con 40,4% predominó la percepción mala de su situación económica. Es preciso saber la percepción de la situación económica para ver cuánto influye en la calidad de vida en lo que hace al plan alimenticio, tratamientos médicos y otras necesidades básicas, hecho no menor cuando hablamos de cómo repercute en su estado de ánimo.

En cuanto a las variables socio familiares, se vio que con un 67,4% no contaban con acompañante; cabe destacar que la soledad es uno de los factores que más inducen a la depresión a esta altura de la vida en las personas. Un 94,3% se sentía aceptado por su familia, el 59,6% sufrió el fallecimiento de una persona querida en el último tiempo; a su vez el 67,3% ocupa su tiempo libre.

Al aplicar la Escala de Depresión Geriátrica (Yesavage) en nuestra muestra encontramos que el 69,2% se encuentra en un rango normal de 0 a 10 puntos; el 19,2% se encuentra en el rango de 12 a 14 puntos, considerada depresión leve

(Sensibilidad 84%- Especificidad 95%), y con un 11,60% considerada depresión severa (Sensibilidad 80% - Especificidad 100%).

Con lo que respecta a las variables de salud el 57,6% padece enfermedades discapacitantes cifra que nos resulta significativa dado el tamaño muestral y sigue las características epidemiológicas de nuestro País para esta etapa evolutiva. Por otro lado el 57,6% no presenta polifarmacia.

En cuanto a la relación de la depresión con la edad, se observa que la depresión severa se da indistintamente en los rangos de edades utilizados, no evidenciándose la referencia planteada anteriormente de que ha mayor edad mayor depresión. Por otra parte refiriéndonos a lo que es la depresión leve el 50% de ellos está dentro del rango de 76 a 80 años.

También se puede observar que la mayoría de los depresivos presentan un bajo nivel de instrucción (7,7% Primaria Incompleta). Por otra parte no se puede afirmar que la depresión sea mayor en personas viudas dado que la distribución se da uniformemente en las categorías.

No se observa relación entre la percepción económica y la depresión; como tampoco aparece relación entre la aceptación familiar y la depresión, ni se observa relación entre el tiempo transcurrido de jubilado y la aparición de la misma.



Por otra parte, si se observa relación entre la depresión y el tiempo libre, ya que la mayoría de los depresivos no ocupan su tiempo libre (7,7%).

No se pudo observar una muestra significativa de depresivos, tanto leves como severos.

Teniendo en cuenta la hipótesis planteada "las variables que más incurren en la depresión son la situación económica; la aceptación familiar y social; si ocupa o no el tiempo libre" podemos afirmar que en dicha muestra se cumplió la relación entre la depresión y la no ocupación del tiempo libre, no pudiendo comprobar la relación que existe entre depresión y situación económica – aceptación familiar.

Por otra parte no hubo correlación entre las variables elegidas para afirmar que la jubilación incide en el estado anímico del adulto mayor. Lo cual nos lleva a reflexionar sobre algunos factores que inciden en dicho estudio para que esta relación no se diera; entre ellos aparece, tiempo transcurrido desde la jubilación hasta el momento; ya que la mayoría se jubiló hace más de 5 años ya habiendo pasado el periodo de adaptación donde se puede presentar la depresión post-jubilación.

Otro factor que pudo incidir es el tipo de estudio ya que si fuera un estudio longitudinal podríamos observar así el momento desde que se jubiló hasta entonces observando los cambios puntuales de la depresión.



Universidad de la República

Facultad de Enfermería

Cátedra de Salud Mental



Además se encuentran viviendo en un complejo habitacional de un ente estatal, el cual cuenta con el apoyo de un equipo interdisciplinario.

En lo que respecta a enfermería consideramos que deberían de haber más profesionales de la salud capacitados en geronto – geriatría, para así tener un mayor reconocimiento de los síntomas depresivos y así poder ser captados y tratados precozmente.

Sugerencias:

Como aporte consideramos que para futuras investigaciones en el tema se tenga en cuenta el periodo de tiempo hasta dos años después de la jubilación, para poder observar mejor las adaptaciones al cambio que el adulto mayor tiene que transitar luego de la jubilación.

Al mismo tiempo sería conveniente para el estudio seguir a una población de jubilados antes y luego de jubilarse, transformándose así en un estudio longitudinal, prospectivo, para así poder identificar mejor variaciones del estado anímico.

Integrar al anciano a grupos de la zona (recreación o actividades físicas).

Referencias Bibliográficas

- 1- Uruguay. Instituto Nacional de Estadística [Internet]. Resultados del Censo de Población 2011: población, crecimiento y estructura por sexo y edad. Montevideo: INE; c2012. Disponible en: <http://www.ine.gub.uy/censos2011/resultadosfinales/analisispais.pdf> [consulta: 6 dic 2013].
- 2- Dobal M. Advierten por alza de jubilaciones: fueron 98.000 en solo tres años. El País [Internet] 2012 marzo 27. Disponible en: <http://historico.elpais.com.uy/120327/pecono-632952/economia/Advierten-por-alza-de-jubilaciones-fueron-98-000-en-solo-tres-anos/> [consulta: 6 dic 2013].
- 3- Morrison M. Fundamentos de enfermería en salud mental. Madrid: Harcourt Brace; 1999.
- 4- Rigol Cuadra A, Ugalde Apalategui M. Enfermería de salud mental y psiquiatría. Barcelona: Salvat ;1991.
- 5- Sabio I, Lucero R, Fierro A, Levi F, Atchugarry M, Casalli G, et al. Manual de geriatría y psicogeriatría. Montevideo: FEFMUR; 2004.
- 6- Martínez P, Flórez Lozano J, Ancizu I, Valdés C, Adeva Cándenas J. Repercusiones psicológicas y sociales de la pre jubilación. Psicotema [Internet] 2003; 15 (1): 49-53. Disponible en: <http://www.psicothema.com/pdf/1021.pdf> [consulta: 6 dic 2013].
- 7- Pando M, Salazar J, Carolina B, Alfaro N. Salud mental en la tercera edad: encuesta a jubilados. Revista Médica del IMSS [Internet] 1999; 37 (4): 273- 8. Disponible en: <http://bvs.insp.mx/artemisa/1999/r24/n04/a05.htm> [consulta: 6 dic 2013].
- 8- Francke L, González B, Lozano L. Envejecimiento exitoso, una tarea de responsabilidad individual. México: AMA; 2011. Disponible en: <http://psicogerontologia.maimonides.edu/wp-content/uploads/2011/12/PAPER-INV-AMA-Y-TRASCIENDE-...pdf> [consulta: 11 dic 2013].
- 9- Uruguay. Banco de Previsión Social [Internet]. Sirlin C. La jubilación como situación de cambio: la preparación para la jubilación como acción estratégica para su abordaje. 2013. Disponible en:



http://www.bps.gub.uy/innovaportal/file/1671/1/la_jubilacion_como_situacion_de_cambio_c_sirlin.pdf [consulta: 11 dic 2013].

10- Riquelme A, Buendía J, Ruiz J. Factores sociales, adaptación y bienestar subjetivo tras la jubilación. *Geriatría* 1997; 13 (4): 167-173.

11- Seguridad social. Ley N° 16.713 de 3 de setiembre de 1995. Uruguay.

Disponible en:

<http://www.parlamento.gub.uy/leyes/ AccesoTextoLey.asp?Ley=16713&Anchor> [consulta: 11 dic 2013].

Beneficios jubilatorios: flexibilización de las condiciones de acceso. Ley N° 18.395 de 24 de octubre de 2008. Uruguay. Disponible en:

<http://www.parlamento.gub.uy/leyes/ AccesoTextoLey.asp?Ley=18395&Anchor> [consulta: 11 dic 2013].

12- López-Ibor Aliño J, Valdés Miyar M. *DSM-IV-TR : manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Elsevier; 2008.

13- Martín-Crespo Blanco M, Salamanca Castro A. El muestreo en la investigación cualitativa. *Nure Investigación* [Internet] 2007; (27): 1 – 4.

Disponible en:

http://www.fuden.es/FICHEROS_ADMINISTRADOR/F_METODOLOGICA/FMetodologica_27.pdf [consulta: 11 dic 2013].

14- Sheikh J, Yesavage J. Geriatric Depression Scale (GDS): recent evidence and development of a shorter version. En: Brink T, editor. *Clinical gerontology: a guide to assessment and intervention*. New York: Haworth Press; 1986.

15- *Bioética y aspectos jurídicos* [diapositiva]. Montevideo: Facultad de Enfermería; 2012.



Bibliografía Consultada

Bazo M. La institución social de la jubilación y las personas jubiladas. Revista del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales [Internet] 2002; (nº extraordinario): 241-255. Disponible en:

http://www.empleo.qob.es/es/publica/pub_electronicas/destacadas/revista/numeros/ExtraSS03/Estudios08.pdf [consulta: 9 dic 2013].

Berlinguer G. Ética, salud y medicina. Montevideo: Nordan – Comunidad; Instituto Italiano di Cultura in Uruguay; Casmu; 1994.

De Feber A, Soler A. Cuerpo, dinamismo y vejes. Barcelona: INDE; 1999.

Escribar A, Pérez M, Villaroel R, editores. Bioética, fundamentos y dimensión práctica. Santiago [Chile]: Mediterráneo; c2004.

Martínez C, De Franco L, Carrillo R. Programa del Adulto Mayor, Guía de estudio. Montevideo: Facultad de Enfermería ; 2013.

Mellow AM. Psiquiatría geriátrica. Barcelona: Psiquiatría Editores; 2004.



Universidad de la República

Facultad de Enfermería

Cátedra de Salud Mental



ANEXOS:

Anexo I:

Escala de Yesavage		
Escala de depresión geriátrica de Yesavage		
Ítem	Pregunta a realizar	1 punto si responde:
1	¿Está básicamente satisfecho con su vida?	NO
2	¿Ha renunciado a muchas de sus actividades e intereses?	SI
3	¿Siente que su vida está vacía?	SI
4	¿Se encuentra á menudo aburrido?	SI
5	¿Tiene esperanza en el futuro?	NO
6	¿Tiene molestias (malestar, mareo) por pensamientos que no pueda sacarse de la cabeza?	SI
7	¿Tiene a menudo buen ánimo?	NO
8	¿Tiene miedo de que algo le esté pasando?	SI
9	¿Se siente feliz muchas veces?	NO
10	¿Se siente a menudo abandonado?	SI
11	¿Está a menudo intranquilo e inquieto?	SI
12	¿Prefiere quedarse en casa que acaso salir y hacer cosas nuevas?	SI
13	¿Frecuentemente está preocupado por el futuro?	SI
14	¿Encuentra que tiene más problemas de memoria que la mayoría de la gente?	SI
15	¿Piensa que es maravilloso vivir?	NO
16	¿Se siente a menudo desanimado y melancólico?	SI
17	¿Se siente bastante inútil en el medio en que está?	SI
18	¿Está muy preocupado por el pasado?	SI
19	¿Encuentra la vida muy estimulante?	NO
20	¿Es difícil para usted poner en marcha nuevos proyectos?	SI
21	¿Se siente lleno de energía?	NO
22	¿Siente que su situación es desesperada?	SI
23	¿Cree que mucha gente está mejor que usted?	SI
24	¿Frecuentemente está preocupado por pequeñas cosas?	SI
25	¿Frecuentemente siente ganas de llorar?	SI
26	¿Tiene problemas para concentrarse?	SI
27	¿Se siente mejor por la mañana al levantarse?	NO
28	¿Prefiere evitar reuniones sociales?	SI
29	¿Es fácil para usted tomar decisiones?	NO
30	¿Su mente está tan clara como lo acostumbraba a estar?	NO

Puntuación total:
0 - 10: No depresión
11 - 14: Depresión leve (sensibilidad 84%; especificidad 95%).
> 14: Depresión severa (sensibilidad 80%; especificidad 100%).



Anexo II:

Instrumento de Medición de variables Socio-Demográficas:

Variables demográficas:

1- Sexo:

Femenino
Masculino

2- Edad:

60 a 65 años
66 a 70 años
71 a 75 años
76 a 80 años
81 a 85 años
86 años o mas

3- Estado civil:

Soltero
Casado
Divorciado
Viudo
Unión libre

4-Nivel de instrucción:



Universidad de la República
Facultad de Enfermería
Cátedra de Salud Mental



Primaria incompleta	<input type="checkbox"/>
Primaria completa	<input type="checkbox"/>
Secundaria incompleta	<input type="checkbox"/>
Secundaria completa	<input type="checkbox"/>
Terciaria incompleta	<input type="checkbox"/>
Terciaria completa	<input type="checkbox"/>

Variables económicas:

5-Tiempo transcurrido desde la jubilación:

0 a 5 años	<input type="checkbox"/>
6 a 10 años	<input type="checkbox"/>
11 a 15 años	<input type="checkbox"/>
16 a 20 años	<input type="checkbox"/>
21 a 25 años	<input type="checkbox"/>
Mayor a 26 años	<input type="checkbox"/>

6- Actividad laboral en la que se desempeñó:

7-Actualmente realiza alguna actividad remunerada:

SI	<input type="checkbox"/>
NO	<input type="checkbox"/>

8-Percepción de la situación económica:

Buena	<input type="checkbox"/>
Regular	<input type="checkbox"/>
Mala	<input type="checkbox"/>



Variable salud:

9-Enfermedades discapacitantes:

Anexo III

SI
NO

10-Polifarmacia:

SI
NO

Variable social y familiar:

11-Presencia de acompañante:

SI
NO

12-Percepción de aceptación familiar:

SI
NO

13-Muerte de personas significativas:

SI
NO

14-Utilización de tiempo libre:

SI
NO



Universidad de la República
Facultad de Enfermería
Cátedra de Salud Mental



ANEXO IV:

Anexo III

Facultad de Enfermería

Fecha:

Consentimiento informado:

Mediante su consentimiento será parte de una investigación realizada por estudiantes de la facultad de enfermería realizando un trabajo de investigación "¿Incide la jubilación en el estado anímico del adulto mayor?".

Certifico que fui informado/a verbalmente de forma clara y precisa de lo que consta dicha investigación y sus fines.

El proceso será estrictamente confidencial. Sus datos personales no serán utilizados en ningún informe cuando los resultados de la investigación sean publicados.

Nombre del participante: _____
Estudiantes Facultad de Enfermería

Fecha: _____



Universidad de la República
Facultad de Enfermería
Cátedra de Salud Mental



ANEXO IV:

Carta de autorización

Montevideo, 4 de febrero del 2014

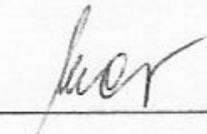
Dirigido a: Lic. Trabajo Social María Troche

Somos un grupo de cinco estudiantes de la Facultad de Enfermería cursando el cuarto ciclo, primer módulo de la Licenciatura en Enfermería, de la Universidad de la República, realizando el trabajo de investigación final. Nos dirigimos a usted para solicitar autorización a fin de poder realizar el mismo en la presente institución.

En dicha investigación se realizará un estudio descriptivo acerca de la incidencia de la jubilación en el estado anímico del adulto mayor. Se adjunta Protocolo de Investigación.

Saluda atentamente Estudiantes Facultad de Enfermería.

Firma _____


Lic. ES. Ma del CARMEN TROCHE
Gerente
Sector Servicios Sociales
Prestaciones Sociales



ANEXO V:

Recursos Humanos: 5 estudiantes de la Facultad de Enfermería, UdelaR.

Recursos Materiales: Lápices, lapiceras, tablas, cuadernos, fotocopias e impresiones, etc.

Recursos Financieros: Boletos, fotocopias, impresiones, encuadernaciones, material de papelería.

Materiales	Gastos
Boletos	\$3120
Impresiones	\$720
Encuadernaciones	\$280
Material de papelería	\$200
Total	\$4320

Los recursos materiales serán financiados por estudiantes a cargo de la investigación.

ANEXO VI:

Cronograma de Grantt

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	
Tutoría para designación del tema.	→															
Taller con biblioteca.	→															
Realización de protocolo- Revisión bibliográfica.		→														
Aprobación del protocolo.				→												
Petición del permiso en el BPS para realización de Trabajo de Investigación Final en Complejos de jubilados pertenecientes al mismo.				→												
Otorgamiento del permiso por parte del BPS.										→						
Reunión con grupo interdisciplinario a cargo del complejo.										→						
Presentación a referentes de los complejos.										→						
Aplicación del instrumento tipo encuesta a jubilados residentes en complejos BPS.											→					
Procesamiento y análisis de datos - Elaboración de informe final.												→				

Referencias:

Semana 1: 29/11/13 al 6/12/13

Semana 2: 6/12/13 al 13/12/13

Semana 3: 13/12/13 al 20/12/13

Semana 4: 20/12/13 al 27/12/13

Semana 5: 27/12/13 al 3/1/14

Semana 6: 3/1/14 al 10/1/14



Semana 7: 10/1/14 al 17/1/14

Semana 8: 17/1/14 al 24/1/14

Semana 9: 24/1/14 al 31/1/14

Semana 10: 31/1/14 al 7/2/14

Semana 11: 7/2/14 al 14/2/14

Semana 12: 14/2/14 al 21/2/14

Semana 13: 21/2/14 al 28/2/14

Semana 14: 28/2/14 al 7/3/14