

UNIVERSIDAD RAFAEL LANDÍVAR
FACULTAD DE HUMANIDADES
LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA INDUSTRIAL/ORGANIZACIONAL

**"NIVEL DE DEPRESIÓN EN JUBILADOS MUNICIPALES DE LA CABECERA DEPARTAMENTAL
DE HUEHUETENANGO."**

TESIS DE GRADO

MARIAN IBED VÁSQUEZ ORDÓÑEZ
CARNET 20835-11

HUEHUETENANGO, FEBRERO DE 2016
CAMPUS "SAN ROQUE GONZÁLEZ DE SANTA CRUZ, S. J." DE HUEHUETENANGO

UNIVERSIDAD RAFAEL LANDÍVAR
FACULTAD DE HUMANIDADES
LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA INDUSTRIAL/ORGANIZACIONAL

**"NIVEL DE DEPRESIÓN EN JUBILADOS MUNICIPALES DE LA CABECERA DEPARTAMENTAL
DE HUEHUETENANGO."**

TESIS DE GRADO

TRABAJO PRESENTADO AL CONSEJO DE LA FACULTAD DE
HUMANIDADES

POR
MARIAN IBED VÁSQUEZ ORDÓÑEZ

PREVIO A CONFERÍRSELE
EL TÍTULO DE PSICÓLOGA INDUSTRIAL / ORGANIZACIONAL EN EL GRADO ACADÉMICO DE
LICENCIADA

HUEHUETENANGO, FEBRERO DE 2016
CAMPUS "SAN ROQUE GONZÁLEZ DE SANTA CRUZ, S. J." DE HUEHUETENANGO

AUTORIDADES DE LA UNIVERSIDAD RAFAEL LANDÍVAR

RECTOR: P. EDUARDO VALDES BARRIA, S. J.

VICERRECTORA ACADÉMICA: DRA. MARTA LUCRECIA MÉNDEZ GONZÁLEZ DE PENEDO

VICERRECTOR DE INVESTIGACIÓN Y PROYECCIÓN: ING. JOSÉ JUVENTINO GÁLVEZ RUANO

VICERRECTOR DE INTEGRACIÓN UNIVERSITARIA: P. JULIO ENRIQUE MOREIRA CHAVARRÍA, S. J.

VICERRECTOR ADMINISTRATIVO: LIC. ARIEL RIVERA IRÍAS

SECRETARIA GENERAL: LIC. FABIOLA DE LA LUZ PADILLA BELTRANENA DE LORENZANA

AUTORIDADES DE LA FACULTAD DE HUMANIDADES

DECANA: MGTR. MARIA HILDA CABALLEROS ALVARADO DE MAZARIEGOS

VICEDECANO: MGTR. HOSY BENJAMER OROZCO

SECRETARIA: MGTR. ROMELIA IRENE RUIZ GODOY

DIRECTORA DE CARRERA: MGTR. GEORGINA MARIA MARISCAL CASTILLO DE JURADO

NOMBRE DEL ASESOR DE TRABAJO DE GRADUACIÓN

LIC. EDGAR OTONIEL ESCOBEDO GÓMEZ

REVISOR QUE PRACTICÓ LA EVALUACIÓN

MGTR. JULIO ANTONIO CARTAGENA WILHELM

Huehuetenango, 02 de julio de 2015

A:
Consejo Facultad de Humanidades
Universidad Rafael Landívar
Guatemala

En cumplimiento con la asignación como asesor del trabajo de tesis de la estudiante **MARIAN IBED VÁSQUEZ ORDÓÑEZ**, con número de carné **2083511**; me permito informar que he procedido a revisar, discutir y asesorar el anteproyecto del estudio denominado **“NIVELES DE DEPRESIÓN EN JUBILADOS MUNICIPALES DE LA CABECERA DEPARAMENTAL DE HUEHUETENANGO”**; en función de lo cual estimo que cumple con los requisitos establecidos por la Facultad, por lo cual acepto asesorar al estudiante.

Sin otro particular, me suscribo de usted,

Deferentemente,


Lic. Edgar Otoniel Escobedo Gómez

Colegado Activo No. 1,109



Universidad
Rafael Landívar
Tradición Jesuita en Guatemala

FACULTAD DE HUMANIDADES
No. 051363-2016

Orden de Impresión

De acuerdo a la aprobación de la Evaluación del Trabajo de Graduación en la variante Tesis de Grado de la estudiante MARIAN IBED VÁSQUEZ ORDÓÑEZ, Carnet 20835-11 en la carrera LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA INDUSTRIAL/ORGANIZACIONAL, del Campus de Huehuetenango, que consta en el Acta No. 05766-2016 de fecha 26 de febrero de 2016, se autoriza la impresión digital del trabajo titulado:

**"NIVEL DE DEPRESIÓN EN JUBILADOS MUNICIPALES DE LA CABECERA
DEPARTAMENTAL DE HUEHUETENANGO."**

Previo a conferírsele el título de PSICÓLOGA INDUSTRIAL / ORGANIZACIONAL en el grado académico de LICENCIADA.

Dado en la ciudad de Guatemala de la Asunción, a los 29 días del mes de febrero del año 2016.



Irene Ruiz Godoy.

**MGTR. ROMELIA IRENE RUIZ GODOY, SECRETARIA
HUMANIDADES
Universidad Rafael Landívar**

AGRADECIMIENTOS

A DIOS: Por ser mi soplo de vida llevándome de su mano por el camino que él ha trazado para mí por la sabiduría que me ha brindado para poder superarme personal y profesional, por su amor y misericordia.

A MIS PADRES: Por su amor y apoyo incondicional, porque cada esfuerzo que han realizado para sacarme adelante, por ser unos grandes padres que me han enseñado que se debe de luchar en la vida para conseguir las metas, me han enseñado que confiando en Dios todo es posible. A mi padre porque es un ejemplo de superación y dedicación, demostrándome que cuando se plantean metas deben ser cumplidas. A mi madre por ser ayuda idónea de mi papá, luchando junto a él para que sus hijos pudieran superarse y sobre todo por sus consejos.

A MIS HERMANOS: Por su amor y apoyo incondicional, por hacer que mis días siempre estén llenos de alegría, porque han tenido siempre un consejo certero para cualquier ámbito de mi vida, por ser profesionales ejemplares y enseñarme precisamente eso como ser una excelente profesional

A MIS AMIGOS:

Por hacer que mis días de estudiante hayan sido los mejores, por su cariño sincero y por brindarme ánimo cuando lo necesitaba, hemos caminado unidos hasta este momento donde hemos llegado a cumplir nuestra meta principal.

A MI ASESOR:

Por brindarme su apoyo, conocimientos y dedicación, gracias por acompañarme en este último paso de mi carrera.

INDICE

1. INTRODUCCIÓN.....	1
1.1. Depresión.....	14
1.2. Depresión como trastorno del estado del ánimo.....	16
1.3. Depresión descrita desde diferentes enfoques	
1.4. Clasificación de la Depresión.....	18
1.5. Subtipos de Depresión.....	23
1.6. Orígenes de la depresión.....	25
1.7. Síntomas de la depresión.....	29
1.8. Tristeza.....	34
1.9. Diagnóstico de la depresión.....	35
1.10. Tratamiento de la depresión.....	36
1.11. Antidepresivos.....	37
1.12. Depresión en la adultez tardía.....	39
II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	46
2.1. Objetivos.....	48
2.2. Variables de estudio	
2.3. Definición de variables	
2.4. Alcances y límites.....	50
2.5 Aporte	
III. MÉTODO.....	53
3.1. Sujetos	

3.2 Instrumento

3.3 Procedimiento.....

3.4 Diseño y Metodología.....

IV. PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS..... 51

V. DISCUSIÓN..... 63

VI. CONCLUSIONES..... 67

VII. RECOMENDACIONES..... 68

VIII. REFERENCIAS

IX. ANEXOS

RESUMEN

La presente investigación tiene como principal objetivo, establecer los niveles de depresión en los jubilados municipales de la cabecera departamental de Huehuetenango, por medio de una investigación de tipo descriptiva exploratoria. Para lograrlo se utilizó el instrumento llamado Inventario de Depresión de Beck II, conformado por 21 indicadores los cuales son utilizados para conocer el nivel de depresión en el que la persona se encuentra, siendo estos: mínimo, leve, moderado y grave. Este test fue aplicado a una muestra de 40 jubilados municipales de un total de 138 que desempeñaban tanto puestos administrativos como operativos, de ambos sexos, comprendidos entre las edades de 50 a 90 años, que cuentan con diversos niveles de escolaridad y de distintas religiones.

La jubilación es una etapa en la carrera profesional de todo colaborador público, el cómo afrontar este proceso depende de cada persona, ya que algunos lo toman como un descanso, pero para otros puede empezar a sentirse desganados y perder el interés por cosas cotidianas, características probablemente precursoras a una depresión.

De acuerdo a los resultados obtenidos del instrumento utilizado para evaluar a los sujetos se concluye que todos los jubilados municipales poseen un nivel de depresión ya sea grado mínimo, leve, moderado y grave. Por lo tanto, se recomienda Implementar dentro de la Municipalidad de Huehuetenango un programa de atención al jubilado en el cual se opten por terapias psicológicas de retiro para los colaboradores que estén próximos a jubilarse y para los que ya están jubilados en un tiempo específico establecido por un psicólogo clínico, para prevenir o contrarrestar un nivel alto de depresión en los sujetos.

I. INTRODUCCIÓN

En la actualidad el sector público proporciona diversas fuentes de empleo en Guatemala, sin embargo para que exista la oportunidad a nuevas personas de desarrollar conocimientos innovadores y experiencia es necesario que trabajadores que han cumplido cierta cantidad de años de servicio en la entidad deban retirarse, permitiendo a estos últimos optar por un retiro merecido.

La jubilación es una etapa relevante en la carrera profesional de la persona ya que los colaboradores toman este proceso como una meta a largo plazo, al llegar a esta se marca el fin de un proceso laboral, dando lugar a una etapa donde la persona debe concentrarse en sí misma y a las personas que le rodean. Error es caer en el pensamiento que vejez y el jubilarse son sinónimos, cuando en realidad este proceso se puede dar por algunas otras razones que no es precisamente por la edad.

La importancia del presente estudio es conocer acerca de los jubilados un poco más allá del enfoque laboral profundizando y llegando a las emociones, pensamientos o sentimientos que la persona pueda presentar al separarse de su trabajo. Efectos tanto particulares como colectivos porque también puede afectar a personas que conviven con el jubilado como familia o amigos, por lo tanto dependiendo la orientación en las que estas se den podrían ser factores que desencadenen una posible depresión.

Se pretende con este estudio establecer los niveles de depresión en los jubilados municipales, al llevar a cabo la investigación se podrá obtener información importante que

permita identificar el dominio de esta enfermedad dentro de la asociación permitiendo crear conocimiento del problema así también como el control o erradicación en los sujetos que pertenecen a esta.

De igual manera se desea suscitar el interés y la reflexión del tema para que pueda ser motivo de investigación de otras empresas u organizaciones de las cuales egresen jubilados para que se puedan crear planes de acción que puedan ayudar a las personas al momento de jubilarse.

La depresión es una enfermedad que no es exclusiva y se da en las personas como reacción a distintos precursores uno de estos puede ser la jubilación, por tal razón, en esta investigación se hace mención de algunas investigaciones realizadas en Guatemala. Por lo que se da a conocer estos estudios a continuación.

Alfaro (2013) realizar una investigación descriptiva sobre “Estado de depresión en los empleados que se jubilan en Quetzaltenango” estudio realizado un total de 155 personas de un total de 247 jubilados de las diferentes instituciones del estado en la Asociación de maestros jubilados de Quetzaltenango, del municipio de Quetzaltenango, para alcanzar su objetivo utilizó como instrumento la prueba IDB (Inventario de Depresión Beck), la cual es adaptada a la depresión que llegan a experimentar las personas luego del proceso de jubilación. En los resultados obtenidos se ha determinado que una persona que se ha jubilado no necesariamente presenta cuadros de depresión; ya que lo toma como un descanso de una larga vida laboral, sin embargo, en una mínima parte si presentan un nivel de depresión grave lo cual puede atribuirse a que son personas que no son activas, no realizan ningún tipo de ejercicio físico, el deseo de tener

pasatiempos no es atractivo para ellos, por la edad no les es posible encontrar otro empleo y en la mayoría tampoco cuentan con la disponibilidad económica de instalar un negocio propio. Por lo que concluye en la investigación que no toda persona jubilada, puede desarrollar un nivel de depresión, por lo que recomienda brindar charlas motivacionales por parte de la junta directiva a los asociados e involucrar para tal ocasión a un profesional en la rama.

Martínez y Delia (2006), realizó una investigación descriptiva a cerca de “La depresión y sus consecuencias en pacientes mayores de 65 años, de ambos sexos, reclusos en Casa Geriátrica María de Antigua Guatemala”, La población total del Centro es de 65 personas, se seleccionaron 25 personas que voluntariamente desearon trabajar así también como a 25 personas que laboraban en la institución, con características de ambos sexos, distintas edades, también distintos niveles educativos así como su experiencia laboral y religiosa. Se utilizó como instrumento la evaluación psicológica IDB-II. Los resultados obtenidos indican que los datos revelados en esta prueba se hacen evidente que el 72% de la población está en un nivel grave de depresión. Por lo que concluye que durante la investigación se pudo observar que hay un alto porcentaje de depresión en los pacientes de este centro por varias causas dentro de las que podemos mencionar falta de afecto y atención. La mayoría de pacientes institucionalizados presentan depresión por el cambio de vida que tienen en la institución y se ve que son incapaces de realizar algunas actividades como la de dar y recibir afecto. Por lo que recomienda que se envíe al personal que labora en la institución a cursos de capacitación que abarquen las áreas de enfermería, cursos de relaciones humanas, de gerontología, de psicología, que los capacite a entender mejor los cambios en las personas adultas y estar preparados mejor emocional y físicamente para que brinden un mejor servicio a los pacientes institucionalizados.

López (2012), realizó una investigación de tipo descriptiva sobre “Depresión en las Personas Internas del Asilo de Ancianos Madre Teresa de Coatepeque, Quetzaltenango”, Esta investigación se realizó con las personas internas del Asilo de Ancianos Madre Teresa de Coatepeque, del Departamento de Quetzaltenango que atiende actualmente a 25 personas, entre ellos sujetos de ambos sexos, 11 ancianas y 14 ancianos de escolaridad analfabeta en su mayoría, de estado socioeconómico bajo, que oscilan entre las edades de 65 a 99 años, La herramienta utilizada para recolectar la información fue la Escala Depresión Geriátrica (GDS), que tiene como objetivo el establecer el nivel en el que se encuentra la depresión en el sujeto. Obteniendo de esta herramienta como resultado que el 48% de las personas sometidas a evaluación presentan un nivel moderado de depresión, mientras que el 44% de las personas presentan un estado depresivo leve y el 8% del total de las personas encuestadas presenta un nivel depresivo grave, por lo que concluye que durante el estudio, se demostró que existen niveles de depresión en todos los ancianos que permanecen en el asilo, ya que el 100% de las personas evaluadas presentan algún nivel de depresión, por lo que recomendó establecer un programa de terapias ocupacionales con diversas actividades para el grupo perteneciente a la tercera edad del Asilo de Ancianos Madre Teresa, para motivar a los ancianos a salir de la rutina en que se encuentran y reducir así los diferentes niveles depresivos que presentan

Aguilar (2008), realiza una investigación de tipo experimental a cerca de “Depresión como consecuencia de los factores negativos que enfrenta el adulto mayor ante la familia y la sociedad”, La presente investigación se realizó en el Centro de Salud No. 16 de la zona 6, con el Grupo EVE integrado por las personas de la Tercera Edad. La población que se atendió está comprendida por 5 hombres y un aproximado de 35 mujeres, la cantidad de estas personas oscila

entre las edades de 40 a 70 años de edad, procedentes de diversos lugares. Como instrumento fue utilizada la prueba para la medición de la depresión del Dr. William Zung, dando como resultado un alto índice de deprimidos ambulatorios y reacciones de ansiedad. Se llegó a la conclusión que el programa del Adulto Mayor, es una base fundamental para las personas de la Tercera Edad que participan en él, y por ende para la sociedad guatemalteca, apoyando así a que se cumplan y se respete sus derechos como lo estipula el decreto 80-96 Ley de Protección para las Personas de la Tercera Edad. Por lo que se recomienda que se promueva por todos los medios de comunicación la importancia de que el Adulto Mayor participe en las actividades que realizan estas instituciones para mejorar su calidad de salud y así mismo de vida

García (2009), realizó una investigación sobre “La jubilación y su relación con padecimientos de ansiedad y depresión en personas de 60 a 70 años que asisten al Centro de Atención Médica Integral para Pensionados (C.AM.I.P.)”, utilizando como población una muestra de 20 personas de la tercera edad jubilados comprendidos entre los 60 a 70 años de edad de ambos géneros, aplicando cuatro instrumentos de recolección de datos. Siendo el primero una entrevista con preguntas semi abiertas dirigida de 15 ítems, el segundo un test de Depresión de Hamilton que cuenta con 27 ítems, el tercero un test de Ansiedad del mismo autor con un total de 14 ítems y el cuarto dos Talleres de Depresión y Ansiedad. La investigación reveló que el 70% de la muestra padece depresión y un 30% no la padece. Como también determinar que síntomas son los más frecuentes siendo estos: decaimiento, insomnio, dolor de cuerpo. de acuerdo a los resultados pudo concluir que las personas de tercera edad que pasan por el período de la jubilación tienen un descenso en su situación económica, la cual provoca cambios en su estilo de vida, que pueden provocar alteraciones emocionales como depresión y ansiedad, por tal motivo

recomienda fomentar en el Instituto de Seguridad Social por medio de C.A.M.I.P. promueva un Centro de Atención Psicológica más amplia, instrumentos didácticos y recursos económicos para realizar actividades que satisfagan las necesidades de los adultos mayores.

Aguilar H. (2007), realizó una investigación de tipo descriptivo la cual lleva por título “Depresión y su incidencia en los Maestros Jubilados del Magisterio Primario Urbano (Estudio realizado con maestros jubilados asociados en la ciudad de Quetzaltenango), Para la realización del trabajo de campo se tomó un total de 50 maestros jubilados del magisterio de educación primaria urbana como muestra representativa, válida y confiable en forma aleatoria, los sujetos evaluados viven en el área urbana de la ciudad de Quetzaltenango, oscilan entre las edades de 65 a 90 años de edad, fueron evaluados 25 hombres y 25 mujeres, el instrumento utilizado para dicha investigación fue el Test Psicométrico IDB (Inventario de Depresión de Beck), que cuenta con 21 ítems de elección múltiple, con el trabajo de campo realizado se comprobó la hipótesis alternativa pues la jubilación es la causa principal de la depresión, en los maestros y maestras de educación primaria urbana de Quetzaltenango. Dentro de sus conclusiones se encuentra Los factores primordiales que provocan depresión en los maestros son: jubilación, muerte del cónyuge, enfermedades físicas y falta de actividad docente fuera de casa, por lo que planteo la siguiente recomendación: que se fomente en las personas de la tercera edad una cultura de consulta psicológica, pues es para el bienestar y satisfacción personal.

Guerrero (2014), realizó una investigación de tipo descriptiva, siendo el tema de la misma “Depresión en mujeres de 35 a 50 años”, Se realizó el estudio con 45 mujeres de 35 a 50 años, que fueron atendidas en un total de 2 meses en los distintos centros de atención a la mujer, que

funcionan en la ciudad de Retalhuleu, y serán seleccionados al azar para esta investigación, para lograr su objetivo se utilizó el test Inventario de depresión de Beck (IDB), que es un instrumento útil para evaluar la depresión en adultos y los niveles que las evaluadas presentaron. Obteniendo así el resultado según el test psicométrico que de un total de 45 mujeres evaluadas el 42% presenta depresión grave, el 24% moderado y, el 18% leve, y un 16% presenta depresión en un nivel mínimo, según los niveles de intensidad que establece el test, por lo que se puede concluir que las mujeres que asistieron durante el mes de octubre a los centros de atención a la mujer en la ciudad de Retalhuleu en su mayoría sufren depresión en los niveles grave y moderado, por lo que recomienda Realizar campañas de atención a la mujeres, dando información del significado de depresión, como pueden solucionar dificultades y como recuperarse en momentos dolorosos.

Monterroso (2012), realizó una investigación tipo descriptiva transversal a cerca de “Tipos de depresión en personas de la tercera edad”, para obtener los resultados se tomó como población a la Asociación del Adulto Mayor del municipio de Quetzaltenango con un total de 50 ancianos comprendidos entre las edades de 65 a 75 años, de los cuales se obtuvo una muestra aleatoria simple, con un nivel de confianza del 95% de 44 personas. Utilizando como instrumento de recolección de datos la prueba psicométrica CAC, que evalúa tipos de depresión, esta prueba está destinada para evaluar y observar el estado de ánimo de la personas Al observar los resultados se pudo determinar que en este grupo de personas de la tercera edad, no todas presentan depresión de los 50 solo 30 presentan este problema. Por lo que concluye que los ancianos que se mantienen activos y participativos, se deprimen menos, las actividades sociales les ayudan a mejorar su estado de ánimo. Por lo que recomienda realizar actividades sociales y talleres donde los ancianos puedan participar ya que esto mejora su calidad de vida.

Establecida ya la importancia de la depresión dentro del contexto nacional, también es preciso mencionar que es esta variable ha sido motivo de investigación internacional donde suscita el interés de él porque este se da y determinar la afección dentro de la sociedad, por lo que a continuación se presentan algunos estudios que demuestran su relevancia:

Patiño (2006) realiza una investigación descriptiva transversal realizada en Colombia, la cual lleva como título “Depresión y aspectos relacionados en un grupo de jubilados de la Universidad de Antioquia.”, 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 de la cual obtuvo una muestra de 100 jubilados, 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, 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, los resultados obtenidos de la recolección de datos fueron 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 por lo que concluyo que 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, por lo que recomienda 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 está 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.

Castro, Ramírez, Aguilar L. y Díaz (2006) realizan una investigación en México de tipo transversal-analítico, acerca de “Factores de riesgo asociados a la depresión del Adulto Mayor”, para poder llevar a cabo este proceso utilizaron como población una muestra no probabilística de 1,023 sujetos de 60 años de edad y más, militares retirados y derechohabientes que acudieron a consulta médica al Servicio de Geriátrica en la Unidad Especialidades Médicas (UEM) entre febrero y julio del 2006. Participaron en el estudio de 511 sujetos (49.9%) que cumplieron con los criterios de inclusión; con un promedio de edad de 78.6 ± 7.5 años; 379 (74.2%) eran mujeres y 132 (25.8%) hombres; 386 (75.5%) eran derechohabientes y 125 (24.5%) militares retirados, utilizando como método de recolección de datos la escala geriátrica de Yesavage y Brink el cual está conformado por 15 ítems y factores de riesgo asociados utilizando la razón de momios, según lo anterior el resultado da a conocer que la prevalencia de depresión fue de 41.7%, se observó un riesgo fuerte para desarrollar depresión en los individuos expuestos a bajo apoyo social, económicamente improductivos e inasistencia a asociaciones de convivencia, riesgo moderado en aquellos con inactividad física, dependencia económica y género femenino. Riesgo débil en aquellos con pluripatología y polifarmacia, y una acción protectora en aquellos con

desarmonía familiar. Con base en los resultados, se observa que la depresión es un problema de salud pública en los adultos mayores del Ejército y Fuerza Aérea Mexicanos. Los factores de riesgo psicosocial mostraron mayor fuerza de asociación para desarrollar depresión. Por lo que recomienda instaurar un programa preventivo en el cual se le realice un control interdisciplinario con psiquiatría a los pacientes con depresión y comorbilidad con el fin de proveer el tratamiento y cuidados más apropiados.

Briones (2013), realizó una investigación en Ecuador, sobre “Redes de Apoyo Familiares y Calidad de Vida en los Adultos Mayores usuarios jubilados del Hospital del Día“, siendo los sujetos de investigación 12 adultos mayores: 6 mujeres y 6 Varones del Hospital Efrén Jurado López del área de gerontología y también se incluyó a sus familiares más cercanos, utilizando como instrumento para recolección de datos la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (Hospital Anexita and Depresión Sale, HAD). Instrumentos de evaluación para los trastornos del humor 134, con base a lo anterior se obtiene como resultado que es innegable que los adultos mayores presentan síntomas depresivos o ansiosos, por lo que concluye: las caracterizaciones de las redes de apoyo familiares y la calidad de vida del adulto mayor se manifiestan en situaciones de aislamiento, indefensión, soledad e indiferencia, constituyendo que los adultos mayores sientan miedo, lo que puede llevarlos a aceptar condiciones absolutamente injustas e indignas para ellos. Debido a esto recomienda realizar programas de prevención y promoción de la salud en los ancianos no solo tienen como objetivo disminuir la enfermedad y la mortalidad prematuras, además pretenden disminuir la discapacidad de las personas mayores para mantener una buena calidad de vida aceptable.

Novillo (2013) realizó una investigación en Ecuador acerca de “la depresión del adulto mayor y el cumplimiento del plan de vida”, para llevar a cabo el trabajo de campo se escogió una muestra de 40 personas dentro de los 65 y 85 años de edad. recabando los datos a través de la aplicación de test de depresión de Hamilton esta fue diseñada para ofrecer una medida de intensidad o gravedad de la depresión, que cuenta con 17 ítems, también para esta investigación fue utilizada la escala de depresión geriátrica Yesavage que fue diseñada para evaluar el estado afectivo de los ancianos, este cuenta con 15 ítems, de acuerdo a los instrumentos utilizados se obtuvo un resultado de los diagnósticos de todos los pacientes que intervinieron en este estudio, y se recalca que la tasa obtenida en pacientes en Estado Normal, se ve reflejado en todos los ítems del cuestionario como una constante dejando muy en claro que esta población no sufre depresión los que podrían tener depresión menor, 15% en algunos casos se debe a que su satisfacción de haber cumplido sus metas viales no fueron tan exitosas como lo habían esperado y mucho más aun en las 2 personas con gravedad de depresión, de acuerdo a lo anterior descrito el investigador concluye que un porcentaje bajo de insatisfacción relacionada más con los problemas económicos por una pensión jubilar baja y sentimientos de soledad e inseguridad observados en los cuadros depresivos, por lo que recomienda y de la muestra se observa un reducido porcentaje como cuadro clínico determinado como ansiedad, sería conveniente que se continúe con el tratamiento médico y farmacológico de especialidad, geriátrico, psiquiátrico y psicológico.

Escobar (2011), realizó una investigación en Ecuador de tipo transversal, El presente estudio se realizó con 6 Adultos Mayores del Centro de Cuidado Diario “San Sebastián” y 6 del Hogar de Ancianos y Aislamiento de Riobamba, que se encuentren entres los 65 y 85 años de

edad, La técnica seleccionada y utilizada para la recolección de datos para la investigación fue la escala de valoración geriátrica Yesavage, para obtener los niveles de depresión en los adultos mayores, de acuerdo a lo ya establecido se evidencia que, el 50% presentan depresión establecida, el 33% presentan leve depresión, y el 17% se encuentran dentro del nivel normal de depresión. Por lo que concluyó que en el centro geriátrico público existe un nivel bajo de depresión porque a pesar de no contar con los familiares, el centro les brinda acogida y apoyo mediante la inserción en actividades ocupacionales, recreativas, sociales y religiosas así como también cuentan con la infraestructura y el personal necesario para la atención y cuidado. Mientras que en el centro geriátrico privado, se evidencia que existe un alto nivel de depresión porque cuentan con personal reducido para el cuidado diario del adulto mayor, dando más importancia al cuidado físico y menos valor a la parte psicológica y cognitiva. Por lo que se recomendó cuenten con profesionales o estudiantes practicantes para brindar una mejor atención en la Salud Mental de los adultos Mayores, realizando estimulación cognitiva y emocional, Terapia Familiar, Ocupacional y Física.

Palomeque y Peralta (2013) realizaron una investigación en España de tipo transversal, a cerca de “Prevalencia de depresión y factores asociados en el adulto mayor”, en 300 adultos mayores (65 años en adelante) de la parroquia Cañaribamba, se utilizó para la recolección de datos la escala validada de Depresión Geriátrica de Yesavage, la cual evaluó el estado de ánimo de los adultos mayores. Este instrumento pudo dar a conocer que la prevalencia de depresión en esta población de adultos mayores se ubicó en un 14,7% (44 casos). Por lo que se concluyó que la prevalencia de depresión fue mayor en adultos mayores con más de 74 años, de sexo masculino, de estado civil sin pareja y que no poseen ocupación. Por lo que recomiendan se debe

continuar con otras investigaciones sobre el tema en estudio en la búsqueda de nuevos factores asociados a depresión en adultos mayores para su control y/o eliminación

Lloacana (2010 – 2011) realizó una investigación en Ecuador de tipo descriptiva exploratoria, a cerca de “El conflicto emocional y su repercusión en las reacciones psicológicas de los jubilados en el centro estupiñan Latacunga de la ciudad de Latacunga, provincia de Cotopaxi periodo 2010 - 2011” dicha investigación fue realizada a una población de 61 Adultos Mayores y 6 Hijas de la Caridad, el instrumento que se utilizó para la recolección de datos fue una encuesta de 10 preguntas, el resultado obtenido derivado de este da a conocer que los conflictos emocionales inciden negativamente en las reacciones psicológicas de los jubilados el centro Estupiñan Latacunga; Mediante el trabajo realizado se analizó que si existen la repercusión del conflicto emocional en las reacciones psicológicas de los jubilados de no ser bien controladas por el personal a cargo de los adultos mayores, pueden ser causales de trastornos y problemas que agraven el diario vivir del adulto mayor, De los resultados obtenidos pudo recomendar al personal del, “CENTRO ESTUPUÑAN LATACUNGA” “que implemente más actividades creativas en diferentes campos de actividad ,ocupar más en lo que se refiere a la música ya que a ellos les gusta mucho bailar, cantar.

A continuación se dará inicio con la descripción de Depresión así también como conceptos importante que se relacionan con esta para poder profundizar en el estudio y posteriormente también acerca de cómo puede repercutir cuando una persona mayor llega a su jubilación.

1.1. Depresión

La depresión es un trastorno del estado del ánimo que puede ser transitorio o permanente, este puede ser ocasionado por distintos factores como lo puede ser la pérdida de un ser querido, de un trabajo o por la economía de la persona, se debe de tomar en cuenta que se puede presentar en mayor o menor grado, todo depende de la duración de los síntomas como tristeza, desánimo, irritación, falta de interés y placer al realizar actividades, entre otros, que pueden estar acompañados de síntomas también somáticos y físicos por lo que una persona conocerá si padece este trastorno solamente con un examen psicológico.

Según el Diccionario de la Real Academia Española (2014) Depresión es un “Síndrome caracterizado por una tristeza profunda y por la inhibición de las funciones psíquicas, a veces con trastornos neurovegetativos”.

Rojas (2011) da a conocer acerca la primera descripción que fue realizada en 1953 por Schwartz y Will con enfermeras que trabajaban en un hospital psiquiátrico, trazando ya los principales síntomas. Pero la palabra fue puesta en circulación por Freudenberg en 1974, para referirse a los problemas de agotamiento psicológico crónico que padecían los trabajadores de ciertos servicios sociales, hoy está en discusión el perímetro de este síndrome pues mueve entre la depresión, las reacciones depresivas, la insatisfacción laboral, la fatiga crónica o lo que se ha ido expresando de forma más acentuada como fatiga crónica por un lado y deficiente realización personal por otro. (p.16)

Tejera (2011) da a conocer que de acuerdo con la investigación realizada, el NIMH indica que la depresión puede afectar todos los aspectos de la vida de una persona. Los sentimientos de alegría, satisfacción, entusiasmo y bienestar disminuyen. La depresión está asociada con la infelicidad y la ausencia de dicha en la vida. Las actividades que una vez fueron placenteras dejan de interesarle a la persona, la cual, además, presenta síntomas de fatiga. El trabajo, la escuela y otras actividades que requieren concentración se hacen más difíciles. La depresión afecta los hábitos alimenticios, el sueño, la imagen que la persona tiene de sí misma, al igual que su percepción de las cosas que la rodean (p.199)

a) Descripción según la CIE-10 y el DSM-IV

Ortiz, Alonso, Gonzales y Ruiz (2011), dan a conocer que la depresión puede ser diagnosticada según la CIE-10 y el DMS-IV que son los que en su mayoría rigen la estructura de evaluación de la depresión y que han sido utilizadas como referencia en distintos instrumentos de evaluación para el diagnóstico de este trastorno por tal razón serán descritos a continuación:

- ✓ La cie-10 utiliza un modelo categórico basado en la gravedad y subdivide los tipos clínicos de depresión en grave, moderado y leve: además , sub-tipifica los episodios depresivos según la presencia o ausencia de síntomas somáticos (p.12)
- ✓ El DMS-IV también utiliza un modelo categórico de clasificación, divide los subtipos de depresión en mayores y menores, e incluye especificadores que no figuran en la CIE-10 como por ejemplo atípico, estacional, síntomas catatónicos. (p.12)

1.2. Depresión como trastorno del estado del ánimo:

Este trastorno es parte de esta clasificación por lo que también es importante hacer mención que cuando se desea conocer a cerca de lo que la depresión es y todo tema relacionado con el mismo se debe de estar ubicado dentro los trastornos del estado del ánimo que son definidos de la siguiente manera:

Willard y Spackman (2005), los trastornos del estado de ánimo se clasifican en dos categorías principales: trastorno depresivo son aquellos en los cuales existe un estado, emocional prolongado de tristeza y en trastornos bipolares hay periodos alternados de manía y depresión: los dos polos. (p. 840)

1.3. Depresión descrita desde diferentes enfoques.

Rojas (2011), da a conocer distintos enfoques de los cuales puede ser descrita la depresión, ya que han surgido durante el paso del tiempo la misma enfermedad ha ido creciendo en los campos de investigación y han surgido nuevas teorías, por lo que a continuación describiremos lo planteado por el autor ya mencionado (pp. 14-16).

- ✓ **Tipo de Personalidad.** Según Molina y Martin (2010). No hay una personalidad determinada que predisponga a la depresión, pero las personas obsesivas, rígidas, las que esconden sus sentimientos y las ansiosas pueden tener más riesgo. También, las personas con poca autoestima y que se abruman fácilmente por el estrés están más predispuestas a tener una depresión.

Se ha hablado mucho de la personalidad depresiva, con un perfil preciso, como una forma de ser presidida por el pesimismo y la tristeza y una forma de

interpretar la realidad distorsionada. se trata aquí de un individuo que desde siempre, desde que tiene conciencia de ser persona, tiene un modo de pensar negativo, apreciando más lo difícil que lo fácil, los contras de los pros, quiero puntualizar que tal sujeto no tiene una depresión, sino que es depresivo, no es algo pasajero ni transitorio, sino permanente y asentado. (pp. 17-18)

- ✓ **Síntoma:** Según Rojas (2011) lo describe, como señal o signo que puede aparecer en muchas enfermedades generales e incluso psíquicas. Desde el punto de vista psíquico, pueden aparecer síntomas depresivos en los estados de ansiedad, en las esquizofrenias, en las fobias y en los distintos trastornos de la personalidad.

- ✓ **Síndrome:** Este se desglosa en una serie de expresiones clínicas, que siguiendo el modelo pentadimensional propuesto se quiebra en cinco apartados esfera somática, psicológica, de conducta, cognitivas y asertivas.

- ✓ **Enfermedad:** Es su sentido más auténtico y genuino y la sitúa de lleno en el campo de la psiquiatría, la psicología y, en menor medida, de la medicina general. Se trata de una entidad clínica más precisa mejor dibujada que tiene una etiología, una patogenia, una sintomatología concreta, un pronóstico, una forma de prevenir las recaídas y, finalmente, un tipo de tratamiento específico

- ✓ **Estado:** Concepto anglosajón que hace referencia a la totalidad de síntomas en un momento determinado del curso evolutivo. (pp. 15-16)

1.4. Clasificación de la depresión:

La depresión tiene dos modalidades de las cuales se harán mención a continuación, así también como una breve descripción de las mismas, ya que es importante poder conocer de un tema tan amplio así como tratado, en el caso de que en algún momento también de encontrarse en el camino profesional a personas que puedan estar desenvolviéndose en estas modalidades de depresión y poder aconsejarles de alguna ayuda profesional relacionada al tema

- **Trastorno depresivo mayor**

Según Hailgin y Krauss (2009) Dan a conocer que este trastorno comprende episodios agudos, pero limitados, de síntomas depresivos que se denominan episodios depresivos mayores. La gente que padece el trastorno distímico, por otra parte, lucha con una depresión más crónica, pero menos grave. El psicólogo clínico diagnostica el trastorno distímico cuando estos síntomas moderadamente depresivos han durado por lo menos dos años en los adultos y un año o más en los niños

Los mismo autores también dan a conocer que el trastorno depresivo mayor puede presentarse en dos clases de síntomas que son: emocionales y físicos, síntomas característicos de un episodio depresivo mayor por lo que pueden ser de gran ayuda para detectar cuando una persona está pasando por estas características. Por lo tanto y para conocimiento serán descritos a continuación:

a) Síntomas emocionales: Comprenden un estado de ánimo disfórico de una intensidad que supera con mucho las decepciones ordinarias y las emociones de tristeza ocasional de la vida diaria. Esta disforia puede aparecer como un

abatimiento extremo o una pérdida drástica de interés por aspectos de la vida antes placenteros. En algunos caso, la depresión tiene su origen en una experiencia de profunda pena tras la pérdida de un ser querido. Aunque la depresión intensa después de la muerte de un ser querido es normal, se considera un trastorno anímico si la tristeza invalidante es excesivamente larga (más de dos meses), sin embargo muchos episodios depresivos mayores no los precipita un determinado suceso. El hecho de que esta tristeza intensa pueda surgir sin un claro precipitado, a menudo hace que las personas que experimentan uno de estos episodios se sientan abrumadas y perplejas. Con frecuencia la vida de un individuo en un episodio depresivo mayor es crónica debido al deterioro que experimenta en el trabajo y el hogar.

b) Síntomas físicos: Se denomina síntomas somáticos o corporales. al estar letárgica o indiferente, la persona llega a experimentar una disminución en su ritmo de movimiento corporal, denominada retardo psicomotor. Otra posibilidad es que alguna apersonas deprimidas manifiesten el síntoma contrario, una agitación psicomotora, en consecuencia, su comportamiento tiene una calidad frenética. Como ya mencionamos cuando estas conductas son raras y extremas, pueden caracterizarse como catatónicas. Quien atraviesa por un episodio depresivo también manifiesta un cambio significativo en sus pautas de sueño, ya sea durmiendo mucho más de lo acostumbrado o experimentando insomnio. De hecho en las personas experimentan un episodio depresivo mayor, los cambios drásticos en sus pautas EEG de sueño reflejan

perturbaciones en la comunidad del sueño, estados de vigilancia intermitentes y se despiertan muy temprano por las mañanas

Es importante mencionar también que los síntomas de un episodio depresivo mayor suelen surgir en forma gradual en el transcurso de varios días o semanas. (pp. 276-277).

Ahora bien luego de diferenciar el trastorno depresivo mayor es importante también considerar que para su diagnóstico se debe de realizar una observación detenida de la persona para poder detectar que está padeciendo efectivamente este trastorno por lo que se debe de tomar en cuenta que Hailgin y Krauss, durante en un período de dos semanas, la persona experimenta por lo menos cinco de los síntomas siguientes, que comprende un cambio en relación con el funcionamiento anterior debe estar presente por lo menos uno de los primeros dos síntomas

- ✓ Estado de ánimo deprimido
- ✓ Menor interés o placer en todas o la mayor parte de las actividades cotidianas
- ✓ Pérdida de peso involuntario significativo o disminución o aumento del apetito
- ✓ Insomnio o hipersomnia
- ✓ Agitación o retardo psicomotor
- ✓ Fatiga o pérdida de energía
- ✓ Sentimientos de falta de valía o culpa inapropiada
- ✓ Dificultades para concentrarse o indecisiones
- ✓ Ideas recurrentes de muerte o suicidio

- **Distímia**

Esta es una forma de depresión pero menos grave porque no cumple con todos los criterios para ser diagnosticado como un trastorno depresión mayor. Al ser parte importante de este trastorno se darán a conocer más de esta derivarte por parte de distintos autores como lo es:

Nelson (2006), es una forma menos severa de depresión. Pero a menudo es más crónica. Para que se diagnostique a alguien con distímia, la persona adulta tiene que haberse sentido deprimida durante al menos dos años. Los niños y adolescentes, durante un año, además de sentirse con ánimo deprimido durante un largo año. Además de sentirse con ánimo deprimido durante un largo período de tiempo (pp. 79-80).

Según Ortiz, Alonso, Gonzales y Ruiz (2011) se caracteriza por presentar un estado de ánimo crónicamente depresivo la mayor parte del día y cuya evolución es superior a 2 años. En los niños y adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable que depresivo con una duración mínima de 1 año además del efecto depresivo, aparecen otros síntomas como anhedonia, energía o pérdida del impulso vital, baja autoestima, fatiga, alteraciones del sueño y trastornos de la concentración. Además el trastorno distímico también tiene una alta comorbilidad con otros trastornos mentales como el trastorno de pánico, trastorno de ansiedad, el abuso de sustancias tóxicas y los trastornos de personalidad. (pp. 15-16).

Según De la Fuente y Heinze (2012) los criterios diagnósticos de una distimia son los siguientes:

- ✓ Estado de ánimo crónicamente depresivo la mayor parte del tiempo de casi todos los días, manifestando por el paciente u observado
- ✓ Decencia, mientras está deprimido, de dos o más de los siguientes síntomas: pérdida o aumento de apetito, insomnio o hipersomnia, falta de energía o fatiga, baja autoestima
- ✓ Dificultad de concentrarse o tomar decisiones
- ✓ Sentimientos de desesperanza
- ✓ Durante el período de dos años de la alteración, el paciente no ha estado asintomático de los criterios A y B durante más de dos meses seguidos
- ✓ No ha habido ningún episodio depresivo mayor durante los primeros dos años, de la depresión
- ✓ Nunca ha habido un episodio maniaco, mixto, ni hipomaniaco.
- ✓ La alteración distímica no aparece solo en el transcurso de un trastorno psicótico crónico, como la esquizofrenia o el trastorno delirante
- ✓ Los síntomas no se deben y los efectos fisiológicos de una sustancia o a una enfermedad médica como el hipotiroidismo
- ✓ Los síntomas causan un malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del paciente (pp. 126)

1.5 Subtipos de Depresión

Ahora bien las variantes mencionadas anteriormente son las más frecuentes y detalladas en el ámbito psicológico, pero como todo tema derivado de la ciencia la depresión ha sido estudiada durante largo tiempo y por lo tanto como toda parte importante de la ciencia del pensamiento humano se ha ido innovando, creando nuevos conocimientos acerca de las distintas maneras en que la depresión puede hacerse presente en la vida de un ser humano por lo que Ortiz *et al.* (2011) describen estos subtipos que a continuación se dan a conocer estas variantes.

- a) **Trastorno depresivo recurrente:** Lo caracteriza por la aparición de múltiples episodios de síntomas depresivos idénticos al Trastorno Depresivo Mayor en cuanto a número y gravedad, pero son relativamente breves. Los episodios se repiten al menos una vez al mes como mínimo y durante un periodo de 12 meses consecutivos y no asociados al ciclo menstrual. Las manifestaciones clínicas son idénticas a las del Trastorno Depresivo Mayor, aunque con la diferencia de que los cambios frecuentes del estado de ánimo pueden llevar a la persona a tener una vida más alterada y caótica.

- b) **Depresión psicótica:** Una identidad clínica diferenciada de la depresión no psicótica, basándose en la existencia de diferencias significativas en cuanto a las características de aparición, biología, transmisión familiar, curso, respuesta al tratamiento entre la depresión mayor unipolar con rasgos psicóticos y depresión mayor no psicótica

Los autores señalan que la presencia de sintomatología psicótica es un predictor de peor pronóstico, ya que la depresión psicótica se asocia a un curso clínico más grave, mayor riesgo de recaídas, persistencia de la sintomatología, menor respuesta al tratamiento antidepresivo, hospitalización, diagnósticos psiquiátricos conurbados y una menor capacidad de funcionamiento psicosocial.

c) **Depresión atípica:** Cumpliendo con los criterios de episodio depresivo mayor presenta humor reactivo y al menos un síntoma atípico como biperfagia, bipersomnia, letárgica o patrón general de sensibilidad patológica al rechazo interpersonal que concluye en una incapacidad funcional significativa

d) **Trastorno afectivo estacional TAE:** “La alteraciones según la cual las personas experimentan depresiones recurrentes en otoño e invierno, alternando con períodos no depresivos en primavera y verano” (Ortiz et al. 2011)

e) **Trastornos depresivos posparto**

Existen dos tipos de trastorno depresivo pos parto

- **Tristeza posparto.** Se caracteriza por la existencia de una alteración leve del estado de ánimo de la mujer puerpera. Los síntomas más habituales son inestabilidad del humor con gran tendencia al llanto, irritabilidad, ansiedad, cefalea, insomnio y quejas subjetivas de falta de concentración

- **Depresión posparto:** Estado depresivo que se inicia habitualmente en las primeras 12 semanas tras parto, aunque puede surgir en el transcurso del primer año
(pp. 16-19)

1.6 Orígenes de la depresión:

Para poder determinar que una persona sufre de depresión no es tan simple como decir que sólo se debe de basar en el ahora de la persona sino también en el antes de la misma, para poder obtener un diagnóstico confiable es importante también que podamos indagar más a profundidad en distintas áreas de la persona humana tanto como persona como en su diario vivir por lo que Pacheco (2008) da a conocer tres factores donde se puede originar la depresión los cuales son: la personalidad, los conflictos interiores y los acontecimientos externos descritos a continuación:

a) Personalidad depresiva

Expone que varias características distinguen una personalidad depresiva: una de ellas es la emotividad exagerada, es decir, la tendencia a reaccionar espontáneamente y con energía. La rapidez de las respuestas impide a menudo ver los hechos con objetividad. La persona demasiado emotiva no reacciona de este modo frente a todo tipo de circunstancias; un individuo puede, por ejemplo, conmoverse profundamente ante las maravillas de la naturaleza y mostrarse impasible ante la desgracia humana

Como lo menciona el autor, otro rasgo de la personalidad depresiva es un alto grado de sensibilidad, es decir una enorme predisposición de excitarse ante cualquier estímulo, de tal manera que cualquier eventualidad afecta a la persona y da origen a una amplia gama de sentimientos de los cuales se deja llevar. Esta particularidad es propia de individuos obsesivos, que asumen su responsabilidad de manera desproporcionada, que se exigen demasiado a sí mismo y se convierten en modelo de perfección.

El autor también hace referencia a que el perfeccionismo es, ciertamente, una peculiaridad de la personalidad depresiva. Por eso amerita que sea tratado en esta obra de modo especial. El perfeccionista es incapaz de manejarse adecuadamente en condiciones de infortunio. Se ha que se esfuerce con ahínco en mantener todo bajo estricto control, apoyando en el reglamento, el horario, la agenda y el cronograma. Es en extremo ordenado y lucha por la excelencia. Cuando comete un error o fracasa en sus propósitos experimenta un doloroso sentimiento de culpa (pp. 47).

b) Acontecimientos internos

Según Pacheco (2008), menciona que es indiscutible el influjo de las vivencias de la niñez ejercen sobre la vida adulta. Experiencias inconvenientes pueden hacer que una persona desarrolle una pobre imagen de sí misma; que se vea un ser insignificante, lleno de defectos, demasiado común, incapaz de suscitar en los demás estimación y respeto. Esta subvaloración crea una tendencia inconsciente a asumir la vida en función de los demás. El niño necesita sentirse amado y valorado positivamente. Si estas necesidades no encuentran satisfacción alguna, buscara llenar otros vacíos a través del aprecio de quienes le rodean y para ello se esforzara en complacerlos. Adquiere hábitos persistentes

y rígidos que se arraigan con fuerza y una escasa flexibilidad en el enfoque personal hacia la vida.

Toda persona sabe que un vínculo importante para el desarrollo de la misma es la familia, en esta se enfoca la mayoría de veces los actos que se desean realizar ya que el apoyo que se obtenga de nuestros familiares puede ser el motor que impulse nuestras ganas de seguir adelante pero cuando esto no sucede de tal manera puede ser un factor determinante en nuestro deseos de realizar cualquier proyecto por tanto, Pacheco, da a conocer tres condiciones familiares que son las causas más frecuentes de desarrollo de la personalidad depresiva y los consecuentes conflictos internos:

- **La sobreprotección**, que produce como resultado individuos pasivos, dependientes, carentes de recursos psicológicos para afrontar las contrariedades de la vida
- **El abandono físico o afectivo**, que produce una sensación de soledad y el más profundo sentimiento de minusvalía. ambas percepciones se manifiestan después en comportamientos de agresión, aislamiento o sumisión incondicional
- **Sobre exigencia por parte de los padres**, esta actitud crea un compromiso de retribución acompañado de ansiedad y culpa. En la consulta psicológica se observan frecuentemente individuos que soportan enormes presiones a destacarse en el trabajo y en la profesión, a obtener medalla de oro en el deporte y a seguir el ejemplo de otras personas de éxito. estos hijos se sienten tan agobiados que sus responsabilidades entran en choque con el íntimo deseo

de escoger otro camino donde experimente la libertad de ser ellos mismos y vivir para sí. (p. 48)

c) Los conflictos exteriores

Ahora bien también como personas humanas esta en nuestra naturaleza el que debemos de entablar una relación con lo que está a nuestro alrededor, pero también conocemos somos personas individuales y que cada quien decide cómo vivir y por lo tanto esto puede causar ciertos conflictos interiores como lo menciona, Pacheco (2008) dando a conocer que estos problemas pueden acompañar a la personalidad depresiva, entran en acción cuando un hecho significativo irrumpe en el curso normal de la vida cotidiana: un ascenso en el trabajo, la separación de un ser querido por muerte o por alejamiento, la pérdida de empleo, una disputa conyugal, el divorcio, el descubrimiento de una actitud desleal, un revés económico y hasta un cambio de casa. Cualquier modificación en la trayectoria vital, puede desencadenar una depresión de distinta magnitud, según el acontecimiento y el sujeto.

Además, hay que considerar algunos pre disponentes genéticos y hereditarios que hacen de la persona un ser sugestionable, tendiente a magnificar las cosas y responder de manera irreflexiva. Por otra parte, el hecho de que en el hogar haya un adulto depresivo, puede originar en el niño, por aprendizaje, la misma tendencia. (p. 47)

Las personas tienen como naturaleza el aprender de lo que les rodea, lo que viven y de las personas con las que se convive por lo que es un factor a tomar en cuenta al momento de diagnosticar depresión en una persona se debe indagar si alguien más dentro de su círculo social o familiar que haya presentado este trastorno.

1.7 Síntomas de la Depresión

Ortiz et al. (2011) cita a Beck utilizando su calificación de síntomas depresivos divididas en cuatro categorías que son: emocionales, cognitivos, físicos y volitivos, que posteriormente fueron modificadas y destacando los siguientes síntomas:

a) **Síntomas afectivos:** Estos síntomas son los relacionados directamente con las emociones de las personas y la alteración de las mismas por lo que conoceremos 5 divisiones también de estos síntomas los cuales son: la tristeza patológica, disforia, anhedonia, ansiedad y angustia e irritabilidad. A continuación se dará a conocer a profundidad cada uno de ellos:

- **Tristeza patológica:** Según Ghedin (2009) esta tristeza se incrementa de tal forma que inunda la totalidad de las funciones psíquicas. La pesadumbre, la desesperanza, el pesimismo, la sensación profunda de sin sentido cubre al ser. No hay nada que ayude a encontrar el interés perdido. El cuerpo acompaña la caída: marcha lenta, los brazos caídos, la facies melancólica. En el trastorno depresivo mayor la tristeza patológica se presenta en toda su magnitud (p. 45).

- **Disforia:** Según André (2010), la disforia es cuando no se puede seguir soportando nada, se sitúa entre la tristeza normal y la enfermedad depresiva, es una mezcla de todos los estados de ánimo desagradables que pudieran afectarnos: tristeza, irritación, tensión e inquietud. también se la asocia con una habilidad de estos distintos estados de ánimo: puede pasarse rápidamente de uno a otro, y así nuestra reactividad a los sucesos cotidianos se va amplificando en periodos de disforia. Por ello la disforia limita lo que se denomina la “capitalización de los momentos positivos” (p. 66)
- **Anhedonia:** Según Ghedin (2009) acompaña a la tristeza patológica. es la pérdida del hedonismo, de placer. Típica del discurso depresivo: “ya no tengo entusiasmo”, “perdí el interés de todo”, “nada me llama la atención”(p. 46)
- **Ansiedad y angustia:** Ortiz et al. (2011) la persona que presenta una ansiedad secundaria a la depresión experimenta un estado de alerta continuo con miedo intenso sin causa conocida que se acompaña de inquietud, intranquilidad, desesperación, desasosiego y necesidad urgente de alivio o ayuda. La irritabilidad: se manifiesta con reacciones desproporcionadas e injustificadas, en ocasiones violentas, ante estímulos, lo que demuestra la presencia de una hipersensibilidad patológica. (p. 11)

- **Apatía:** Es el sentimiento de “no puedo”, es ese momento en el que la persona siente que todo el mundo está contra de él y que nadie lo va a ayudar a salir de algún problema o de la enfermedad propia de la depresión, es ese sentimiento de derrota y desánimo que incluso nubla las posibles soluciones que puedan existir ante la situación que está viviendo tal como lo menciona Hawkins (2014), es la desesperanza y la impotencia ante cualquier situación.

b) Síntomas cognitivos: Estas están relacionadas directamente con el pensamiento de la persona y la alteración del mismo, este se relaciona ampliamente porque la depresión también causa daños a lo que la forma de pensar y de ver la realidad, pueden incluso hasta surgir alucinaciones de todo tipo, por lo que se explicara según Ortiz et al. (2011) de una manera más específica a continuación:

- **Alteración del pensamiento:** El curso del pensamiento es lento, inhibido y monótono. El contenido del pensamiento se caracteriza por su tonalidad pesimista, negativa y desagradable, y suele aparecer una rumiación de ideas negativas que incrementan el sufrimiento. Los pensamientos que aparecen son de desesperanza y desamparo, además, existe una tendencia a la desvalorización de sí mismo. Las conceptualizaciones no realistas de uno mismo y del entorno son pensamientos frecuentes en la depresión (p.11)

- **Alteración de la sensopercepción:** Conocidas también como anomalías de la percepción, esta se presenta en forma de alucinaciones que es cuando el pensamiento crea un ya sea sonidos, olores, imágenes, entre otros, que están fuera de la realidad de la persona, Ortuno (2009) clasifica estas ilusiones en auditivas, visuales, olfativas y gustativas, táctiles o apticas y cenestésicas

- **Alteraciones cognoscitivas:** Según Asili (2006) es una alteración objetiva de laguna de las funciones cognitivas, como lo son la memoria y aprendizaje, atención, concentración, pensamiento, lenguaje o capacidad viso espacial (p. 99)

- **Contenido del pensamiento:** Esparcia (2006), pensamientos de auto culpa, de futuro desesperanzador. El paciente depresivo suele pensar en la muerte y en la posibilidad de matarse, esta ideación de suicidio se puede presentar en diferentes grados
 - a) Pensamiento abstracto sobre la muerte como estado deseable
 - b) Concreción de esta abstracción en la propia persona
 - c) Valoración de la posibilidad de suicidio
 - d) Ambivalencia respecto al suicido, se piensa en ello, pero también hay temor porque se llegue a llevar a cabo
 - e) Recopilación de información. el paciente se muestra muy receptivo a los términos de muerte y suicido
 - f) Reflexión sobre cómo llevarlo a cabo

g) Resolución, cuando por fin, el paciente decide pasar a la acción. puede coincidir con una mejora aparente producida porque el sujeto piensa que el fin de su sufrimiento ya está cerca. (p. 93)

c) **Síntomas somáticos:** La frecuencia y gravedad de estos síntomas se incrementan con la gravedad de la depresión, porque son síntomas que afectan al cuerpo y sus funciones, por lo tanto también conoceremos a profundidad cada uno de ellos por su relación con la depresión

- **Trastornos vegetativos:** “Puede aparecer astenia y fatigabilidad que son más marcadas durante las primeras horas del día, trastornos digestivos, trastornos del equilibrio” (Ortiz et al. 2011, p. 11).
- **Trastorno de los ritmos vitales:** “Pueden estar alterados el ritmo circadiano, el ritmo del sueño, insomnio de segunda y/o tercera fase y en lo relativo al ritmo estacional, se producen reagudizaciones o reintensificaciones sintomáticas” (Ortiz et al. 2011, p. 11).

d) **Síntomas conductuales:** Según Cervera (2009) el paciente tiene la sensación de vivir arrinconado, rumiando sus pensamientos. Puede estar quieto, de manos cruzadas, o explorar en violentas crisis de angustia o en ataques de llanto por motivos insignificantes. le resulta difícil tomar decisiones y disminuye su rendimiento en el trabajo (p. 20).

1.8 Tristeza:

“La depresión puede definirse como una enfermedad en la que los sentimientos de tristeza, desesperanza y desesperación persisten e interfieren con la habilidad de la persona para funcionar” (Tejera, 2011, p. 199).

Todas las personas en algún momento de su vida han experimentado lo que es la tristeza, ese sentimiento que baja tu estado de ánimo y te hace sentir decaído. Esto es normal en todo hombre o mujer y puede ser causado por distintas situaciones que puedan suceder en la vida, desde la pérdida de un ser querido hasta, la pérdida de un trabajo. Pero que sucede cuando esta tristeza no es pasajera o más bien tarda más de lo normal, es aquí en este punto donde las personas pueden estar sufriendo de depresión. Para una explicación más detallada

- **Tristeza normal:** Según Ortuño (2009) esta es reactiva a dificultades o situaciones negativas, se alivia con acontecimientos positivos, como escuchar buenas noticias o acompañarse por familiares o buenos amigos. Durante un episodio depresivo la tristeza no mejora con circunstancias positivas, y el paciente experimenta su tristeza como diferente a la tristeza normal (p. 122).
- **Tristeza disfuncional:** El mismo autor define que es una tristeza que presenta cualidades normales pero que es exagerada en cuanto a la intensidad y duración con respecto al acontecimiento desencadenante. Esta tristeza puede llegar a ser desadaptativa, aunque no necesariamente implica una necesidad de tratamiento

- **Tristeza patológica:** Según Moreno (2008), esta tristeza es inmotivada o no guarda relación o posibles desencadenantes en intensidad, duración, entre otros, limitando al individuo en grado sumo. Las respuestas a las adversidades desde la esfera del humor pueden ser normales o patológicas (p. 9).

1.9 Diagnóstico de la Depresión

Según de la Fuente y Heinze (2012) el desarrollo de criterios diagnósticos de los trastornos psiquiátricos ha tenido múltiples transformaciones a través de las últimas cuatro décadas y se ha hecho un especial énfasis entre distintos “estados depresivos”, algunos de ellos solo estados emocionales derivados de una importante pérdida o un evento adverso en la vida. Por lo mismo a fin de llegar a un diagnóstico certero es muy importante tomar en cuenta la personalidad y las enfermedades concomitantes del paciente, así como el entorno social en el cual se encuentra (p.125).

Para el diagnóstico del trastorno es importante realizar una historia clínica de la persona, indagar en acontecimientos personales no solo de su presente sino también de su pasado, pero sin dejar por un lado los pensamientos y sentimientos que experimenta en su actualidad y que a su vez pueden afectar la percepción que esta tenga de la realidad, presentar síntomas somáticos y por último altera su conducta.

1.10 Tratamiento de la depresión:

De la fuente y Heinze (2012), es importante que el clínico recuerde siempre que la depresión es una enfermedad recurrente y en algunos casos crónica. Los estudios epidemiológicos señalan que un paciente que padece un primer episodio depresivo tiene 70% de probabilidad de padecer un segundo episodio depresivo el paciente, tiene 90% de probabilidad de padecer uno o más episodios depresivos en el curso de su vida. Entre más episodios padezca el paciente, la longitud de los períodos de “eutimia” se reduce en forma progresiva, lo que repercute de manera notable en la discapacidad y, por consecuencia, en la calidad de vida. También existe evidencia de que la respuesta a los antidepresivos se reduce con la evolución de la cronicidad de los episodios depresivos (p. 128).

La depresión es un trastorno que no se puede superar por si sola que si no es tratada a tiempo o de manera adecuada puede tener consecuencias muy graves e incluso atentar contra la vida de la persona, por lo cual debe de existir una intervención para poder erradicarla o controlarla por lo tanto especificaremos algunos tratamientos que son los más utilizados de acuerdo a lo mencionado por los autores anteriores

- **Tratamiento en la fase aguda:** El inicio del tratamiento se debe tener como una meta una mejoría o remisión de la sintomatología del episodio depresivo, para devolver al paciente un funcionamiento. El tratamiento inicial debe seleccionarse de acuerdo con las características clínicas que presente el paciente, la severidad de los síntomas, la coexistencia de otras enfermedades,

así como la respuesta previa a tratamientos específicos y la preferencia del paciente a cierto tipo de tratamiento psicoterapéutico.

Durante la fase aguda de la depresión, es importante tomar en cuenta la severidad del cuadro e indagar si están presentes ideaciones o actos suicidad previos para decidir si el tratamiento debe ser hospitalario, para protección del paciente, o ambulatorio. Si no presenta riesgo de atentar contra su vida

- **Tratamiento farmacológico:** Los medicamentos antidepresivos está indicado para pacientes con diagnóstico de depresión leve, moderada y severa, junto con psicoterapia, para devolverle a las personas un adecuado funcionamiento, igual o semejante al que tenía antes de inicio de su enfermedad. Cuando la sintomatología depresiva severa se asocia a una ideación suicida importante, es pertinente aplicar la terapia electroconvulsiva, que aún es una de las terapias físicas más eficaces para este tipo de picantes. (pp.128-129)

1.11 Antidepresivos

Según De la Fuente y Heinze (2012), los antidepresivos están considerados entre los medicamentos de mayor prescripción a nivel mundial. Esto se explica al menos en parte, porque ahora muchos médicos se sienten más seguros que antes para prescribirles. Además, entre los factores que han contribuido a este fenómeno está el que los antidepresivos actuales son muy

eficaces para tratar a la depresión, más seguro y sencillo de administrar y, de forma adicional, como existen otras indicaciones para su prescripción, su uso se ha extendido. (p. 271)

Los mismo autores hacen mención de que todos los antidepresivos actuales en el mercado tienen eficacia similar y es importante mencionar que debe utilizarse una dosis suficiente y por un tiempo de administración mínimo de un año, aunque muchos pacientes con cuadros recurrentes de episodios depresivos requieran más tiempo de prescripción, algunos de por vida

- **Eficacia e indicaciones:** Ha quedado ampliamente demostrado que las depresiones graves tienen una tasa de respuesta de alrededor de 60% la cual se ubica por arriba del efecto placebo, aunque con el tiempo se ha observado una tendencia de reducción de este margen diferencial

Aunque en la actualidad las indicaciones principales de los antidepresivos corresponden al manejo de la depresión, la ansiedad y sus subtipos, también se prescriben para otros trastornos psiquiátricos. Ay quienes piensan que la evidencia está basada en resultados de ensayo clínico, sin embargo, para muchos otros la justificación de su uso se fundamenta en la experiencia clínica. Entre las principales condiciones clínicas adicionales en las que hay evidencia de que el uso de antidepresivos es eficaz esta: bulimia, trastorno disfórico premenstrual, síntomas negativos de la esquizofrenia, dolor neuropático, fibromialgia, enuresis, síntomas, vasomotores de la menopausia y migraña, entre otros. Desde luego, el que sea eficaz para estos problemas tan diversos habla de que sus mecanismos

de acción tal vez sean mucho más complejos de lo que se conoce en la actualidad (p.272).

Luego de haber profundizado en lo que es la depresión y todo lo que esta implica, es hora de poder dar a conocer el efecto que esta tiene en distintas etapas de la vida del ser humano. Etapas que son de vital importancia y de impacto en toda persona, esto permitirá llegar a la edad donde se centra la jubilación, aquí abordaremos también este punto donde la depresión se puede filtrar y llegar de una manera interesante a la personas. A continuación abordaremos estos temas.

1.12 Depresión en la adultez tardía

Se ha llegado a una etapa de la vida en la cual se cree que es normal en el adulto tardío presentar sentimientos de tristeza y falta de placer por hacer algunas actividades que anteriormente eran de alegría y satisfacción así también como los cambios físicos o dificultad de movilidad, aunque en realidad puede ser que no sea realmente por la edad sino un caso de depresión no detectado, referente a esto Marcías (2005) hace mención de que el diagnóstico de la depresión en el adulto mayor es más difícil aunado cuando la persona minimiza o niega los síntomas porque no quieren ser tachados de “locos”, sin embargo se puede estar ante un caso de depresión en el adulto mayor y no estar consciente de lo que esto es o implica, por lo que a continuación se detalla este trastorno en la adultez tardía.

Según Papalia, wendkos y Felman (2009), la vulnerabilidad que pueden presentar los adultos tardíos parece resultar de la influencia de múltiples genes que se interactúan con factores especiales de riesgo en la adultez tardía incluyen la enfermedad o discapacidades crónicas, deterioro cognoscitivo, jubilación y divorcio, separación o viudez (p. 569).

Los adultos mayores se enfrentan a distintos cambios y por ende a distintas causas que pueden influir en el trastorno depresivo las cuales son según Cornachione, Urrutia, y Ferragut (2005), cambios en el SNC (alteraciones en los neurotransmisores), pérdidas frecuentes y pluripatología orgánica

Ramírez, Páez y Aguilar (2007), aunque las depresiones en los ancianos presentan una sintomatología similar a la que aparece en otras épocas, se pueden establecer una serie de rasgos diferenciales característicos como:

- Mayor riesgo de cronicidad
- Mayor frecuencia de ansiedad y de agitación
- Mas irritabilidad
- Mayor pérdida de apetito
- Presencia más habitual de elementos paranoides. frecuentes síntomas psicóticos, somatizaciones e hipocondrías con mayor frecuencia.
- Mayor riesgo de suicidio
- Mas tendencia a la letargia y más estreñimiento
- Menos variaciones diurnas del humor
- Insomnio más intenso
- Disminución de los rendimientos cognoscitivos

(p. 92)

Al conocer los datos anteriores, que dan a conocer puntos clave para un gran número de personas que conviven con más de algún adulto mayor, ya que estos también necesitan de ayuda profesional que les pueden ayudar a prolongar su tiempo de vida que permitirá a sus seres queridos disfrutarlos más por lo que es importante indagar en uno de los riesgos que influyen en la depresión del adulto mayor, siendo este la jubilación y su impacto. Las personas que han llegado a la adultez tardía y se enfrentan a una decisión muy compleja como lo es el dejar de trabajar.

Según Marcías (2005) la jubilaciones se ha convertido en un factor de organización social y de regulación del empleo y de la productividad. La jubilación es un símbolo social de transición a la vejez constituye un signo para el individuo y para la sociedad de que algo importante ha cambiado. La jubilación es uno de los acontecimientos más importantes de la vida de una persona que contribuye al significado de la vejez en nuestra sociedad. La reacción de la jubilación dependerá, en gran medida, del motivo primordial por el cual la persona se jubila y de la satisfacción que se tenía con la profesión que se desarrollaba (p. 47-48).

Por su parte Duque (2007) menciona que la depresión en los jubilados establece factores para su diagnóstico como los psicológicos: la pérdida de confianza en sí mismo, sentimientos de inadecuación e irritabilidad, y externos como la ociosidad, incapacidad de administrar el tiempo libre y las dificultades económicas, por tales razones se le atribuido esta enfermedad a los jubilados.

- **El trabajador mayor:** Asili (2006), el trabajador mayor es un trabajador como cualquier otro, pero también un adulto mayor. que tiene entre 55 y 65 años de edad, que sabe que el despido o la jubilación le aguardan. Existe aparentemente un temor al desempleo y a la jubilación en los trabajadores que son adultos mayores de modo que percibir de forma anticipada las posibles carencias por la disminución del ingreso económico llega a ser paralizante (p. 280).
- **Jubilación:** este es un proceso de nivel afectivo y simbólico para todas las personas que pasan a esta nueva etapa de la vida. Las diferencias que ahora puedan presentarse en el diario vivir del jubilado otorga una relevancia a este proceso, como disminución productiva, ciertos casos salariales, cambio en las expectativas de vida, o incluso nuevas oportunidades de usos del tiempo libre, relaciones sociales o familiares.

Según Duque y Echanogorria (2008), el proceso de la jubilación se asocia popularmente al cese, relacionado con la edad, de la vida laboral. La jubilación supone una serie de implicaciones en otras esferas de la persona: psicológica, afectiva, relacional, existencial, que interviene modelando un nuevo escenario vital. Dichas implicaciones se visualizan con algunos de los siguientes estereotipos que rodean al jubilado.

- ✓ **Vejez y jubilación son conceptos sinónimos:** En la actual dinámica social, son términos disociados ya que la prejubilación, el incremento de la esperanza de vida, la mejor calidad de vida, entre otras, no hace converger integralmente ambas nociones

- ✓ **La edad de jubilación son los 65 años**
- ✓ **La jubilación no es un estado final:** La jubilación se configura como un proceso en sí mismo, dado que hace referencia a una transición que afecta a diferentes facetas de la vida cotidiana, a la vez que tiene repercusión a niveles administrativos, económicos, etc.
- ✓ **Todas las jubilaciones son iguales:** El proceso de jubilación puede iniciarse anticipadamente, puede ser parcial o involuntario
- ✓ **No existe una secuencia similar a la hora de vivir la jubilación:** La adaptación a la jubilación si puede pasar por una secuencia común entre las personas jubiladas como respuesta al cambio (pp.30-31).

La manera en que se experimenta la jubilación depende de las actitudes y perspectivas del cómo enfrentarse a ella. Por tal motivo se desconoce el como la persona le hará frente a esta debido a que todo jubilado es distinto así también como la percepción que esta posee ante tal acontecimiento

a) Afrontamiento al retiro

Según Berger (2009), tanto el trabajo pago como el no pago son una fuente de contención social y estatus, y aportan autoestima. Para mucha gente, el trabajo genera producción, es la principal ocupación de las personas de la mediana edad, y simboliza la “productividad, efectividad y la independencia” los cuales son valores apreciados en la cultura occidental.

El mismo autor hace mención de que muchos adultos creen que el empleo es beneficioso no solo para la sociedad (las tasas de empleo suelen utilizarse como indicadores de salud económica), sino también para los individuos. En realidad, para los adultos más jóvenes, la depresión, el abuso de drogas y el estrés familiar, todos se correlacionan con el desempeño. Por esta razón, muchos científicos sociales han advertido acerca de “los presuntos aspectos traumáticos del retiro” (p. 249)

b) La vida después del retiro:

Para Papalina, Wendkis y Felman (2009) el retiro no es un evento único sino un proceso continuo. Los recursos personales (salud, posición socioeconómica y personalidad), económicos y los de la relaciones sociales (como el apoyo de la pareja y los amigos) pueden influir en la forma en que sobrellevan los retirados esta transición. También puede hacerlo el apego de la persona al trabajo

Los mismos autores, cometa que la posición socioeconómica puede influir en la manera en que los retirados pasan su tiempo. Un patrón común, el estilo de vida enfocado en la familia, contra sobre todo de actividades accesibles, de bajo costo, que giran alrededor de la familia, el hogar y los compañeros. Otro patrón inversión equilibrada es característico de las personas con mayor educación, que asignan su tiempo de manera más equitativa entre la familia, el trabajo y la recreación. Esos patrones pueden cambiar con la edad. En un estudio, los retirados más jóvenes que estaban más satisfechos con su calidad de vida eran los que viajaban con regularidad y asistían a eventos culturales después de los 75 años, (PP. 597)

La depresión es un trastorno que puede dañar tanto física como emocionalmente, esta debe ser diagnosticada en el momento adecuado ya que la persona va perdiendo cierto sentido a su vida optando por el suicidio, esta puede presentarse a cualquier edad sin embargo en el adulto mayor es un poco más difícil porque los síntomas pueden confundirse con los de la propia edad. En la presente investigación se centra en el cambio más drástico que la persona mayor y trabajadora puede llegar a pasar, que es la jubilación, esta es tomada como un signo de la adultez proceso al que las personas pueden llegar a sentir miedo, preocupación y desesperación por los cambios venideros algunos no recibíéndolos educadamente porque quizá no conocen cual es la manera correcta de hacerlo.

“La vejez llega a su paso, ni antes ni después: sólo llega a nuestra puerta, toca y no encuentra esperándola o nos toma de sorpresa. Si la estábamos esperando, tendremos los elementos para aprender a vivir con ella; si nos toma por sorpresa, será un intruso que no podremos esconder de otros, pero sobre todo de nosotros mismos” Nélide Asili, 2006

II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En la actualidad dentro de las empresas suscita la preocupación por el recurso humano que en ella se encuentra y en la labor que éstas realizan, la entidad acompaña al colaborador buscando que este se supere para poder ver esto reflejado en la superación de la empresa; al momento en el que el trabajador llega al tiempo establecido en el cual se debe de jubilar, es donde comienza sólo su camino separarse de su rutina, labor diaria o se da cuenta del vínculo fuerte que este ha creado con la misma conforme los años; para el patrono esto último ya no es relevante.

Cuando los trabajadores se retiran de sus labores por jubilación, pueden surgir distintas percepciones, algunos lo ven como un largo descanso, quizá para interesarse en sí mismo hacer todo aquello que por falta de tiempo no había realizado a lo largo de la vida laboral. Por otro lado algunos probablemente no se dedican a otra cosa, se encierran, nada los satisface, sienten que importan menos, nada les agrada, eventualmente esto puede dar paso a que surjan enfermedades como la depresión.

Las afecciones que pueden llegar a presentar los jubilados provenientes puede ser tanto física en cuanto a la movilidad y agilidad de la persona para realizar ciertas actividades que demanda algún trabajo o vida diaria, también de manera emocional al momento de creer que ya no es útil dentro de la sociedad, menospreciando o lamentarse por cualquier acción que realice o no pueda realizar y por último sentimientos como tristeza, desesperación, enojos, frustración, entre otros. Experimentando estos aspectos la enfermedad en la persona se hace progresiva volviéndose está en un trastorno

La presente investigación brindará nuevos conocimientos acerca de una enfermedad de la cual se desconoce aún su impacto en los jubilados, ya que se corre el riesgo al no diferenciar entre los síntomas propio de la edad y lo síntomas relacionados con una depresión por el rango de edad en que los jubilados se encuentran.

En Huehuetenango existe la asociación de jubilados municipales, personas que han dedicado tiempo y conocimientos al desarrollo de la municipalidad y sus labores que repercutían de manera directa en la sociedad, por lo que formarán parte importante de la investigación que permitirá con la información obtenido de los mismo entablar el conocimiento de un nuevo tema dentro de la sociedad huehueteca. Para dar lugar a dicha investigación se plantea la siguiente pregunta

¿Cuál es el nivel de depresión en jubilados municipales de la cabecera departamental de Huehuetenango?

2.1 Objetivos

a) **Objetivos Generales:**

Establecer los niveles de depresión en los jubilados municipales de la cabecera departamental de Huehuetenango

b) **Objetivos Específicos**

- Establecer el porcentaje de jubilados municipales de la cabecera departamental de Huehuetenango que se encuentran ubicados en cada nivel de depresión.
- Conocer en qué nivel de depresión se encuentran el mayor porcentaje de jubilados municipales
- Establecer los indicadores más y menos predominantes en los jubilados municipales de la cabecera departamental de Huehuetenango

2.1. **Variables de estudio:**

Depresión en adultos mayores

2.2. **Definición de variables**

- **Definición conceptual**

Depresión: Puede definirse como una enfermedad en la que los sentimientos de tristeza, desesperanza y desesperación persisten e interfieren con la habilidad de la persona para funcionar (Tejera, 2011, p. 199).

- **Definición operacional:** Según el Inventario de Depresión de Beck II la depresión es el conjunto de los siguientes emociones:

- ✓ Tristeza
- ✓ Pesimismo,
- ✓ Fracasos en el pasado
- ✓ Pérdida de placer
- ✓ Sentimientos de culpa
- ✓ Sentimientos de ser castigado
- ✓ Sentimientos negativos hacia sí mismo
- ✓ Actitud crítica hacia sí mismo,
- ✓ Ideas o deseos de suicidio
- ✓ Llanto
- ✓ Agitación
- ✓ Pérdida de interés
- ✓ Indecisión
- ✓ Desvalorización
- ✓ Pérdida de energía
- ✓ Cambios en el sueño
- ✓ Irritabilidad
- ✓ Cambios en el apetito
- ✓ Dificultad de concentración
- ✓ Fatiga
- ✓ Pérdida del interés por el sexo.

Estos indicadores pueden determinar el nivel de depresión los cuales son: mínimo, leve, moderado y grave

2.3. Alcances y Límites:

La presente investigación pretende conocer los niveles de depresión en una muestra de jubilados municipales de la cabecera departamental de Huehuetenango el instrumento que se utilizó para evaluar la variable depresión en los sujetos es el test de depresión Beck II. Por lo tanto los resultados no pueden ser generalizados a otras muestras

Los límites de esta investigación se encuentran al momento de responder el instrumento para obtener los resultados ya que algunos sujeto no saben leer ni escribir por lo que la aplicación de su prueba fue de manera oral

2.4. Aporte

Descrito ya anteriormente a los que se refiere la depresión en los jubilados podrá centrar la atención en el beneficio que se pretende obtener al conocer un tema tan importantes en la realidad guatemalteca y sobre todo para la huehueteca para lograr fomentar el interés en los retirados dándoles a conocer que su trabajo vale aún la pena, recalcar lo útiles que son todavía para la sociedad que estar jubilados no implica que serán atados de manos y deben retirarse totalmente de lo que a ellos les gusta.

Con la presente investigación se pretende que los jubilados municipales formen parte activa de la sociedad fomentando nuevas actividades que puedan ayudar a establecer una

relación entre los jubilados y la misma, con el fin más que todo de hacerse escuchar y dar a conocer que existen para poder obtener más ayuda social , también se proyecta que los jubilados dependiendo del grado de depresión que revele el estudio puedan obtener atención psicología para que ellos se sientan alentados a seguir participando en el que hacer de su vida, que puedan entender que a pesar de haber dejado de participar en el servicio de la sociedad siguen siendo parte de ella y por ende siguen siendo tomados en cuenta por la misma.

Para la sociedad huehueteca un estudio de esta magnitud es importante y representativa porque toda persona que labora en un institución o empresa llegara a el punto de retirarse de sus labores por motivo de jubilación y en cuanto más se colabore con cada persona con su superación y voluntad luego de su paro laboral los beneficios para los futuros jubilados serán más grandes sin dejar de lado que cada día se puede ir progresando en la mejora de los jubilados en la sociedad.

Ahora bien enfocada esta investigación a la Universidad Rafael Landívar Campus de Huehuetenango será de mayor importancia porque este tema no ha sido abordado aun en ningún tipo de investigación, por lo tanto el beneficio que se obtiene es la creación de nuevos datos y conocimientos acerca de un tema que no es ajeno a lo que la universidad ha enseñado en cuanto a sus valores de altruismo y ayuda al prójimo, es un claro ejemplo de que será un aporte tanto en conocimiento como en hacer más humana a las personas, que asisten a esta entidad educativa en busca de una superación profesional.

Como estudiante, se puede llegar a crear conocimiento acerca de las causas de la depresión en jubilados, la forma en cómo poder ayudarlos, lo cual me permitirá poder desarrollar mecanismos que ayuden a que esta patología no se presente en ellos y como futura profesional

desarrollar formas fáciles para contrarrestar los efectos de la depresión ya sea en actividades que ayuden tanto personal como de forma social que harán que las personas entiendan que aunque ya no laboren al servicio de la comunidad, siguen siendo parte de ella y por ende se les sigue tomando en cuenta.

III MÉTODO

3.1. Sujetos:

Los sujetos que formaron parte de esta investigación son 40 jubilados municipales asistentes a la reunión mensual que se lleva a cabo por parte de la Asociación Municipal de Jubilados, estos desempeñaban tanto puestos administrativos como operativos, de ambos sexos, comprendidos entre las edades de 50 a 91 años, que cuentan con diversos niveles de escolaridad y de distintas religiones

3.2. Instrumentos:

El instrumento que se utilizó para la realización de la misma y obtener los datos que sean necesarios para su análisis e interpretación corresponde al test de depresión de Beck II que será identificado como IDB-II dentro del documento, es un cuestionario de autoevaluación, destinado a medir la gravedad de la depresión en las personas a partir de los 16 años. Está compuesto por 22 ítems. El IDB-II ha sido elaborado para evaluar los síntomas correspondientes a los criterios diagnósticos de las perturbaciones depresivas según el DSM-IV (1994, versión francesa de 1996). Treinta y cinco años de investigación y experiencia con la primera versión del IDB llevan a los autores a revisar la versión modificada: EL IDB-IA (Beck, Rush, Shaw y Mery, 1979).

- **Tiempo de aplicación:**

En general de 5 a 10 minutos son suficientes para llenar el protocolo. Pueden emplear más tiempo pacientes que sufren una depresión grave o perturbaciones obsesivas.

- **Calificación:**

La puntuación al IDB-II se obtiene sumando los índices numéricos de los 21 ítems, estando cada ítem señalado con punto del 0 al 3 si un sujeto ha dado más respuestas a un ítem, se escoge solo el índice más elevado. La puntuación directa máxima es de 63

- **Interpretación de las puntuaciones**

En la interpretación de las calificaciones al IDB-II, es necesario tener en cuenta que las respuestas del sujeto pueden ser tergiversadas, como en todo cuestionario de autoevaluación, efectivamente, algunos sujetos pueden tener tendencia a mostrar más síntomas de los que tienen en realidad, y entonces elevan su calificación mientras que otros sujetos tenderán a negar sus síntomas y así bajar su calificación. Además el IDB.II permite mostrar un grado de depresión y no de plantear un diagnóstico de depresión. El IDB-II suministra una calificación total, como una estimación de la intensidad global de la depresión

3.3.Procedimiento

Para llevar a cabo la investigación se procedió con el siguiente cronograma de actividades

- Elección de un tema relacionado al área laboral acorde a la carrera de psicología industrial/organizacional.
- Formulación de un problema por medio de la correlación de dos variables, una dependiente y otra independiente.

- Búsqueda de información bibliográfica de cada una de las variables a investigar.
- Especificación de objetivos
- Selección de la población y sujetos a evaluar
- Preámbulo y relación del tema a investigar
- Elaboración y estructuración de marco teórico
- Autorización previa del lugar donde se aplicara el instrumento para la obtención de datos
- Aplicación de instrumento
- Tabulación y análisis de resultados
- Presentación de resultados obtenidos en la investigación por medio de gráficas y técnicas estadísticas.
- Entrega de proyecto final

3.4.Diseño y metodología estadística:

La investigación es de tipo descriptiva exploratoria que según Hernández, Fernández y Baptista (2010) este tipo de estudio descriptivo busca especificar propiedades, características y rasgos importantes de cualquier fenómeno que se analice. Describe tendencias de un grupo o población, los mismos autores también describen que la investigación exploratoria se realiza cuando el objetivo consiste en examinar un tema poco estudiado. Luego de obtener la información necesaria de los jubilados municipales se tabularan los datos y para la obtención de los resultados se utilizará la estadística descriptiva que según Ángel (2007) es la parte de la estadística que se ocupa de los métodos para la recolección, presentación y caracterización de un conjunto de datos con

el propósito de describir sus características, por lo que también utilizaremos las fórmulas de distribución de frecuencias para obtener los resultados que posteriormente serán interpretados y analizados

- Media.

$$\bar{\mu} = \frac{X_1 + X_2 + X_3 + \dots + X_n}{N} = \frac{\sum_{i=1}^n X_i}{N}$$

- Mediana.

$$\text{Posición de la mediana} = \frac{n+1}{2}$$

- Moda. Es aquel valor que se repite más frecuentemente en un conjunto de datos.

IV. PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS

La presente investigación se basa en poder determinar los Niveles de Depresión en Jubilados, para efecto de la investigación se utilizò como población a los Jubilados Municipales de la Cabecera Departamental de Huheutenango . La muestra estuvo constitúida por 40 personas de ambos sexos, jubilados de puestos tanto operativos como administrativos, casados, solteros y viudos, comprendidos entre las edades de 50 a 90 años de edad, a los cuales se le aplicó un test de depresión llamado Inventario de Depresión de Beck II, que es apto para jóvenes y adultos mayores el cual presenta cuatro niveles: mínimo, leve, moderado y grave. Este test fue resuelto de manera escrita y oral, por lo que se podrá determinar el nivel de depresión que predomina en los sujetos evaluados. Así también se dara a conocer él o los indicadores en los cuales los evaluados obtuvieron un alto y bajo punteo

A continuación se presentan los resultados que corresponden al punteo obtenido que con base a éste se diagnosticó el nivel de depresión en mínimo, leve, moderado y grave se ubican de acuerdo a los rangos 0-11, 12-19, 20-27 y 28-63 respectivamente establecidos por el instrumento de evaluación aplicado a la muestra ya mencionada, posterior a esto se dan a conocer los resultados específicos obtenidos en la prueba y el análisis respectivo para poder determinar si los sujetos pueden ser diagnosticados con depresión o si solo presenta síntomas relacionados.

RANGO Y NIVELES DEL INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK II

Niveles de Depresión	Rango
Mínimo	0-11
Leve	12-19
Moderado	20-27
Grave	28-63

Tabla Estadística No. 1

Medidas de Tendencia Central	
Media	11.88
Error típico	1.64
Mediana	9
Moda	15
Desviación estándar	10.37
Varianza de la muestra	107.55
Mínimo	1
Máximo	51
Cuenta	40

Los resultados de la aplicación estadística, dan a conocer que el puntaje mínimo es de 1 y el máximo de 51; con base en la muestra de 40 Jubilados Municipales se encuentra que el promedio es de 11.88 dando a conocer que la mayoría de sujetos están situados en este puntaje, que esta ubicado entre una depresión mínima a leve según el rango establecido en el instrumento, el error típico es de 1.64 respecto al promedio, indica factores distorsionantes tanto conocidos como desconocidos, la mediana es 9 dando a conocer el valor de la variable de posición central en el grupo evaluado y que las puntuaciones, la mitad esta por debajo a nueve ubicandose en el rango depresivo mínimo; la moda es de 15 por lo que es el puntaje que mas se repite dentro del conjunto de personas ubicandose en un nivel depresivo leve. la desviación estandar es de 10.37 esto indica cuanto se alejan o cuanto varian los datos de la media en este caso 11.88, la varianza de la muestra es de 107.55 midiendo asi la separación entre los datos.

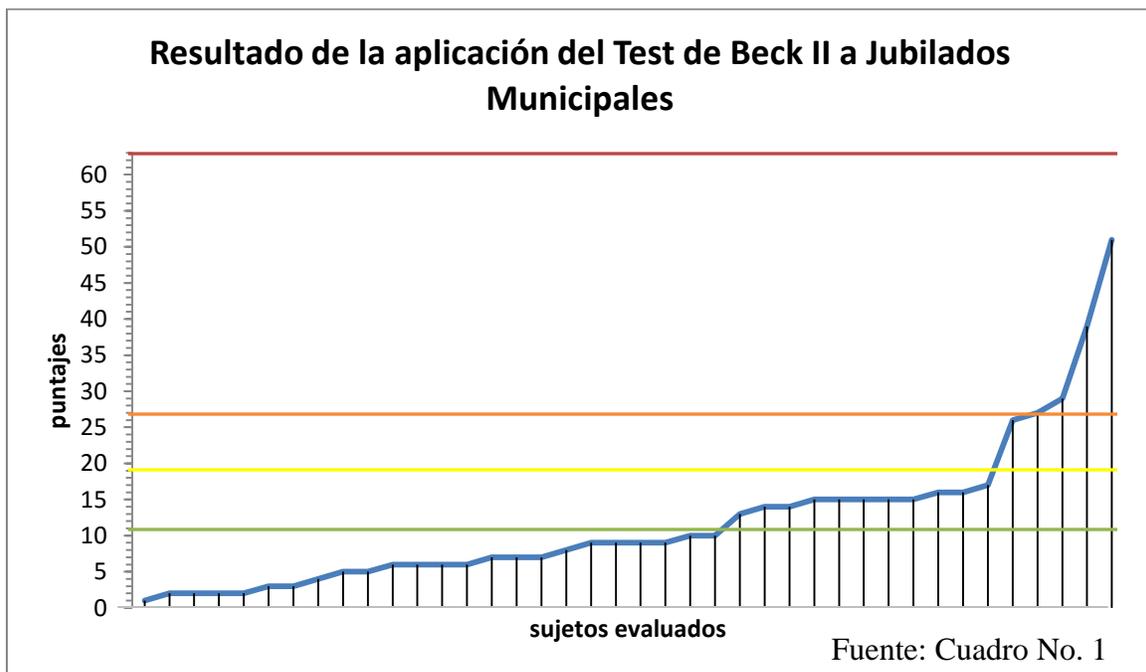
Los datos obtenidos en el proceso estadístico dan a conocer que los sujetos evaluados se encuentran en un nivel de depresión de mínimo a leve que probablemente puede ser controlable por la persona y posiblemente no atentar al bienestar mental. Algunas personas se encuentran en un nivel de moderado a grave, aunque son pocas personas pero es importante brindarles un tratamiento psicológico inmediato.

RESULTADO DE LA APLICACIÓN DEL TEST DE BECK II A JUBILADOS MUNICIPALES DE HUEHUETENANGO

Cuadro No.1

Sujeto	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
Punteo	1	2	2	2	2	3	3	4	5	5	6	6	6	6	7	7	7	8	9	9
Sujeto	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40
Punteo	9	9	10	10	13	14	14	15	15	15	15	15	16	16	17	26	27	29	39	51

Gráfica No. 1



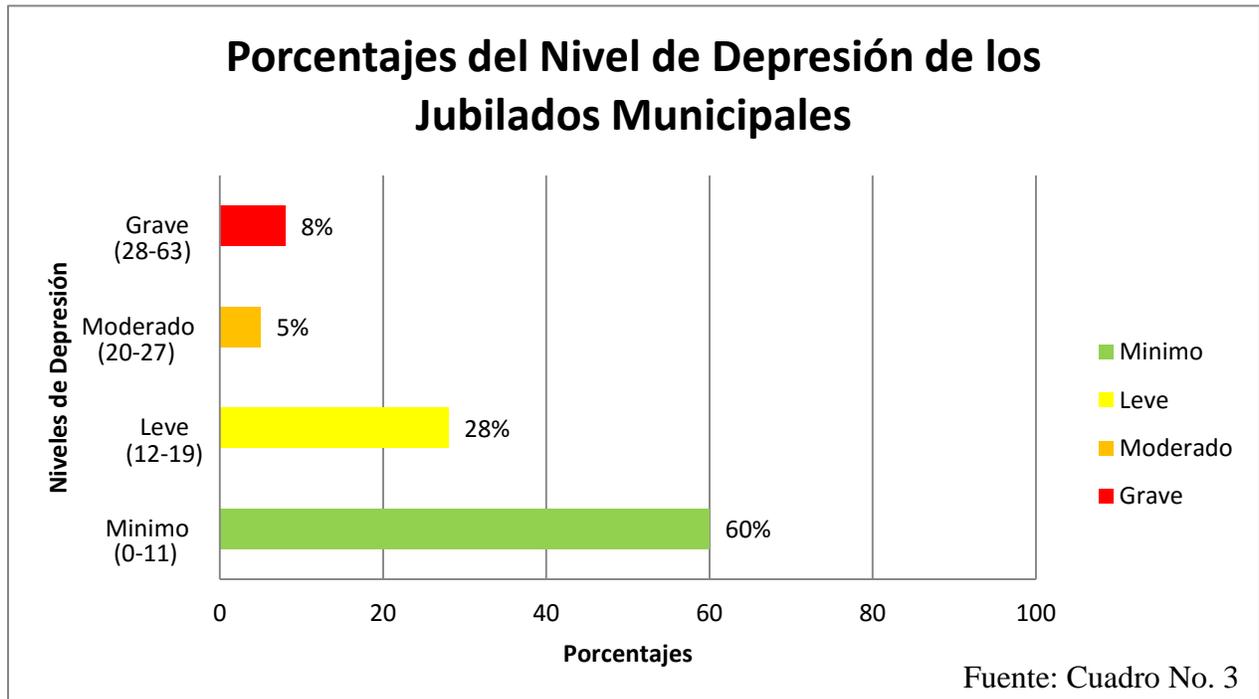
En la presente gráfica se encuentran detallados las puntuaciones obtenidas por los 40 Jubilados Municipales que fueron tomados como muestra de la población total, siendo las calificaciones más altas las siguientes: 51 pts., 39 pts. y 29 pts., estas cifras clasificadas dentro del rango de Depresión grave delimitada en la gráfica por una línea roja; dentro de esta también se dan a conocer las calificaciones más pequeñas siendo las siguientes: 1 pts., 2 pts. Y 3 pts., puntaje clasificado dentro del rango de Depresión mínima delimitado por una línea verde.

**PORCENTAJES DEL NIVEL DE DEPRESIÓN DE LOS JUBILADOS
MUNICIPALES DE HUEHUETENANGO**

Cuadro No. 3

Niveles de Depresión	Mínimo	Leve	Moderado	Grave
Porcentajes	60%	28%	5%	8%

Gráfica No. 3



En la presente gráfica se puede observar cuatro niveles para poder diagnosticar Depresión de acuerdo con el test de Inventario de Depresión de Beck II; dando a conocer que en el nivel Mínimo (rango 0-11) se encuentran diagnosticadas un 60% de la muestra evaluada ubicándose aquí la mayoría de los sujetos, siguiente se encuentra el nivel Leve (rango 12-19) se encuentran diagnosticadas 28% de la muestra evaluada; en el nivel Moderado (rango 20-27) se encuentran diagnosticadas 5% de la muestra evaluada y en el último nivel denominado Grave (rango 28-63) se encuentran diagnosticadas 8% de la muestra evaluada

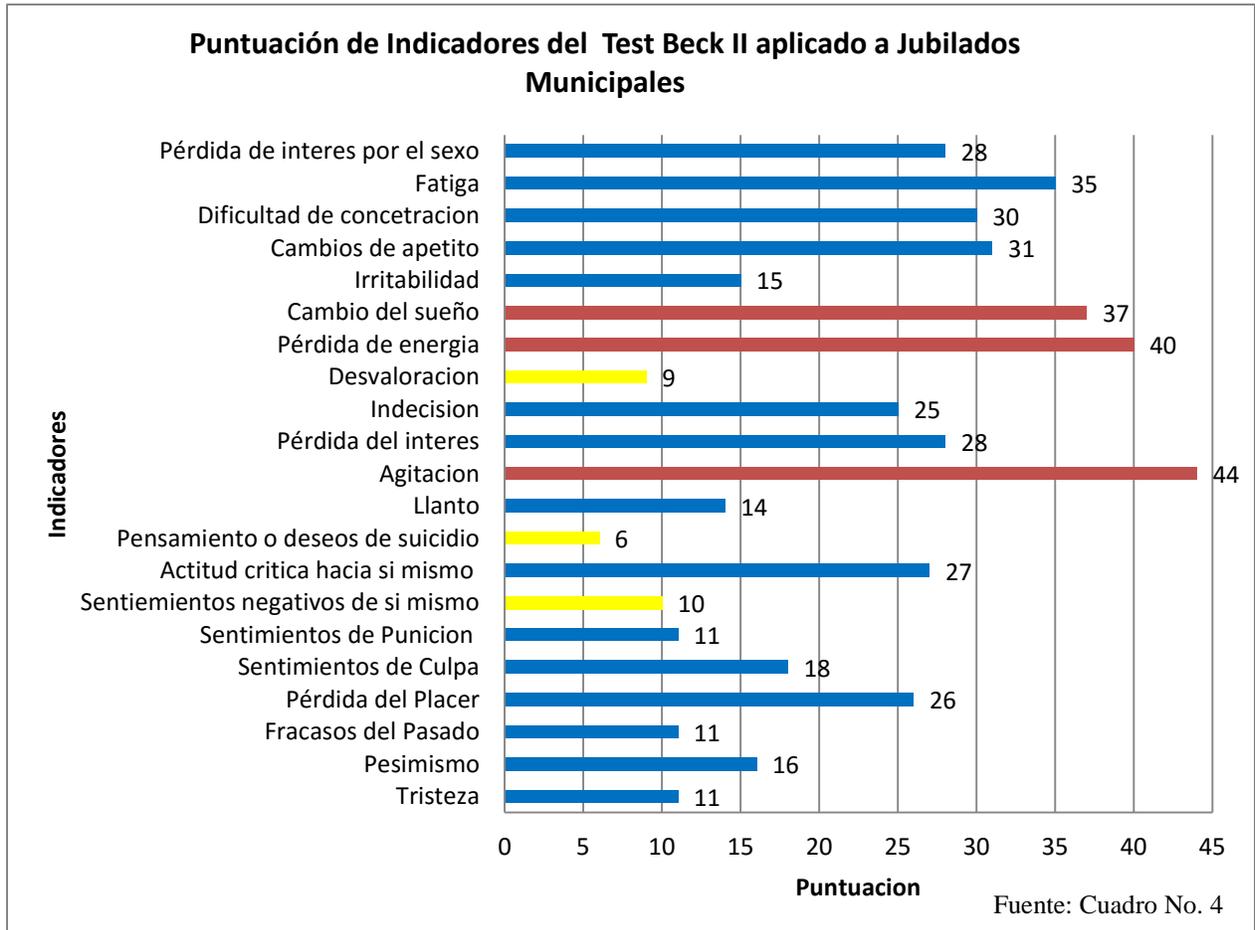
**PUNTUACIÓN DE INDICADORES DEL TEST BECK II APLICADO A JUBILADOS
MUNICIPALES**

Cuadro No. 4

Indicadores	Punteo	Indicadores	Punteo
Tristeza	11	Pérdida del interés	28
Pesimismo	16	Indecisión	25
Fracasos del Pasado	11	Desvaloración	9
Pérdida del Placer	26	Pérdida de Energía	40
Sentimientos de Culpa	18	Cambio del Sueño	37
Sentimientos de Punción	11	Irritabilidad	15
Sentimientos negativos de sí mismo	10	Cambios de apetito	31
Actitud crítica hacia sí mismo	27	Dificultad de concentración	30
Pensamiento o deseos de suicidio	6	Fatiga	35
Llanto	14	Pérdida del interés por el Sexo	28
Agitación	44		

En la tabla anterior se da a conocer los indicadores del instrumento Inventario de Depresión de Beck II (en listados de acuerdo a la prueba) y un punteo. Cada indicador contiene 4 afirmaciones las cuales están enumeradas y punteadas de cero a tres, consecuentemente de acuerdo a la respuesta que los sujetos seleccionaron así mismo será la puntuación que estos le den. Por lo tanto la tabla da a conocer el punteo general de cada ítem.

Gráfica No. 4



En la presente gráfica se puede observar los veintiún indicadores utilizados para poder diagnosticar los niveles de Depresión de acuerdo con el test de Inventario de Depresión de Beck II; dando a conocer los tres ítems con mayor puntaje y que predominan en los jubilados municipales los cuales están identificados con las barras rojas: agitación con un puntaje de 44 es el indicador de calificación más alto, seguido por pérdida de energía con un puntaje de 40, luego se encuentra cambio de sueño con un puntaje de 37. La gráfica también da a conocer los tres ítems con menor puntaje identificados con las barras amarillas, estos son: pensamientos o deseos de suicidio con un puntaje de 6, desvaloración con un puntaje de 9 y sentimientos negativos de sí mismo con un puntaje de 10.

V. DISCUSION

En el desarrollo del ser humano se debe de afrontar a diversas etapas, en primer lugar el crecer hasta la adolescencia donde la vida suele complicarse un poco, seguido a esto el ser un adulto que busca una estabilidad tanto económica como sentimental, llegando por último a ser un adulto mayor donde las responsabilidades son un poco más abrumantes que conjuntamente con la edad se pueden presentar ya sean enfermedades físicas o trastornos psicológicos como la depresión.

La depresión esta categorizado dentro de la psicología como un trastorno anímico o trastorno del estado del ánimo, en el cual la persona se siente desanimada la mayor parte del tiempo, llorando más de lo normal, perdiendo el interés incluso por las cosas cotidianas sintiendo que su vida poco a poco va perdiendo sentido, estas características deben prevalecer en la persona durante dos semanas para poder ser evaluada como depresión. Tejera (2011) indica que la depresión puede afectar todos los aspectos de la vida de una persona. Los sentimientos de alegría, satisfacción, entusiasmo y bienestar disminuyen. La depresión está asociada con la infelicidad y la ausencia de dicha en la vida.

Este trastorno puede llegar a relacionarse con los jubilados de la municipalidad de Huehuetenango porque al dejar de trabajar a una edad en donde son categorizados como adultos mayores y retirarse de sus labores en una empresa a la que han dedicado muchos años de empeño implica un cambio radical en su vida. Esto se comprende mejor con lo que indica Asili (2006), quien da a conocer que el trabajador mayor es un trabajador como cualquier otro, pero también un adulto mayor, que tiene entre 55 y 65 años de edad, que sabe que el despido o la

jubilación le aguardan. En el adulto mayor existen ciertos síntomas como pérdida de interés en personas o cosas, pérdida de placer al realizar actividades y cambios en la forma de alimentarse así como en el sueño, quizá algunos de estos prevalezcan en la persona pudiendo ser precursores de una depresión Marcías (2005) hace referencia a que el diagnóstico de la depresión en el adulto mayor es más difícil cuando la persona minimiza o niega los síntomas

Conforme a los resultados obtenidos se puede constatar que el 60% de los jubilados están ubicados en un nivel de depresión mínimo, 28% en el nivel leve, 5% en el nivel moderado y 8% en nivel de depresión grave, al comparar estos resultados con los obtenidos por López (2012), en su investigación donde el 48% de las personas sometidas a evaluación presentan un nivel moderado de depresión, en tanto que el 44% de las personas presentan un estado depresivo leve y el 8% del total de las personas encuestadas presentan un nivel depresivo grave. Se puede observar que el porcentaje de la depresión grave es igual en las dos investigaciones, es un porcentaje no alto sin embargo los que forman parte de ese 8% necesitan ayuda urgente. Respecto a esto podemos citar a Pacheco (2008) quien da a conocer que la depresión puede sucintar cuando un hecho significativo irrumpe en el curso normal de la vida cotidiana; Cualquier modificación en la trayectoria vital, puede desencadenar una depresión de distinta magnitud, según el acontecimiento y el sujeto. De acuerdo a los datos dados a conocer este acontecer es la jubilación

En gráfica No. 3 se puede observar que el 60% de la muestra evaluada más de la mitad de sujetos están ubicados en el nivel de depresión mínimo, esto probablemente haya ocurrido porque los jubilados aún se sienten capaces de realizar algunos trabajos que son parte quizá de su diario vivir y posiblemente los realizaban desde que trabajaban en la municipalidad o incluso

antes tal como lo comentaban los sujetos evaluados; al comparar estos resultados con la investigación realizada por Monterroso (2012) quien evaluó a 50 ancianos comprendidos entre las edades de 65 a 75 años, al observar los resultados se pudo determinar que en este grupo de personas de la tercera edad; de los 50 solo 30 presentan este problema, por lo tanto en este estudio más de la mitad de los evaluados poseen depresión. Por lo que concluye que los ancianos que se mantienen activos y participativos, se deprimen menos, las actividades sociales les ayudan a mejorar su estado de ánimo. Es así como lo describe Berger (2009) el trabajo pago como el no pago simboliza la productividad, efectividad y la independencia en un adulto mayor. Quizá esto permita que los sujetos que forman parte del presente estudio no lleguen a sentir tristeza y desesperación, sentimientos que puedan interferir con la habilidad de las personas para funcionar adecuadamente,

Al ser evaluados y puntuados los indicadores que permiten diagnosticar los niveles de depresión dentro del Inventario de Depresión de Beck II, se pudo determinar que los predominantes son: agitación, pérdida de energía y cambio de sueño, sin embargo estos corren riesgo de ser confundidos y no ser relacionados con la depresión, ahora bien al comparar estos resultados se encuentra similitud en la investigación de García (2009), sobre la jubilación y su relación con padecimientos de ansiedad y depresión en personas de 60 a 70 años, determinó que síntomas son los más frecuentes, siendo estos: decaimiento, insomnio y dolor de cuerpo que pueden provocar alteraciones emocionales como depresión y ansiedad. En ambas investigaciones las personas presentan en términos generales cambio en el sueño y en la pérdida de energía, estos síntomas pueden ser confundidos como propios de la edad ya que la mayoría de jubilados tiene un nivel mínimo de depresión. Lo mencionado anteriormente da lugar a lo descrito por los autores Ramírez *et al.* (2007) quienes dieron a conocer que la depresión en los ancianos presenta mayor frecuencia de ansiedad y de agitación, más irritabilidad, mayor pérdida de apetito, mayor

riesgo de suicidio, menos variaciones diurnas del humor, insomnio más intenso y disminución de los rendimientos cognoscitivos.

VI. CONCLUSIONES

1. De acuerdo a los resultados obtenidos los jubilados municipales de la cabecera departamental de Huehuetenango un nivel de depresión mínimo, leve, moderado y/o grave. El promedio obtenido es de 11.88, el cual se ubica en la intersección del rango mínimo a leve.
2. Del total de 40 sujetos evaluados el 60% están ubicados en el nivel de depresión mínimo siendo este el predominante, las personas ubicadas en este nivel comentaban que realizan actividades tanto recreativas como lucrativas que mantienen su mente ocupada.
3. Según la muestra evaluada, un 28% está ubicado en el nivel leve, el 5 % posee un nivel moderado y un 8% de los sujetos están ubicado en el nivel grave, esto demuestra que un mínimo porcentaje de personas que si poseen un trastorno depresivo.
4. Los indicadores predominantes en los sujetos evaluados son: agitación, pérdida de energía y cambios de sueño, sin embargo, estos ítems deben ser evaluados con los demás que conformar el test para poder diagnosticar un nivel de depresión.

VII. RECOMENDACIONES

1. Proponer que se implemente dentro de la empresa responsable en este caso la Municipalidad de Huehuetenango un programa de atención al jubilado en el cual se opten por terapias psicológicas de retiro para los colaboradores que estén próximos a jubilarse y para los que ya están jubilados en un tiempo específico establecido por un psicólogo clínico, para prevenir o contrarrestar un nivel alto de depresión en los sujetos.
2. Organizar actividades recreativas y de convivencia dentro de la propia asociación de jubilados municipales, esto se puede lograr si se establece con el presidente de la asociación y el comité asignado una agenda para poder llevarlas a cabo con el fin de que las personas se reúnan dos o tres veces al mes.
3. Coordinar la asociación de jubilados en conjunto con la Municipalidad de Huehuetenango charlas, talleres o capacitaciones donde los jubilados puedan aprender e incluso también enseñar a partir de su experiencia y así poder influir en los sujetos a hacer cosas diferentes o a seguir desenvolviéndose en un oficio para llenar su tiempo libre, ayudando a su mejora o estabilidad en lo que refiere la salud mental
4. Brindar a los jubilados municipales el acompañamiento necesario como brindar ayuda psicológica específica a quienes han aumentado su nivel de depresión.
5. Recalcar en los jubilados que están en un nivel estable lo importante que es realizar actividades de distinta índole.

IV. REFERENCIAS

Academia de la lengua española (2014). Diccionario de la Real academia Española (22^a Ed.) Depresión, URL <http://lema.rae.es/drae/?val=depression>

Aguilar G. (2008). *Depresión como consecuencia de los factores negativos que enfrenta el adulto mayor ante la familia y la sociedad* (Tesis de licenciatura). Universidad San Carlos de Guatemala. Recuperada de https://www.google.com.gt/?gws_rd=cr&ei=8AM4VaSiLYWPyASQy4CQCw#q=DEPRESION+COMO+CONSECUENCIA+DE+LOS+FACTORES+NEGATIVOS+QUE+ENFRENTA+EL+ADULTO+MAYOR+ANTE+LA+FAMILIA+Y+LA+SOCIEDAD

Aguilar H. (2007). *Depresión y su incidencia en los Maestros Jubilados del Magisterio Primario Urbano* (Tesis de licenciatura). Universidad Rafael Landívar, Quetzaltenango. Recuperada de http://biblio2.url.edu.gt/F/JY21CHYEQX484IPI73NYAJPN37H878VH6EYKNQ6X2CGT4FN4QS34329?func=service&doc_library=URL01&doc_number=000112370&line_number=0001&func_code=WEB-SHORT&service_type=MEDIA

Alfaro K. (2013). *Estado de depresión en los empleados que se jubilan en Quetzaltenango* (Tesis de licenciatura). Universidad Rafael Landívar, Quetzaltenango. Recuperada de http://biblio2.url.edu.gt/F/JY21CHYEQX484IPI73NYAJPN37H878VH6EYKNQ6X2CGT4FN4QS32071?func=service&doc_library=URL01&doc_number=000171103&line_number=0001&func_code=WEBSHORT&service_type=MEDIA

- André C. (2010) *Los estados del ánimo* (1ª Ed.) Barcelona: Kairos
- Ángel J. (2007), *Estadística general aplicada* (21ª. Ed.) Colombia: Universidad EAFIT,
- Asili N. (2006), *Vida plena en la vejez* (1ª Ed.) México: PAX
- Berger (2009), *Psicología del Desarrollo: Adulthood y Vejez* (7ª. Ed.) España: Medica Panamericana
- Briones B. (2012-2013). *Redes de Apoyo Familiares y Calidad de Vida en los Adultos Mayores usuarios jubilados del Hospital del Día, Dr. Efrén Jurado López* (Tesis de licenciatura). Universidad Guayaquil. Recuperada de https://scholar.google.es/scholar?q=%E2%80%9CRedes+de+Apoyo+Familiares+y+Calidad+de+Vida+en+los+Adultos+Mayores+usuarios+jubilados+del+Hospital+del+D%C3%ADa%E2%80%9C&btnG=&hl=es&as_sdt=0%2C5
- Castro M., Ramírez S., Aguilar L. y Díaz V. (2006). *Factores de riesgo asociados a la depresión del Adulto Mayor* Artículo de Investigación, Escuela militar, 132-137. Recuperada de https://www.google.com.gt/?gws_rd=cr&ei=8AM4VaSiLYWPYASQy4CQCw#q=%E2%80%9CFactores+de+riesgo+asociados+a+la+depresi%C3%B3n+del+Adulto+Mayor%E2%80%9D%2C
- Cervera G. (2009) *guía para el tratamiento de los trastornos depresivos o ansiosos* (2ª Ed) Barcelona: Ars Medica
- Cornachione M., Urrutia A. y Ferragut L. (2005), *Guía para el cuidado de ancianos con problemas* (1ª Ed.) Córdoba: Brujas
- De la Fuente J, y Heinze G. (2012), *Salud mental y medicina psicológica* (1ª. Ed.) México: Mc Graw Hill

Duque H. (2007) *los ciclos vitales del ser humano* (1ª Ed.) Colombia: San Pablo

Duque J y Echonoyorria A. (2008) *la participación social de las personas mayores* (1ª Ed.) España: Grafo S.A.

Escobar X. (2011). *Deterioro de funciones cognitivas y depresión en el adulto mayor del centro de cuidado diario "San Sebastián" y del hogar de ancianos y aislamiento de Riobamba* (Tesis de licenciatura). Universidad Nacional de Chimborazo. Recuperada de.

https://www.google.com.gt/search?sclient=psyab&biw=1366&bih=623&q=6+Adultos+Mayores+del+Centro+de+Cuidado+Diario+%E2%80%9CSan+Sebasti%C3%A1n%E2%80%9D+y+6+del+Hogar+de+Ancianos+y+Aislamiento+de+Riobamba&oq=6+Adultos+Mayores+del+Centro+de+Cuidado+Diario+%E2%80%9CSan+Sebasti%C3%A1n%E2%80%9D+y+6+del+Hogar+de+Ancianos+y+Aislamiento+de+Riobamba&gs_l=hp.3...155405.155405.9.156204.1.1.0.0.0.0.0.0..0.msedr...0...1c.2.64.hp..7.2.436.dgfr7MLdYLE&psj=1&bav=on.2,or.&bvm=bv.91427555,d.b2w&ech=1&psi=8AM4Ve79NILdsAXL94GACQ.1429734383790.31&ei=2gc4VcnYEsmsqAWBp4DwAw&emsg=NCSR&noj=1

Esparcia, A. (2006), *Psicopatología* (8ª Ed.) Barcelona: UOC

García E. (2009). *La jubilación y su relación con padecimientos de ansiedad y depresión en personas de 60 a 70 años que asisten al Centro de Atención Médica integral para pensionados (C.A.M.I.P.)* (Tesis de licenciatura). Recuperada de

https://www.google.com.gt/?gws_rd=cr&ei=8AM4VaSiLYWPYASQy4CQCw#q=LA+J

UBILACION Y SU RELACION CON PADECIMIENTOS DE ANSIEDAD Y DEPRESION EN PERSONAS DE 60 A 70 AÑOS QUE ASISTEN AL CENTRO DE ATENCION MEDICA INTEGRAL PARA PENSIONADOS (C.A.M.I.P.)

Ghedin W. (2009), *Las enfermedades mentales* (7ª Ed.) Argentina: LEA

Guerrero S. (2014). *Depresión en mujeres de 35 a 50 años* (Tesis de licenciatura).

Universidad Rafael Landívar, Quetzaltenango. Recuperada de http://biblio2.url.edu.gt/F/JY21CHYEQX484IPI73NYAJPN37H878VH6EYKNQ6X2CGT4FN4QS34640?func=service&doc_library=URL01&doc_number=000183844&line_number=0001&func_code=WEBSHORT&service_type=MEDIA

Halgin R y Krauss S. (2009), *Psicología de la anormalidad* (5ª Ed.) México: Mc Graw Hill

Hawkins D. (2014) *Dejar ir, el camino a la libertad* (1ª Ed.) España: Grana de mostaza

Hernández R., Fernández C. Y Baptista P. (2010), *Metodología de la investigación* (5ª Ed.) Perú: Mc Graw Hill

Lloacana M. (2010-2011). *El conflicto emocional y su repercusión en las reacciones psicológicas de los jubilados en el Centro Estupiñan Latacunga* (Tesis de inédita). Recuperada de https://scholar.google.es/scholar?q=+Myrian+Lloacana+&btnG=&hl=es&as_sdt=0%2C5

López I. (2012). *Depresión en las Personas Internas del Asilo de Ancianos Madre*

Teresa de Coatepeque, Quetzaltenango (Tesis de Licenciatura), Universidad Rafael Landívar, Retalhuleu. Recuperada de http://biblio2.url.edu.gt/F/JY21CHYEQX484IPI73NYAJPN37H878VH6EYKNQ6X2CGT4FN4QS33615?func=service&doc_library=URL01&doc_number=0010158496&line_number=0001&func_code=WEB-SHORT&service_type=MEDIA

Marcías J. (2005) *geriatría desde el principio* (2ª Ed.) Barcelona: Glosa

Martínez F. y Morales D. (2006). *La depresión y sus consecuencias en pacientes mayores de 65 años, de ambos sexos, reclusos en casa Geriátrica María de Antigua Guatemala* (Tesis de licenciatura). Universidad San Carlos de Guatemala. Recuperada de https://www.google.com.gt/?gws_rd=cr&ei=8AM4VaSiLYWPYASQy4CQCw#q=LA+DEPRESION+Y+SUS+CONSECUENCIAS+EN+PACIENTES+MAYORES+DE+65+A%C3%91OS%2C+DE+AMBOS+SEXOS%2C+RECLUIDOS+EN+CASA+GERIATRICA+MARIA+DE+ANTIGUA+GUATEMALA.++

Molina L. y Martin B. (2010), *Comprender la Depresión* (1ª Ed.) Barcelona: Amat

Monterroso K. (2012). *Tipos de depresión en personas de la tercera edad* (Tesis de licenciatura). Universidad Rafael Landívar, Quetzaltenango. Recuperada de http://biblio2.url.edu.gt/F/FKGJDULCFCGKGLHGEE75DUCJ4THVVQ1ILH69DLM7XXNPHEV1SM40557?func=service&doc_library=URL01&doc_number=000158831&line_number=0001&func_code=WEBSHORT&service_type=MEDIA

Moreno A. (2008) *La depresión y sus máscaras* (1ª Ed) España: Medica Panamericana

- Nelson T. (2006), *Emociones que matan: entienda las conexiones mente-cuerpo-espíritu que pueden sanarle o destruirle* (1ª Ed.) Estados Unidos: Betania
- Novillo O. (2013). *La depresión del adulto mayor y el cumplimiento del plan de vida* (Tesis de licenciatura). Universidad de AZUAY. Recuperada de https://scholar.google.es/scholar?q=%E2%80%99Cla+depresi%C3%B3n+del+adulto+mayor+y+el+cumplimiento+del+plan+de+vida%E2%80%99D&btnG=&hl=es&as_sdt=0%2C5
- Ortiz A., Alonso I., Gonzales A., Ruiz A. (2011) *Trastornos del Estado del Animo* (Vol. 5) España: ElsevierMasson
- Ortuño F. (2009) *lecciones de psiquiatría* (1ª Ed.) España: Medica Panamericana
- Pacheco T. (2008), *Miedo, depresión y autoestima* (1ª Ed.) Venezuela: Universidad de los Andes
- Palomeque A. y Peralta E. (2013). *Prevalencia de depresión y factores asociados en el adulto mayor en la parroquia de cañaribamba, cuenca* (Tesis para título Médico). Universidad de Cuenca. Recuperada de https://scholar.google.es/scholar?q=%E2%80%99Prevalencia+de+depresi%C3%B3n+y+factores+asociados+en+el+adulto+mayor%E2%80%99D%2C+&btnG=&hl=es&as_sdt=0%2C5
- Papalia D., Wendkis S y Feldman R. (2009), *Desarrollo Humano* (11ª Ed.), México: Mc Graw Hill
- Patiño F. (2006). *Depresión y aspectos relacionados en un grupo de jubilados de la Universidad de Antioquia* (Tesis de Magister). Universidad de Antioquia. Recuperada de:

https://www.google.com.gt/?gws_rd=cr&ei=8AM4VaSiLYWPYASQy4CQCw#q=%E2%80%9CDepresi%C3%B3n+y+aspectos+relacionados+en+un+grupo+de+jubilados+de+la+Universidad+de+Antioquia.%E2%80%9D%2C+

Ramírez S., Páez A. y Aguilar M. (2007), *Alteraciones psíquicas en personas mayores* (1ª Ed.) España: Vértice

Rojas E. (2011), *Adiós, depresión: en busca de la felicidad razonable* (1ª. Ed.) España: Grupo Planeta

Tejera D. (2011), *Nada en Absoluto* (1ª. Ed.), Estados Unidos: Xlibris

Willard H. Y Spackman C. (2005), *Terapia Ocupacional* (10ª Ed) Argentina: Medica Panamericana

V. ANEXOS

Anexo No. 1

Ficha técnica de inventario de Depresión de Beck II

Nombre:	Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II).
Autor:	Aaron T. Beck, Robert A. Steer y Gregory K. Brown
Qué Mide:	Presencia y de la gravedad de la depresión en adultos y adolescentes de 13 años o más
Forma de Aplicación:	Es un cuestionario de tipo Auto Evaluación. Se puede aplicar de forma individual o colectiva, con formato de papel y lápiz o de forma oral
Tiempo para resolverla	Requiere entre 5 y 10 minutos para ser completado
Dimensiones que Explora	Síntomas que corresponden con los criterios para el diagnóstico de los trastornos depresivos recogidos en el DSM-IV y CIE-10
Objetivo:	Determinar si la persona tiene depresión de acuerdo a los criterios evaluados y con base en lo que la persona ha sentido durante las últimas 2 semanas
Descripción:	BDI-II, contiene un total de 21 ítems que cuenta con tres posibles respuestas cada uno. El IDB-II es un test fácil e administra. La aplicación debe efectuarse en un local con buena luz y suficiente silencio para que el sujeto pueda concentrarse. Es recomendable evaluar, antes de la aplicación, si el paciente esta como para leer y comprender los ítems. Sin embargo los ítems del test pueden ser leídos en voz alta por el profesional clínico, si el sujeto presenta dificultades para la lectura o problemas de concentración

Clasificación de rangos del IDB-II	Clasificación total	Rangos
	0-11	Mínimo
	12-19	Leve
	20-27	Moderado
	28-63	Grave

JDB

FECHA		
DIA	MES	AÑO

NOMBRE _____	SITUACION FAMILIAR	<input type="checkbox"/> Casado (a)	<input type="checkbox"/> Unido (a)
EDAD _____		<input type="checkbox"/> Divorciado (a)	<input type="checkbox"/> Viudo (a)
SEXO _____		<input type="checkbox"/> Separado (a)	<input type="checkbox"/> Soltero (a)
AÑOS _____	PROFESION _____	NIVEL DE ESTUDIOS _____	
	M o F _____		

INSTRUCCIONES: Este cuestionario tiene 21 grupos de enunciados. Lea con cuidado cada uno de estos grupos y luego -en cada grupo- escoja la frase que mejor describa cómo se ha sentido usted en estas dos últimas semanas, incluyendo el día de hoy. Después circule el número que está antes de la frase escogida. Si en algún grupo encuentra varios enunciados que le describen igualmente, escoja el número más alto de ambos y lo circula. Compruebe que ha escogido una sola frase en cada grupo, incluso en los temas 16 (cambios en hábitos de sueño) y 18 (cambios en el apetito).

<p>1 - TRISTEZA</p> <p>0 No me siento triste. 1 Me siento frecuentemente triste. 2 Estoy siempre triste. 3 Estoy tan triste o tan desdichado que no lo soporto.</p> <p>2 - PESIMISMO</p> <p>0 No me desanimo ante mi futuro. 1 Me siento desanimado ante mi porvenir. 2 No espero nada del futuro. 3 Siento que mi futuro no tiene esperanza y que sólo puede empeorar.</p> <p>3 - FRACASOS DEL PASADO</p> <p>0 No tengo el sentimiento de haber fracasado en mi vida, de ser un desastre. 1 Siento que he fracasado muchas veces más de lo normal. 2 Cuando pienso en mi pasado, descubro un gran número de fracasos. 3 Siento que he fracasado completamente en mi vida.</p> <p>4 - PERDIDA DEL PLACER</p> <p>0 Experimento siempre el mismo placer ante las cosas que me agradan. 1 No experimento como antes tanto placer en las cosas. 2 Experimento muy poco placer en las cosas que me agradan antes. 3 No siento ningún placer en las cosas que me agradan habitualmente.</p> <p>5 - SENTIMIENTOS DE CULPA</p> <p>0 No me siento especialmente culpable. 1 Me siento culpable por bastantes cosas que he hecho o he dejado de hacer.</p>	<p>2 Me siento culpable la mayor parte del tiempo. 3 Me siento culpable siempre.</p> <p>6 - SENTIMIENTO DE PUNICION</p> <p>0 No tengo sentimiento de ser castigado. 1 Siento que podría ser castigado. 2 Estoy a la expectativa de ser castigado. 3 Siempre me siento castigado.</p> <p>7 - SENTIMIENTOS NEGATIVOS DE SI MISMO</p> <p>0 Mis sentimientos hacia mí mismo no han cambiado 1 He perdido la confianza en mí mismo. 2 Estoy harto de mí mismo. 3 No me amo a mí mismo de ninguna manera.</p> <p>8 - ACTITUD CRITICA HACIA SI MISMO</p> <p>0 No me censuro ni me critico más de lo normal. 1 Soy más crítico hacia mí mismo de lo que era: 2 Me reprocho siempre por mis defectos. 3 Me culpo por todos los males que vienen.</p> <p>9 - PENSAMIENTO O DESEOS DE SUICIDIO</p> <p>0 No pienso de ninguna manera en suicidarme. 1 Me vienen pensamientos de suicidio, pero no lo haré. 2 Me agradaría suicidarme. 3 Me suicidaría, si se presentara la ocasión.</p>
---	---



10 - LLANTO

- 0 No lloro más de lo habitual.
- 1 Lloro más que antes.
- 2 Lloro por la menor cosa.
- 3 Desearia llorar más de lo que soy capaz.

11 - AGITACION

- 0 No me inquieta ni estoy tenso más que de costumbre.
- 1 Me siento inquieto o más tenso que de costumbre.
- 2 Estoy tan inquieto o tenso todo el tiempo que no puedo estar tranquilo.
- 3 Estoy tan inquieto o tenso que continuamente tengo que moverme o hacer cualquier cosa.

12 - PERDIDA DE INTERES

- 0 No he perdido el interés por la gente o por las actividades.
- 1 Me intereso menos que antes por la gente y por las cosas.
- 2 No me intereso casi nunca por la gente y las cosas.
- 3 Tengo el defecto de no interesarme por nadie ni nada.

13 - INDECISION

- 0 Tomo siempre decisiones como antes.
- 1 Me es muy difícil tomar decisiones como antes.
- 2 No me intereso casi nunca por la gente y las cosas.
- 3 Es imposible que tome cualquier decisión.

14 - DEVALORACION

- 0 Pienso que soy una persona valiosa.
- 1 No creo que soy ya tan valioso y útil como antes.
- 2 Me siento menos valioso que los demás.
- 3 Siento que no valgo absolutamente nada.

15 - PERDIDA DE ENERGÍA

- 0 Tengo la misma energía de siempre.
- 1 Tengo menos energía que antes.
- 2 No tengo suficiente energía para hacer gran cosa.
- 3 No tengo energía para hacer cualquier cosa.

16 - CAMBIO EN HABITOS DEL SUEÑO

- 0 No han variado mis hábitos de sueño.
- 1a. Duermo un poco más que antes.
- 1b. Duermo un poco menos que antes.
- 2a. Duermo mucho más que antes.
- 2b. Duermo mucho menos que antes.
- 3a. Duermo casi todo el día.
- 3b. Me despierto una o dos horas antes y soy incapaz de volverme a dormir.

17 - IRRITABILIDAD

- 0 No me irrito más que lo normal.
- 1 Estoy más irritado que lo normal.
- 2 Estoy mucho más irritado que lo normal.
- 3 Estoy constantemente irritado.

18 - CAMBIOS EN EL APETITO

- 0 Mi apetito no ha cambiado.
- 1a. Tengo algo menos apetito que antes.
- 1b. Tengo algo más apetito que antes.
- 2a. Tengo mucho menos apetito que antes.
- 2b. Tengo mucho más apetito que antes.
- 3a. No tengo nada de apetito.
- 3b. Constantemente se me antoja comer.

19 - DIFICULTAD DE CONCENTRACION

- 0 Siempre puedo concentrarme tan bien como antes.
- 1 No puedo concentrarme como antes.
- 2 No me puedo concentrar en cualquier cosa por mucho tiempo.
- 3 Soy incapaz de concentrarme en nada.

20 - FATIGA

- 0 No me encuentro más fatigado que antes.
- 1 Me canso más fácilmente que antes.
- 2 Estoy demasiado cansado para hacer muchas cosas que hacía antes.
- 3 Estoy muy cansado para hacer casi todas las cosas que hacía antes.

21 - PERDIDA DE INTERES POR EL SEXO

- 0 No he notado cambios recientes en mi interés por el sexo.
- 1 El sexo me interesa menos que antes.
- 2 El sexo me interesa mucho menos que antes.
- 3 Perdí todo interés por el sexo.

	+		=	
--	---	--	---	--

Subtotal Pagina 1

Subtotal Pagina 2

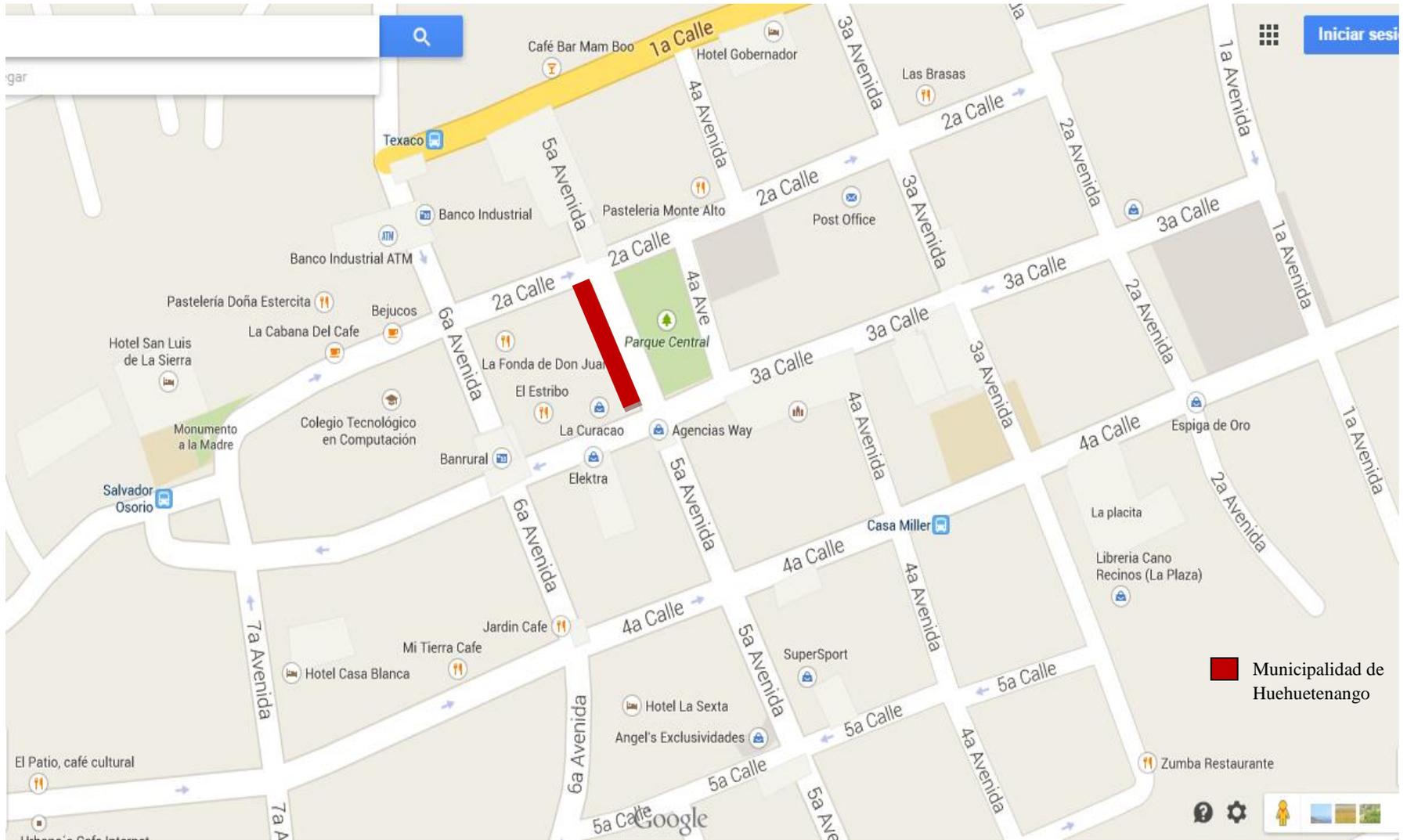
x TOTAL

Anexo No. 2

TABLA DE DATOS EN BRUTO DE PUNTUAJE DEL INVENTARIO DE DEPRESION DE BECK II

Sujetos	Total	Rangos	Edades
1	1	MÍNIMO	83
2	2	MÍNIMO	69
3	2	MÍNIMO	51
4	2	MÍNIMO	66
5	2	MÍNIMO	73
6	3	MÍNIMO	62
7	3	MÍNIMO	74
8	4	MÍNIMO	81
9	5	MÍNIMO	74
10	5	MÍNIMO	75
11	6	MÍNIMO	67
12	6	MÍNIMO	55
13	6	MÍNIMO	79
14	6	MÍNIMO	64
15	7	MÍNIMO	54
16	7	MÍNIMO	57
17	7	MÍNIMO	85
18	8	MÍNIMO	62
19	9	MÍNIMO	67
20	9	MÍNIMO	63
21	9	MÍNIMO	70
22	9	MÍNIMO	91
23	10	MÍNIMO	58
24	10	MÍNIMO	64
25	13	LEVE	64
26	14	LEVE	66
27	14	LEVE	55
28	15	LEVE	66
29	15	LEVE	50
30	15	LEVE	69
31	15	LEVE	60
32	15	LEVE	58
33	16	LEVE	62
34	16	LEVE	62
35	17	LEVE	68
36	26	MODERADO	85
37	27	MODERADO	65
38	29	GRAVE	56
39	39	GRAVE	73
40	51	GRAVE	84

Anexo No. 3



Anexo No. 4

Tabulación de Datos

Sujeto	suma 1	suma 2	total	Rangos	Edades
1	0	3	3	MINIMO	62
2	4	11	15	LEVE	66
3	0	2	2	MINIMO	69
4	1	14	15	LEVE	50
5	4	9	13	LEVE	64
6	2	5	7	MINIMO	54
7	2	7	9	MINIMO	67
8	4	12	16	LEVE	62
9	4	11	15	LEVE	69
10	1	6	7	MINIMO	57
11	1	0	1	MINIMO	83
12	3	12	15	LEVE	60
13	15	36	51	GRAVE	84
14	2	7	9	MINIMO	63
15	0	10	10	MINIMO	58
16	2	6	8	MINIMO	62
17	1	2	3	MINIMO	74
18	0	5	5	MINIMO	74
19	3	7	10	MINIMO	64
20	3	3	6	MINIMO	67
21	0	2	2	MINIMO	51
22	1	6	7	MINIMO	85
23	1	1	2	MINIMO	66
24	6	10	16	LEVE	62
25	5	12	17	LEVE	68
26	11	15	26	MODERADO	85
27	0	5	5	MINIMO	75
28	12	17	29	GRAVE	56
29	3	11	14	LEVE	66
30	0	2	2	MINIMO	73
31	6	9	15	LEVE	58
32	21	18	39	GRAVE	73
33	1	5	6	MINIMO	55
34	0	4	4	MINIMO	81
35	2	4	6	MINIMO	79
36	3	3	6	MINIMO	64
37	4	10	14	LEVE	55
38	3	6	9	MINIMO	70
39	3	6	9	MINIMO	91
40	6	21	27	MODERADO	65

RANGOS			
mínimo	leve	moderado	grave
24	11	2	3

PORCENTAJE			
mínimo	leve	moderado	grave
60%	27.50%	5%	7.50%

Medidas de Tendencia Central	
Media	11.88
Error típico	1.64
Mediana	9
Moda	15
Desviación estándar	10.37
Varianza de la muestra	107.55
Mínimo	1
Máximo	51
Cuenta	40