

Campus Quetzaltenango
Universidad Rafael Landívar
Facultad de Humanidades



**Depresión y su incidencia en los Maestros
Jubilados del Magisterio Primario Urbano**
(Estudio realizado con maestros jubilados asociados
en la ciudad de Quetzaltenango)

Heeren Marinelly Aguilar Rivera

Al conferirle el título de

Psicóloga

En el grado académico de

Licenciada

Quetzaltenango, Mayo de 2007

MIEMBROS DEL CONSEJO DIRECTIVO DEL CAMPUS CENTRAL

RECTORA

Licenciada Guillermina Herrera

VICERRECTOR GENERAL

Ingeniero Jaime Carrera

VICERRECTOR ACADÉMICO

Padre Rolando Alvarado S.J.

VICERRECTOR ADMINISTRATIVO

Licenciado José Alejandro Arévalo

DIRECTOR DE INTEGRACIÓN UNIVERSITARIA

Doctor Carlos Cabarrús S.J.

SECRETARIO GENERAL

Doctor Larry Andrade

**AUTORIDADES FACULTAD DE HUMANIDADES
CAMPUS CENTRAL**

DECANO

Dr. Ricardo E. Lima Soto

VICE - DECANO

Dra. Lucrecia Méndez de Penado

SECRETARIA DEL CONSEJO

Licda, Miriam Cuestas Gálvez

DIRECTOR DEL DEPARTAMENTO DE CIENCIA DE
LA COMUNICACIÓN

Licda Nancy Avendaño

DIRECTOR DEL DEPARTAMENTO DE EDUCACIÓN

Dr. Bienvenido Argueta

DIRECTOR DEL DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA

Lic. Vinicio Toledo

DIRECTOR DEL DEPARTAMENTO DE LETRAS Y FILOSOFÍA

Lic. Ernesto Loukota

MIEMBROS DEL CONSEJO DE FACULTADES DE QUETZALTENANGO

DIRECTOR GENERAL

Ingeniero Jorge Nadalini

DIRECTOR ADMINISTRATIVO

Ingeniero Alfredo Camposeco

DIRECTORA ACADÉMICA

Licda. Lilian de Santiago

DIRECTOR DE INTEGRACIÓN UNIVERSITARIA

MSC. P. José María Ferrero S.J.

SECRETARIO GENERAL

Ing. Marco Antonio Molina

VOCAL

P. Juan Hernández Pico S.J.

VOCAL

Dr. José Carmen Morales Véliz

VOCAL

Lic. Edwin Daniel González Juárez

VOCAL

Dr. German Scheel Bartlett

TERNA QUE REALIZÓ EL EXAMEN PRIVADO DE TESIS

Licenciado Rosni Estiben Samayoa Jacobs

Licenciada María Nieves Martínez de Arriola

Licenciada Eunice Yax Cotí

DEDICATORIA

“El temor a Jehová es el principio de la sabiduría, Jehová da la sabiduría
y de su boca viene el conocimiento y la inteligencia”

A Dios

Creador del universo, por darme vida

A mis Padres

Lic. Leonel Aníbal Aguilar Ovando y
P.E.M. Lidia Madahi Rivera Lancerio de Aguilar
Por su amor, apoyo, cariño y comprensión.

A mis Hermanos

Aníbal Leonardo, Amilcar Leonel y Evelyn Madahi,
Por el amor que nos une.

A mis Hijas

Evelyn Marinelly y Nelly Sophia
Por que son la razón de mi vida y que mi esfuerzo sea un ejemplo para sus vidas.

A mi Abuelito Nayo (Q. E. P.D)

Por motivarme cada día con su vida para alcanzar el triunfo

A mis Abuelitos, Tíos y Tías

Por sus consejos

A mis Amigas

Flor de María y Claudia Leticia
Por darme la oportunidad de compartir con ellas gratos momentos.

A Licenciada Ileana Armas de Ronquillo

Por su apoyo y consejos oportunos



Universidad
Rafael Landívar
Tradición Jesuita en Guatemala

**DIRECCIÓN ACADÉMICA
FACULTADES DE QUETZALTENANGO
UNIVERSIDAD RAFAEL LANDIVAR**

De acuerdo con el dictamen recibido de la asesora de tesis, Licenciada Ileana Armas de Ronquillo, del tema "**DEPRESIÓN Y SU INCIDENCIA EN LOS MAESTROS JUBILADOS DEL MAGISTERIO PRIMARIO URBANO**" investigado por la estudiante **Heeren Marinelly Aguilar Rivera**, de la Licenciatura en Psicología, de la Facultad de Humanidades, esta Dirección autoriza la impresión de la tesis, como requisito previo a su graduación profesional.

Quetzaltenango, once de abril de dos mil siete.


Licenciada Lilian de Santiago
DIRECTORA ACADEMICA



NOTA: Únicamente el autor es responsable del contenido, doctrinas y criterios sustentados en su TESIS

LdS/neic

Quetzaltenango, 04 de septiembre de 2006.

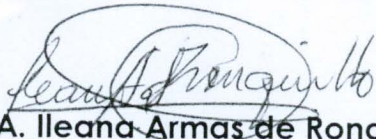
Licda. Lilian de Santiago
Directora Académica de las
Facultades de Quetzaltenango
de la Universidad Rafael Landívar
Su despacho

Respetable Señora Directora:

Al saludarle atentamente, le informo que en su oportunidad fui nombrada asesora del trabajo de Tesis titulado "DEPRESION Y SU INCIDENCIA EN LOS MAESTROS JUBILADOS DEL MAGISTERIO PRIMARIO URBANO" (Estudio realizado con maestros jubilados asociados en la ciudad de Quetzaltenango.) elaborada por la estudiante Heeren Marinelly Aguilar Rivera con carné 133000, previo a conferírsele el título de Licenciada en Psicología.

Me permito informarle que esta tesis es producto de una amplia investigación bibliográfica y trabajo de campo, lo que constituye un valioso aporte para todos los profesionales tanto de psicología como de otras disciplinas por su contenido. A mi juicio el trabajo está concluido y cumple con los requisitos exigidos por la Universidad Rafael Landívar, por lo tanto solicito se designe la Terna Revisora de esta investigación para que emitan el dictamen correspondiente.

Deferentemente,


Licda. M.A. Ileana Armas de Ronquillo
Asesora

INDICE

	Pag.	
I	INTRODUCCION	1
1.1	Depresión.....	12
1.1.1	Definición.....	12
1.1.2	Tipos de depresión.....	14
1.1.2.1	Trastorno depresivo mayor.....	14
1.1.2.2	Trastorno bipolar.....	16
1.1.2.3	Depresión crónica o distimia.....	17
1.1.2.4	Trastorno mixto ansioso – depresivo.....	19
1.1.2.5	Depresión nerviosa.....	20
1.1.2.6	Depresión con síntomas atípicos.....	28
1.1.3	Causas de la depresión.....	29
1.1.4	Efectos de la depresión.....	33
1.1.5	Características de las personas deprimidas.	35
1.2	Maestros jubilados.....	37
1.2.1	Definición.....	37
1.2.2	Maestros de educación primaria urbana.....	38
1.2.2.1	Cualidades del maestro.....	40
1.2.2.2	Funciones del maestro.....	40
1.2.3	Jubilación.....	41
1.2.3.1	Pensiones de jubilación.....	42
1.2.4	Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS).....	44
1.2.5	Anciano.....	47
1.2.6	Vejez o senectud.....	48
1.2.6.1	Desde el punto de vista psicológico.....	48
1.2.6.2	Desde el punto de vista social.....	48
1.2.7	Fisiología del envejecimiento.....	49
1.2.8	Teorías del envejecimiento.....	51
1.2.9	Fatiga física y causas.....	53
1.2.9.2	Psíquicas.....	54

1.2.9.3	Médicas.....	54
1.2.9.4	Síntomas de las personas fatigadas.....	54
II PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....		56
2.1	Objetivos.....	57
2.1.1	Objetivos generales.....	57
2.1.2	Objetivos específicos.....	58
2.2	Hipótesis.....	58
2.3	Variables de estudio.....	58
2.4	Definición de variables.....	58
2.4.1	Definición conceptual.....	58
2.4.2	Definición operacional.....	59
2.5	Alcances.....	59
2.6	Límites.....	59
2.7	Aporte.....	60
III METODO.....		61
3.1	Sujetos.....	61
3.2	Instrumento.....	61
3.3	Procedimiento.....	63
3.4	Diseño.....	64
3.5	Metodología estadística.....	64
IV RESULTADOS		67
V DISCUSION DE RESULTADOS.....		70
VI PROPUESTA		79
VII CONCLUSIONES.....		90
VIII RECOMENDACIONES.....		92

IX	REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	94
X	ANEXOS	97

RESUMEN

La investigación fue realizada con el objeto de determinar la incidencia de la depresión en las personas de la tercera edad, en este caso maestros de educación primaria, jubilados, asociados en la ciudad de Quetzaltenango.

La depresión es un trastorno del humor caracterizado por la alteración significativa del estado de ánimo, compuesto primordialmente de tristeza y ansiedad que se asocia normalmente a síntomas físicos; la depresión no es una parte normal de envejecer, pero suele ser común entre los adultos de 65 años de edad o mayores.

La jubilación, es un factor del cual se derivan mayores casos de pacientes con depresión, los problemas de salud, o pérdida de los seres queridos, son hechos que suceden a las personas en estado de edad avanzada.

Un grupo propenso a sufrir depresión son los jubilados del magisterio nacional, pues la edad cronológica indica ser un punto vulnerable para la misma, es por ello que se trabajó con 50 maestros comprendidos en las edades de 65 a 90 años. Para dicho estudio se utilizó como instrumento el Test Inventario de Depresión de Beck, aplicado de forma individual. Según los resultados obtenidos, la jubilación, soledad, trastornos de ánimo, falta de trabajo docente y muerte de l cónyuge son las principales causas para darle paso a la depresión.

La investigación fue realizada a través del Diseño Descriptivo, se utilizó como metodología estadística la media aritmética simple y el método de proporciones para verificar el porcentaje de los resultados obtenidos.

Estos resultados indican que es necesario crear un programa ocupacional que sirva de apoyo a los maestros que sufren depresión y de esta manera disminuir los niveles de este trastorno que está latente actualmente.

I INTRODUCCION

El presente estudio surgió como respuesta a la inquietud que se tiene acerca de una enfermedad que en la actualidad daña el organismo humano, no solo en las grandes ciudades, también en las aldeas o en el campo, esta es la depresión; que es la sensación de sentirse triste, decaído emocionalmente y perder interés en las cosas que antes disfrutaba. La depresión, es una enfermedad como la diabetes o la artritis y no es solo una sensación de tristeza o desánimo, este trastorno progresa cada día afectando sentimientos, pensamientos, salud física y comportamiento. La depresión no respeta posición socioeconómica, logros educativos o cualidades personales; puede dañar a ricos y pobres, a personas con éxito o fracasados, a las personas que tienen niveles escolares altos o a los analfabetas.

Cada año el número de personas que la padecen va en aumento; el costo en términos económicos es alto, pero en sufrimiento es mayor. La depresión interfiere en la vida cotidiana del paciente y familiares causando dolor y alteraciones de ánimo. Sin embargo en parte este sufrimiento se puede evitar o aliviar.

Una elevada proporción de personas con depresión que podría recibir tratamiento no lo busca por falta de información. Actualmente se cuenta con gran variedad de psicoterapias y medicamentos eficaces para combatirla, desafortunadamente existen muchos factores ambientales que son propicios para prepararle terreno a la misma.

La depresión no es una parte normal de envejecer, pero es común entre los adultos de 65 años de edad o mayores; problemas de salud, pérdida de los seres queridos son hechos que suceden a las personas en estado de edad avanzada. Sentir tristeza en estos momentos es normal, pero si estos sentimientos persisten y le impiden realizar sus actividades se puede estar sufriendo de esta enfermedad.

Uno de los factores que provoca depresión es la jubilación y ésta se da generalmente en la vejez. En Guatemala no existe hasta el momento una idea específica sobre cuáles son las necesidades del adulto mayor, lo que existe es

información derivada de datos demográficos que ofrecen una idea parcial de la situación.

Hace una década, Guatemala no había logrado disminuir los índices de la tasa de mortalidad ni elevar la esperanza de vida a 65 años; pero una vez que se consiguió elevar este índice, la población de adultos mayores creció.

La seguridad social, es uno de los grandes componentes cuando se trata del fenómeno del envejecimiento poblacional, ya que de la seguridad social depende la seguridad económica de la vejez y por consiguiente la disminución del potencial productivo y de falta de acceso a los servicios básicos, como salud, vivienda, alimentación y otros.

Un grupo propenso a sufrir depresión, son los jubilados del Magisterio Nacional, pues la edad cronológica indica ser un punto vulnerable para la misma. Desde el momento de la concepción, el cronómetro de la vida que se oculta en el material hereditario y el sistema endocrino empieza a degenerarse, pararlo o al menos retardarlo es una gran meta.

Este tema permite al lector reflexionar en cuanto a esta problemática que afecta a la sociedad, convirtiéndose en una necesidad conocer más sobre la misma, por ser de interés para la comunidad educativa y en general. Es por ello que se han investigado otras opiniones acerca de este trastorno, las que se presentan a continuación.

Constitución Política de la República de Guatemala, (1985), en el Artículo 78. Magisterio, dice, que el estado promoverá la superación económica, social y cultural del magisterio, incluyendo el derecho a la jubilación que se haga posible su dignificación efectiva, los derechos adquiridos por el magisterio nacional, tienen carácter de mínimos e irrenunciables. La ley regulará estas materias.

En la práctica administrativa, la protección del derecho de la jubilación de todos los servidores públicos que ocupan cargos de funciones permanentes del Estado, como es el caso de los maestros en puestos docentes de los establecimientos de enseñanza que dependen del Ministerio de Educación se cumple mediante el

registro presupuestario y contable de la remuneración respectiva en el renglón 0 – 11 de la clasificación por objeto específico de gasto, del Código General presupuestario del Sector Público.

Un efecto legal del nombramiento con base en el renglón 0 – 11, es el de crear relación laboral entre el trabajador y el patrono Estado; y en consecuencia obliga al primero a la contribución que establece la Ley de clases pasivas Civiles del Estado, por ser requisito para la jubilación en orden al artículo 78 de la Constitución, la aplicación del renglón 0 – 11 es parte integrante de la debida observancia de dicha norma

Blanck (1990), en el artículo La vida el tiempo y la muerte, publicado en Internet, indica que las personas que llegan a edades avanzadas sin sufrir una enfermedad degenerativa del cerebro como el mal de Alzheimer o Parkinson o un accidente cerebro vascular apenas muestran alteraciones en la materia gris. Aunque en ellas se aprecia una pérdida de masa cerebral que oscila entre el 5 y el 30%, las imágenes obtenidas con el tomógrafo de emisión de positrones TEP indican que los cerebros de personas sanas de 80 años desarrollan una actividad igualable a la que se observa en la masa gris de los veinteañeros.

Se puede decir que la mayoría de los trastornos ocasionados por el envejecimiento en las estructuras cerebrales se manifiestan entre los cincuenta y sesenta años. Los cambios más aparentes se presentan en las neuronas, células que en general no se multiplican después del nacimiento. A medida que el ser humano envejece el número de estas células nerviosas va decreciendo, pero no de forma homogénea en todo el cerebro, mientras que las neuronas del hipocampo permanecen intactas durante toda la vida.

Alvarado (1991), en la tesis Diagnóstico de las necesidades del anciano en Guatemala, realizada en la sala de medicina de hombres y de mujeres del Hospital General de Occidente de Quetzaltenango, se propuso como objetivo establecer las necesidades reales de la población seniente y cual es la condición de vida de los mismos.

Para ello se utilizó una encuesta elaborada por OPS, y adaptada a Guatemala, tomando como población de estudio a las personas de ambos sexos con una edad base de 60 años o más, y en la cual se trató de conocer la situación sociodemográfica de las personas de la tercera edad, así como empleo, finanzas, estado de salud, actividades del diario vivir, utilización de servicios médicos y dentales, recursos y actividades, uso de servicios sociales, medio ambiente físico y transporte y las necesidades y problemas que afectan al anciano.

Encuestándose un total de 50 personas de la tercera edad durante los meses de junio a agosto de 1991; del estudio realizado se encontró que el grupo etáreo más numeroso correspondió a las edades de 60 a 64 años, siendo el sexo femenino el más numeroso.

En lo referente al estado de salud, 17 personas de la tercera edad de ambos sexos refirieron encontrarse en regulares condiciones, mientras que 13 refieren no padecer ningún tipo de enfermedad, así mismo se encontró que el mayor problema que enfrenta la persona de la tercera edad en su salud en el 26% de los encuestados seguido de problemas de tipo económico, en el 24% de los encuestados.

Así mismo indica que la vejez no es un período aparte de la existencia, sino una fase de la vida, y al igual que en las etapas anteriores del desarrollo y evolución personal, desde la niñez hasta la edad adulta, durante la vejez son necesarios los contactos y los intercambios con los miembros de la comunidad, tanto en la familia como en el ámbito social. Los ancianos se enfrentan con frecuencia a problemas de índole psicológico más que físico, derivados particularmente del no saber cómo usar su tiempo libre.

Murray (1997), en el artículo ¿Qué es un trastorno depresivo? publicado en revista GeoMedic. menciona que la depresión es una enfermedad que afecta al organismo, estado de ánimo y forma de pensar, de concebir la realidad.

Afecta al ciclo normal de sueño - vigilia y alimentación. Se altera la visión de autovaloración, autoestima y pensamiento. Un trastorno depresivo no es lo mismo que un estado pasajero de tristeza, que puede ser considerado como una reacción normal ante un acontecimiento negativo.

Si dicho estado se prolonga en el tiempo o los síntomas se agravan, impidiendo el desarrollo adecuado de la vida cotidiana, puede llegar a convertirse en un trastorno depresivo, de ahí la importancia de que la persona reciba un tratamiento adecuado.

La depresión se da en la mujer con una frecuencia casi el doble de la del hombre, factores hormonales podrían contribuir a ello, el estrés al que se ve sometida la mujer actual es motivo más que suficiente para que se pueda desencadenar un trastorno depresivo. Algunas mujeres incluso tienen una mayor carga de responsabilidad por ser madres solteras o por asumir el cuidado de padres ancianos.

Estudios recientes han demostrado que si, mediante tratamiento se les suprime a las mujeres predispuestas a padecer depresión sus hormonas sexuales, se alivian sus síntomas físicos y anímicos.

El hombre tiene menos probabilidad de sufrir depresiones que la mujer. A esto se le une que suele ser más reacio a admitir que tiene depresión. Esta circunstancia hace que el diagnóstico de depresión sea más difícil y menos frecuente que el de la mujer. Sin embargo la tasa de suicidio en el hombre es cuatro veces más alta que en la mujer, no ocurriendo lo mismo en relación a los intentos de suicidio.

La depresión también afecta la salud física del hombre, aunque en forma diferente a la de la mujer; en ambos casos existe una relación directa entre depresión y riesgo elevado de padecer enfermedad coronaria, pero es el hombre el que presenta una alta tasa de muerte por infarto de miocardio asociado a depresión.

En relación a los síntomas, existen diferencias entre hombres y mujeres, en los primeros es más común que la depresión se manifieste en cuanto a irritabilidad o ira, mientras que en las mujeres son los sentimientos de desesperanza los más habituales. A los hombres no solo les resulta difícil reconocer que padecen de depresión, sino que además tienden menos a buscar ayuda. Es vital que el hombre deprimido acepte y entienda que la depresión no es síntoma de debilidad, sino que es una enfermedad real que quiere tratamiento, siendo el apoyo familiar esencial para su recuperación.

Margus (1998), en el artículo Rayos de sol para combatir la depresión invernal, que aparece en revista muy interesante, indica que al menos un 5% de la población está sujeta al ciclo de la depresión invernal que los psiquiatras conocen como SAD.

De este porcentaje la mayoría son mujeres que rondan los 35 años de edad. Para ellas en especial la llegada del invierno, es la entrada a un túnel oscuro. Hacia final de año los días se acortan y los cielos se encapotando regateando la luz solar. Estas personas no lo resisten, su organismo es incapaz de percibir las variaciones entre el día y la noche se bloquea y dispara los organismos que generan ansiedad; El mundo en derredor deja de alimentarles y esta carencia se suele suplir con azúcares y féculas. La obesidad subsiguiente no ayuda a superar la situación, que degenera en un estado de permanente somnolencia, tristeza y apatía.

Lamentablemente muy pocas de estas personas acuden al médico, pues el remedio es tan sencillo e inocuo como eficaz: la luz así de simple es capaz de poner en hora su reloj biológico. No son necesarias grandes instalaciones, algunas lámparas detrás de un cristal esmerilado, un interruptor y un minuterio para dosificar las sesiones de sol artificial. Por supuesto no sirve cualquier tipo de luz. Para que la técnica de resultado la radiación debe producir las características de la luz solar incluidos los rayos ultravioleta.

(Organización Mundial de la Salud (OMS) 2003), en el artículo sobre Incapacidades del ser humano, indicó que la depresión se convertirá en el año 2020 en la segunda

causa de incapacidad global en el mundo, detrás de las enfermedades isquémicas (infartos, insuficiencia coronaria, accidente cerebro vascular) mientras que en el año 2000 ocupaba el cuarto lugar. Los síntomas depresivos deterioran la capacidad funcional y el bienestar tanto como la diabetes, la enfermedad pulmonar crónica y la enfermedad cardíaca. Las personas con síntomas depresivos pasan más días en cama en comparación con las personas con artritis, diabetes e hipertensión. La depresión ha alcanzado proporciones epidémicas, afectando a cada uno de diez adultos cada año.

Además de ser una de las causas más comunes de enfermedad a nivel global, la depresión es una enfermedad extremadamente incapacitante, pues impacta en el individuo, en su familia y en la sociedad en general, la depresión también es un asesino, las personas que la padecen tienen la probabilidad 30 veces mayor de cometer suicidio en comparación con la población general, la evidencia más reciente demuestra que incrementa el riesgo de sufrir enfermedad cardíaca, osteoporosis y cáncer.

Adicionalmente existe una clara necesidad de terapias antidepresivas, las cuales permitan a los médicos y psicólogos manejar mejor el tratamiento de la depresión y maximizar las tasas de éxito.

Antonini (2004), en el artículo Arrastrando el gis, publicado en Internet, dice que la depresión es uno de los mayores padecimientos de este tiempo. Millones de personas en todo el mundo, sin importar razas, nacionalidades o culturas sufren esta enfermedad que aparece cuando el rumbo de la vida no está de acuerdo a las expectativas y se toma el camino de la resignación y el desánimo sin poder encontrar ninguna otra salida. La depresión es uno de los más comunes y más serios problemas de la salud mental que enfrenta la gente hoy en día. Millones de personas en el mundo sobreviven en medio de la depresión. Ricos, pobres, ciudadanos, campesinos, hombres y mujeres, tanto en países desarrollados como en países en vías de desarrollo.

Barrera (2004), en el artículo Un sueño dorado, publicado en Internet, menciona que la jubilación es el sueño de más de uno, que luego de trabajar largos 30 años conforme a lo que dice la ley, puede disfrutar del tiempo que la vida le otorgue, cobrar un sueldo y ya no ir a laborar. La mayoría de personas piensan que el sueño hoy día es cada vez más lejano para las nuevas generaciones ya que muchas empresas actuales ya no tienen la idea de que la gente pase 30 años laborando y existe la constante de contratos cortos o remover personal con frecuencia. Sin embargo en el magisterio estatal esta suculenta idea de la jubilación, es algo grandioso. Tal vez eso sea una recompensa al trabajo realizado o del tiempo libre invertido en la educación.

Más que un sueño dorado, la jubilación es un premio o es una realidad fortuita del tiempo que resta por vivir, nadie sabe pero en realidad mucha gente al jubilarse no sabe que hacer con el tiempo, y no se dan cuenta de que ellos son quienes lo manejan, así de esa forma se puede congraciarse con las diversas actividades que pueden realizar en esa época. Lo que también se puede hacer es una cultura de la jubilación, e iniciar desde hoy la aventura de saber que hacer cuando llegue este momento, pensar en todo aquello que la edad y el corazón creativo les permita, desde caminar diariamente, leer, escuchar música, bailar, disfrutar una puesta de sol, ver una película con tantas ganas como cuando era más joven, viajar, buscar la compañía de alguien si es el caso.

Hasse (2005), en la tesis Descripción de la depresión en un grupo de ancianas institucionalizadas que se someten a un programa de biodanza, realizada en el Hogar Las Margaritas, Guatemala, trabajó con 6 ancianas, las cuales presentaban depresión. Las edades de las ancianas comprendieron de 74 a 92 años. Para su realización se eligió como instrumento la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage, una entrevista psicológica estructurada y una hoja de registro en la que cada paciente reportó antes y después de cada sesión, el nivel de las variables medidas, las cuales fueron: el sentimiento de tristeza, la sensación de fatiga, el sentimiento de autodesvalorización y la visión pesimista del futuro, de acuerdo a lo experimentado en ese momento.

Al mismo tiempo menciona que el Inventario Multifacético de la Personalidad de Minnesota (M.M.P.I) tiene como objetivo determinar el grado de depresión que sufren las personas que inician su trámite de jubilación en las oficinas centrales del IGSS, en la cual se utilizó una muestra de 61 personas que oscilan entre los 50 y los 75 años, que estuvieron tramitando su jubilación en dichas oficinas, después del análisis de los resultados se concluyó que clínicamente y de acuerdo a los resultados obtenidos, si existe depresión en las personas que tramitan su jubilación en el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social.

Romero (2005), en la tesis Programa de terapia ocupacional en la disminución de los niveles de depresión en ancianos y ancianas del centro de ayuda al anciano latino, dice que en Estados Unidos existen diferentes instituciones que albergan a personas de la tercera edad, debido a que sus familiares no pueden cuidar de ellas de la manera más óptima. Lo anterior se debe a diferentes factores, entre ellos se encontró el cuidado que necesitan en enfermedades terminales, que no cuentan con suficiente dinero para tenerlas con ellos por el tipo de horario y trabajo que realizan, o simplemente las abandonan.

En la mayoría de los casos los ancianos o ancianas llegan a caer en depresión; sintiéndose solos, abandonados, despreciados, presentan negativismo y disminución del contacto social. Tal es el caso del centro de ayuda al anciano latino, el cual alberga aproximadamente a 80 ancianos y ancianas que oscilan entre los 65 y 95 años de edad. Debido a esta problemática emocional y física, se realizó este estudio para determinar si un programa de terapia ocupacional disminuía los niveles de depresión de los ancianos y ancianas que se encuentran en esta institución.

Durante el proceso se evaluó a 57 ancianos y ancianas escogidas al azar y los resultados demostraron que sí existían niveles de depresión significativos, antes de iniciar el programa. Seguido a esto, se tomaron dos grupos de quince ancianas cada uno y se les impartió un programa de terapia ocupacional a uno de los grupos. Esto se hizo con el fin de comprobar la efectividad de dicho programa.

Al finalizar el programa se reevaluó a cada una de las ancianas de ambos grupos. Se interpretaron los resultados, comprobando que el grupo de ancianas que había recibido el programa de terapia ocupacional había disminuido significativamente los niveles de depresión. Se concluye que la terapia ocupacional es efectiva para disminuir los niveles de depresión en los ancianos y ancianas que se encuentran viviendo en el centro de ayuda al anciano latino.

Pérez (2006), en el artículo Ayuda para superar la depresión, publicado en Prensa Libre, indica que la depresión no es un estado aislado del que se esta a salvo, según estudios en la actualidad, gran porcentaje de personas la padecen en menor o mayor escala, y aunque es un problema serio se puede superar con ayuda de familiares, amigos y especialistas.

Cuando una persona comienza a mostrar tendencias depresivas es necesario que los amigos y familiares estén dispuestos a ayudar y sobrellevar el problema. Una de las mejores terapias es poder contar con alguien que escuche los problemas y apoye sin llegar a depender de esa persona; en este caso, amigos y familiares del depresivo juegan un papel importante, también es conveniente que el enfermo salga, tenga actividad física y pueda pasar tiempo prudencial a solas para platicar consigo mismo.

Lo primero que debe hacerse al sospechar de depresión es que la persona sea examinada por un médico. Algunos medicamentos e infecciones pueden producir los mismos síntomas de la depresión, el examen médico unido a uno de laboratorio pueden dar un mejor criterio; si el médico descubre que realmente es una depresión debe remitir al paciente a un psicólogo o psiquiatra. Luego de un duelo o dolor muy grande, es normal que las personas muestren síntomas depresivos pero si pasados dos meses continúan los síntomas puede entenderse que la depresión es real.

La terapia que se utilice con el paciente depende de su personalidad, hay terapias de conversación psicodinámica donde se buscan las respuestas que se

dan ante el estrés, el paciente recupera su autoestima, analiza sus problemas y se le asignan tareas para hacer en casa.

También hay terapias conductuales que enseñan a cambiar patrones de respuesta ante el estímulo diario para que las personas encuentren más satisfacción en sus actividades normales.

Palma (2006), en el artículo pocos, muy pocos, preparan su retiro, publicado en Internet indica que el 80% de los mayores de 60 años carecen de cobertura social y solo un porcentaje mínimo de ancianos recibe ayuda económica de sus hijos. Existen muchas razones por las que uno de ellos decide acuerpar la lucha por una pensión de Q463.00 mensuales. El 6% de la población guatemalteca tiene más de 60 años: el Instituto Nacional de Estadística (INE) estima que para finales de este año habrá en este país 552,452 adultos mayores de 65 años. Solo el 0.01% de ancianos afiliados al Programa del Adulto Mayor recibe ayuda de sus hijos.

La Ley del Adulto Mayor propone mensualidades de Q463.00 para aquellas personas mayores de 65 años que viven en extrema pobreza. Un porcentaje mínimo de guatemaltecos asegura su retiro; solo el 16% de primas contratadas en el 2005 corresponde a seguros de vida. El seguro social atiende a 53,026 pensionados por vejez, ellos reciben entre Q340.00 y Q4,800 mensuales.

1.1 Depresión

1.1.1 Definición

Encarta (2002), indica que la depresión es un trastorno del humor, caracterizado por una alteración significativa del estado de ánimo o primordialmente compuesta de tristeza y ansiedad que suele asociarse a síntomas físicos (cansancio, pérdida del apetito, insomnio, disminución del deseo sexual) y a una reducción de la actividad social. Constituye junto con los trastornos de angustia, la disfunción mental más frecuente en la población general.

Sarason y Sarason (2000), menciona que la depresión es un estado de ánimo en donde las emociones están en constante evolución y cambio, para la mayoría de las personas estos cambios y oscilaciones emocionales se enmarcan dentro de unos límites predecibles y ante situaciones más o menos conocidas, lo que les permite ejercer cierto grado de control sobre las mismas. Otras personas sin embargo se muestran aparentemente incapaces de ejercer cierto control y gobierno sobre sus propias emociones, bien por su duración, por su intensidad, por su frecuencia o por su aparente autonomía, estos sentimientos escapan a su control, interfiriendo en forma significativa en todos los ámbitos de la vida, alcanzando la categoría de patológicos, con consecuencias potencialmente letales para el sujeto.

Posiblemente todo el mundo ha experimentado los síntomas de la depresión: la soledad, temor al futuro, los contratiempos de la vida, incluso los cambios de estación pueden hacer sentir a las personas faltas de energía, sin fuerza para levantarse, con dificultades para concentrarse y poner atención. Las depresiones representan el área más importante de los trastornos afectivos y suponen junto con los trastornos de ansiedad, las alteraciones mentales más frecuentes. Además por las importantes repercusiones personales, sociales y asistenciales que acarrear, constituyen uno de los principales problemas de la salud mental.

Letona (2002), indica que el término depresión se utiliza en tres sentidos, que corresponde a tres estados afectivos diferentes: Como síntoma, como síndrome y

cómo enfermedad, aunque no hay acuerdo en la clasificación de las depresiones, desde la clínica parecen distinguirse dos síndromes depresivos: Depresión endógena y depresión reactiva.

Cómo síntoma la depresión puede estar incluida dentro de otros trastornos psicopatológicos primarios, como la neurosis de angustia, y puede darse en cualquier persona, incluso sin padecer ningún tipo de alteración afectiva; como síndrome agrupa unos procesos caracterizados por tristeza, inhibición, culpa, minusvalía y pérdida de impulso vital, se trataría de las depresiones unipolares; y como enfermedad se presenta como un trastorno de origen biológico que se incluye en trastornos bipolares y se refiere a las psicosis maníaco depresivas.

El rasgo básico de la depresión como síndrome es una profunda tristeza vital que afecta a todas las esferas de la vida del sujeto. Junto a este estado básico o pueden darse otros estados emocionales en el sujeto deprimido, que añade una disminución de autoestima y aislamiento en los contactos interpersonales; suelen presentarse síntomas vegetativos como anorexia e insomnio.

La persona puede tener fuertes deseos de morir. Hay casos en los que la tristeza no aparece en la depresión y se manifiesta a través del plano somático más que por el plano psíquico; es la denominada *depressio sine depressione*.

La depresión endógena se caracteriza por no presentar factores psicogenéticos desencadenantes; el sujeto que sufre depresión endógena tiene despertar precoz, pérdida de peso, variaciones del humor a lo largo del día y según las estaciones (mejoría por las tardes y recaídas en otoño y primavera), ideas delirantes de culpa, de ruina y de enfermedad, inhibición psicomotriz ni fases anteriores de depresión. Suele responder bien a tratamiento con psicofármacos antidepresivos.

La depresión reactiva, se denomina también depresión neurótica, situacional o psicógena, presenta los rasgos generales de las depresiones y además se caracteriza por presentar rasgos neuróticos, rasgos psicogenéticos

desencadenantes, agravamiento de los síntomas por la tarde. Tiene peor propósito que la depresión endógena y responde mejor a tratamientos psicoterapéuticos que a tratamientos biológicos.

1.1.2 Tipos de depresión

Océano (2003), indica que existen varios tipos de depresión que afectan a todo tipo de personas, la duración del trastorno la convierte en varias clases,

1.1.2.1 Trastorno depresivo mayor

Depresión cuyos síntomas predominantes son tristeza, la mayor parte del día, disminución acusada del interés o de la capacidad para el placer en todas o casi todas las actividades (anhedonia), trastorno del sueño (insomnio, hipersomnio) y del apetito (disminución, aumento), alteraciones psicomotoras (agitación, entecimiento), pérdida de energía, sentimientos de culpa, disminución de la capacidad de concentración, pensamientos de muerte e ideas suicidas. Estos síntomas provocan deterioro social, laboral o de otras áreas de la actividad del individuo.

En casos graves están descritas manifestaciones de tipo psicótico (delirios, alucinaciones). Existe la variante tipo melancólico caracterizada por el cambio a lo largo del día de la sintomatología con agravamiento matutino, despertar precoz, pérdida de peso, disminución del interés sexual y cansancio. Puede presentarse como un episodio único o bien en episodios recidivantes.

Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM IV) (2002) indica que la depresión al igual que en otras enfermedades, por ejemplo las enfermedades del corazón, existen varios tipos de trastornos depresivos. Los tres tipos de depresión más comunes son: Trastorno depresivo mayor, el Trastorno distímico y el Trastorno bipolar. En cada uno de estos tres tipos de depresión, el número, la gravedad y la persistencia de los síntomas varían.

El trastorno depresivo mayor se manifiesta por una combinación de síntomas que interfieren con la capacidad para trabajar, estudiar, dormir, comer y disfrutar de actividades que antes eran placenteras. El trastorno distímico es un tipo de depresión menos grave, incluye síntomas crónicos (a largo plazo) que no incapacitan tanto, pero sin embargo interfieren con el funcionamiento y el bienestar de la persona. La característica esencial de este trastorno es un estado de ánimo crónicamente depresivo que está presente la mayor parte del día de la mayoría de los días durante al menos 2 años.

Muchas personas con distimia también pueden padecer de episodios depresivos severos en algún momento de su vida. Otro tipo de depresión es el trastorno bipolar. Éste no es tan frecuente como los otros trastornos depresivos. El trastorno bipolar se caracteriza por cambios cíclicos en el estado de ánimo: fases de ánimo elevado o eufórico (manía) y fases de ánimo bajo (depresión). Los cambios de estado de ánimo pueden ser dramáticos y rápidos, pero más a menudo son graduales. Cuando una persona está en la fase depresiva del ciclo, puede padecer uno, de varios o todos los síntomas del trastorno depresivo.

Cuando está en la fase maníaca, la persona puede estar hiperactiva, hablar excesivamente y tener una gran cantidad de energía. La manía a menudo afecta la manera de pensar, el juicio y la manera de comportarse con relación a los otros. Puede llevar a que la persona se meta en graves problemas y en situaciones embarazosas. Por ejemplo, en la fase maníaca un individuo puede sentirse feliz o eufórico, tener proyectos grandiosos, tomar decisiones de negocios descabelladas, e involucrarse en aventuras o fantasías románticas.

Un estudio realizado sobre Psicopatología dice que el trastorno maníaco - depresivo es uno de los más difíciles acompañamientos sea el estar al lado de una persona que sufre de depresión, la persona deprimida no encuentra fácilmente consuelo y los familiares y amigos se sienten frustrados en cada nuevo intento de sacarle aunque sea una sonrisa. Si algún familiar o amigo puede entender qué es lo que le

está pasando al paciente que tiene al lado, entonces no sólo podrá ayudarlo a estar mejor, sino que también dejará de sentirse frustrado.

Cuando una persona sufre de una enfermedad física y tiene que quedarse en cama tomando medicinas, se entiende rápidamente lo que le sucede. Con sólo observarlo se ve su dificultad y no se le exige que se levante de la cama. Se le brindan cuidados, comprensión y acompañamiento hasta que mejore. También se sabe que quien padece de una enfermedad física tiene afectada una parte de su cuerpo, pero no su mente. En cambio, en la depresión y en todas las enfermedades mentales, se afecta el sistema de pensamiento y no se tiene una cabeza de repuesto para poder pensar e interpretar la vida de la misma manera que se hacía antes de enfermar.

Al paciente deprimido, no se le ve con un termómetro al lado de la cama y sin embargo no puede hacer lo mismo que hacía antes; está tan limitado como cualquier enfermo, no se puede mover, no puede cambiar, no puede sentirse bien y no puede encontrar una salida. Se siente sin valor, que el amor no le es suficiente y que la compañía no le sirve para nada.

1.1.2.2 Trastorno bipolar

Este trastorno aparece alrededor de los 25 años de edad, afecta por igual a hombres y mujeres y rara vez se ve en niños, se desconoce la causa pero es posible que factores hereditarios jueguen un papel en su desarrollo. La incidencia es mayor en los parientes de las personas que padecen trastorno bipolar y depresión.

Hay diferentes tipos de trastorno depresivo bipolar: El trastorno bipolar I es la forma clásica de esta condición, con períodos de manía discretos que alternan con períodos de depresión. En una persona con trastorno bipolar II, la fase depresiva predomina y no existe una manía verdadera, pueden haber períodos de mejora del estado de ánimo y de la energía en los cuáles la persona no pierde completamente contacto con la realidad (hipomanía).

Las personas con trastorno bipolar II pueden tener depresión en lugar del trastorno afectivo bipolar (especialmente debido a que pocas personas se quejan de períodos de buen estado de ánimo y energía que no causan problemas), pero los estabilizadores del estado de ánimo parecen ayudar más que los antidepresivos.

1.1.2.3 Depresión crónica o distimia

El Médico/Aula (2002), indica que este trastorno se caracteriza por tener una duración de dos o más años, puede ser de comienzo temprano e insidioso de escasa gravedad y de curso persistente e intermitente. En los adultos, las mujeres son dos o tres veces más propensas a sufrirla. Es frecuente la coexistencia de un trastorno de la personalidad, que persiste tras la remisión del cuadro. Se desconoce la causa de este trastorno. La sintomatología de la distimia no es tan severa como la de la depresión, pero las personas afectadas se deben enfrentar casi a diario con los síntomas de los estados depresivos. La distimia es más frecuente en las mujeres que en los hombres y también puede afectar a los niños. Generalmente persiste durante años.

La distimia es un trastorno crónico con presencia de humor depresivo durante la mayor parte del día y casi todos los días del año, durante, al menos, dos años consecutivos y sin antecedentes personales de manía. Los pacientes con distimia experimentan casi invariablemente síntomas de ansiedad. La distimia se conoce en cierta medida como la llamada "depresión neurótica", el diagnóstico psiquiátrico más empleado en pasadas décadas debido a su heterogeneidad y a la ausencia de criterios clínicos psiquiátricos de consenso, que convertirían este diagnóstico en un auténtico cajón de sastre.

Se puede definir la distimia como la hermana menor de la depresión, pues su sintomatología, siendo básicamente la misma, alcanza una menor intensidad. Su persistencia en el tiempo, con estabilidad en la sintomatología y ausencia de episodios diferenciados, es su principal característica.

La proporción entre los periodos de depresión y los de relativa normalidad afectiva es muy variable. El paciente puede tener días o semanas en los que refiere encontrarse bien, pero la mayor parte del tiempo se siente cansado y deprimido y hacer cualquier cosa le supone un esfuerzo casi insalvable, todo ello en medio de su insatisfacción crónica. Aunque normalmente puede enfrentarse con las tareas de la vida cotidiana, se siente incapaz para casi todo, quejumbroso y meditabundo.

Para un psicólogo es un síndrome habitual en la consulta, con el que tiene contacto frecuente, pero al que a veces no diagnostica. En al menos la mitad de los casos, el inicio es insidioso antes de los 25 años. El paciente típico es el que acude por no importa qué motivo y deja entrever un trasfondo de tristeza habitual, con incapacidad para disfrutar de las cosas, prolongado en el tiempo, que sólo cede parcialmente con la terapéutica empleada y que constituye un auténtico problema para su psicólogo, porque muchas veces se ve desbordado por su aparente falta de solución.

La comorbilidad de este proceso con otros trastornos mentales empeora el pronóstico. A veces constituye el primer peldaño de cuadros depresivos más graves y al menos un 20 por ciento de los casos progresa hacia un trastorno depresivo mayor.

Probablemente, la distimia constituye la forma de depresión más comúnmente vista por los psicólogos y, con frecuencia, son derivados al especialista tras varios intentos de tratamiento sin éxito aparente. Suelen asociar sintomatología ansiosa y una preocupación excesiva por su estado de salud. Cuando no son diagnosticados como tales, terminan siendo frecuentadores habituales de otros especialistas médicos y sometidos innecesariamente a numerosas pruebas diagnósticas para el despistaje de trastornos orgánicos inexistentes e, incluso, sometidos a tratamientos empíricos innecesarios.

Estos pacientes suelen aceptar mal el diagnóstico de que su problema sea un trastorno mental o discrepan abiertamente de dicha posibilidad, porque, con frecuencia, se creen portadores de patología orgánica no detectada.

En todo caso, su mala respuesta al tratamiento antidepresivo se debe habitualmente al incumplimiento de las pautas prescritas. Son pacientes que aceptan inicialmente el tratamiento, sobre todo cuando es un médico o psicólogo diferente quien lo prescribe, pero posteriormente lo abandonan de nuevo, y así sucesivamente. Otro factor que contribuye a la escasa respuesta terapéutica es el uso injustificado de dosis bajas de antidepresivos, aunque la intensidad del cuadro sea leve, se precisan dosis eficaces de antidepresivos para que ejerzan su efecto. La distimia debe ser tratada con las mismas dosis que se emplean en la depresión mayor.

Muchos de estos pacientes son considerados por sus terapeutas como el auténtico azote de sus consultas, pues a la falta aparente de éxito terapéutico se añade una persistente demanda de atención sanitaria. El psicólogo acaba encontrándose a disgusto y sintiéndose incómodo en su relación con ellos; los considera manipuladores y poco menos que incurables. Crean inseguridad en el psicólogo, que ve en su derivación al especialista la única manera de solucionar, aunque sea temporalmente, la situación de conflicto.

1.1.2.4 Trastorno mixto ansioso-depresivo

Este diagnóstico, tal como fue propuesto por la CIE-10, debe usarse solamente cuando, estando presentes síntomas de ansiedad y de depresión, ninguno de ellos tiene entidad clínica como para justificar un diagnóstico por separado. Si ambos tienen la gravedad suficiente como para justificar el diagnóstico, no debe hablarse de trastorno mixto ansioso-depresivo como tal, sino de la coexistencia, en asociación, de ambos trastornos en un mismo paciente.

El trastorno mixto ansioso-depresivo, a pesar de la aparente levedad de su sintomatología, modifica la presentación clínica de las quejas de los pacientes, interfiere en el tratamiento médico de otros cuadros puramente orgánicos y complica su evolución clínica. A menudo, la mezcla de síntomas ansiosos y depresivos con otras quejas somáticas obliga al psicólogo a realizar pruebas

complementarias para mayor seguridad, que muchas veces se demuestran realmente innecesarias.

Para este diagnóstico deben estar presentes algunos síntomas vegetativos, como sequedad de boca y temblor, aunque sea de un modo intermitente, siempre que no aparezcan únicamente preocupaciones respecto a estos síntomas vegetativos.

Si la sintomatología está relacionada con la presencia de cambios biográficos o acontecimientos vitales estresantes recientes, debe establecerse el diagnóstico de trastorno de adaptación.

La prevalencia de estos cuadros en la consulta de psicológica es muy importante y aún más en la población general; sin embargo, la mayoría de los afectados no suelen demandar cuidados médicos o psiquiátricos directamente por sus síntomas de ansiedad o depresión. No obstante, las quejas por otros motivos son frecuentes. Estos pacientes sufren con su manera de ser y hacen dudar al médico o al psicólogo en sus diagnósticos orgánicos, lo que origina una mayor presión asistencial que la habitual para su tratamiento al requerir un considerable número de controles periódicos.

Es un trastorno que tiende a la cronicidad y es frecuente que quien lo padece abuse de ansiolíticos y/o de alcohol, por lo que su empleo debe limitarse al tiempo estrictamente necesario para el control de su sintomatología. El empleo de técnicas que reduzcan la ansiedad, como la relajación, es útil en muchas ocasiones.

1.1.2.5 Depresión Nerviosa

Medinet (2002), indica que la cantidad de personas afectadas de depresión nerviosa aumenta lamentablemente día a día. Es muy difícil establecer un diagnóstico desde el principio de la afección, toda vez que los síntomas pueden ser muy variados. La preocupación se vierte a veces sobre algunos de ellos, o sobre ciertas afecciones orgánicas por ejemplo de la vesícula biliar, pasándose por alto la causa fundamental de la depresión. Los síntomas corrientes de la depresión nerviosa

son disminución de la vitalidad, falta de concentración, sentimiento de tristeza, insomnio y trastornos de la libido.

La depresión nerviosa puede deberse a veces a carencia de vitaminas del complejo B en la sangre, especialmente en las personas de edad, lo que puede provocar demencia senil.

Cada caso diagnosticado debe someterse al neurólogo, ya que el tratamiento difiere mucho de un individuo a otro; existen varios tratamientos entre ellos, el dietético, el físico y las medidas psicoterapéuticas.

- Tratamiento dietético

A la vitamina B1 o tiamina se la conoce como la vitamina del buen humor. Se encuentra especialmente, al igual que todas las del grupo B, en el germen de los cereales y también en la levadura de cerveza. Los frutos secos y la leche también son buenas fuentes de esa vitamina. Un régimen rico en estos alimentos proporciona equilibrio mental, dominio propio y buen ánimo, ayudando a vencer la depresión. En ciertos casos de depresión nerviosa puede ser decisiva la aportación de magnesio. Por eso se recomienda una alimentación rica en ese mineral o su ingestión en forma de cloruro o quelato de magnesio.

- Tratamiento físico

Los baños a temperaturas alternas, los chorros y en general todas las formas de hidroterapia, ejercen una acción estimulante muy saludable sobre el sistema nervioso. Puede ser de gran ayuda para superar una crisis depresiva, pero deben aplicarse de una forma regular durante días.

- Medidas psicoterapéuticas

Una terapia aplicada por un psicólogo, es una de las medidas más beneficiosas para la persona con depresión. No siempre el que sufre una depresión es capaz por sí solo de practicar las técnicas de relajación

Lacroix (1985), indica que la depresión nerviosa contemporánea puede revestir diversas modalidades, algunas veces engañosas, de modo que se esquematizan las más frecuentes.

Forma en la que predomina la ansiedad

Sarason y Sarason (2000), indica que los enfermos nerviosos habitualmente tienen una actividad física normal, y a veces excesiva. Recorren los consultorios de médicos y especialistas dos o tres veces por semana y a veces en un mismo día, van a ver a su médico para consultar acerca de un detalle de la receta ya que se explicó pero no fue escuchado por él o bien para explicarle cada vez un temor imaginario que los tortura y los impide conciliar el sueño. Son los "Telefonistas" quienes en el día y hasta en la noche desean del médico diversas informaciones.

La ansiedad de estos pacientes tiene como base un penoso sentimiento de peligro inminente, pero ese peligro no existe y eso es posible demostrárselo al enfermo. En algunos casos la ansiedad va acompañada por dolorosa sensación de opresión que se produce en el pecho y con más frecuencia aún en la garganta. La persona acude al consultorio del médico porque teme padecer de alguna angina de pecho o de un tumor en la garganta, porque algunas veces padece de sofocamientos nocturnos.

En esta forma predomina la ansiedad palabra muy expresiva que procede de un término griego que significa apretar o sofocar.

Tanto la ansiedad como la depresión son cuadros clínicos frecuentes en la consulta clínica. En la práctica diaria pueden presentarse como entidades puras, pero es mucho más habitual la aparición en un mismo paciente de síndromes clínicos en los que se asocian elementos de ambas patologías. Los síntomas ansiosos y depresivos pueden coincidir en el tiempo o asociarse en etapas sucesivas. A menudo, resulta artificial diferenciar si un síntoma concreto obedece a un estado depresivo o de ansiedad; por ejemplo, muchos síntomas somáticos que motivan con frecuencia la consulta inicial pueden estar originados tanto por ansiedad como por depresión.

Esta coincidencia, solapamiento o sucesión de síntomas de ansiedad y depresión en el sujeto puede ser motivo de confusiones diagnósticas. Es frecuente que, con el paso del tiempo, muchos pacientes que inicialmente fueron diagnosticados de ansiedad presenten estados depresivos o viceversa.

Esto no debe interpretarse como la consecuencia de un error diagnóstico inicial, sino como la expresión de la sucesión de estados anómalos diferentes a lo largo de la vida. Cuando se observa la estabilidad diagnóstica a lo largo del tiempo, es más fácil comprobar un cambio de un diagnóstico de ansiedad a uno de depresión que lo contrario. Esto, probablemente, refleja que la propia existencia de ansiedad de forma crónica favorece el desarrollo de cuadros depresivos.

La asociación de síntomas ansiosos y depresivos en un mismo momento evolutivo también es muy frecuente. En distintos estudios se constata que la gran mayoría de los pacientes depresivos tiene síntomas psíquicos y somáticos atribuibles a la ansiedad y que, a su vez, pacientes con un diagnóstico de ansiedad presentan con frecuencia síntomas depresivos.

- Nexos y diferencias entre ansiedad y depresión

La coexistencia de síntomas ansiosos y depresivos es tan grande que algunos autores han sugerido que se trata de la misma entidad; por el contrario, otros difieren radicalmente de esta opinión y consideran que son entidades absolutamente diferenciadas y que la frecuente asociación de ambas se debe sencillamente a que

es lógico que dos entidades frecuentes coincidan, por pura probabilidad estadística; por último, hay quienes sugieren que se debe hablar de un espectro de trastornos, en cuyos polos están los trastornos más nítidos de ansiedad o depresión, en tanto que la mayoría de los casos se encuentra entre ambos extremos. En definitiva, se postulan tres hipótesis

Hipótesis unitaria.

Defiende que los trastornos depresivos y de ansiedad son una misma entidad.

Hipótesis pluralista.

Considera que son trastornos independientes.

Hipótesis del espectro de trastornos de ansiedad y depresión.

Defiende la existencia de una continuidad, pero reconociendo la posibilidad de trastornos puros o en los que predominan claramente uno de los polos (ansiedad o depresión), si bien la mayoría de las entidades clínicas se encuentra en situaciones intermedias (cuadros mixtos).

Esta última hipótesis es la que mejor explica la frecuente asociación de ansiedad y depresión. No parece razonable concebir estos trastornos como una misma entidad (hipótesis unitaria), ya que existen cuadros diferenciados o en los que la presencia de uno de los trastornos domina claramente aunque se observen algunos síntomas asociados del otro trastorno.

A pesar de que muchos síntomas pueden ser debidos tanto a la depresión como a la ansiedad, el clínico puede valorar algunas diferencias clave. En los estados de ansiedad predomina un estado de alerta ante un peligro imaginario, mientras que en la depresión predomina la afectación del humor; además, en los estados depresivos existe casi siempre una pérdida generalizada de interés por actividades que previamente resultaban estimulantes, mientras que los pacientes con ansiedad conservan el interés por estas actividades. La ansiedad supone un estado de activación y el rendimiento puede incluso aumentar, siempre que el nivel de ansiedad no sea demasiado grande; por el contrario, en la depresión el rendimiento

disminuye. Se podría decir que "la ansiedad dinamiza y la depresión paraliza", aunque estas distinciones pueden estar ausentes en algunos pacientes.

Si se observan otros síntomas, también se comprobará que, a pesar de las similitudes que pueden aparecer en muchos casos, existen a menudo algunas diferencias. Por ejemplo, las alteraciones del sueño son frecuentes tanto en la ansiedad como en la depresión; sin embargo, el paciente con ansiedad suele tener dificultades para conciliar el sueño, pero es más raro que se queje de despertar precoz; por el contrario, muchos pacientes depresivos no refieren dificultades importantes en la conciliación del sueño y sí un despertar precoz que a menudo se acompaña de un empeoramiento en el estado de ánimo.

En aproximadamente el 15 por ciento de las depresiones se observa hipersomnía y esta queja es poco frecuente entre los pacientes con trastornos de ansiedad.

La conducta sexual puede resultar muy clarificadora en la distinción de los estados ansiosos y depresivos. En los estados depresivos es frecuente que los pacientes presenten una disminución clara del deseo sexual; por el contrario, muchos pacientes con ansiedad muestran un aumento de la actividad sexual.

Sin embargo, esta regla tiene excepciones y, sobre todo, limitaciones en su utilidad clínica, ya que no siempre es fácil que los pacientes se refieran a la sexualidad con franqueza en una primera entrevista. El psicólogo no debe forzar que se aborde este tema, pues es más importante conseguir un buen vínculo terapéutico que obtener todo tipo de detalles acerca de la sintomatología. En ésta y otras áreas hay que respetar cuidadosamente las actitudes de los pacientes en función de sus características culturales.

- Diferencias clínicas entre ansiedad y depresión

Los pacientes con cuadros clínicos que engloban depresión y ansiedad pueden expresar sus quejas de forma imprecisa y es frecuente que los síntomas somáticos sean el motivo inicial de consulta.

Un síntoma somático concreto puede ser debido tanto a depresión como a ansiedad, pero existen algunas diferencias en cuanto a la sintomatología somática más habitual en cuadros depresivos o de ansiedad, que pueden servir para orientarnos desde el primer momento. Algunos síntomas, como el dolor lumbar por ejemplo, son más frecuentes en las depresiones, en tanto que en los estados de ansiedad predominan síntomas como taquicardia, parestesias o sensación de ahogo; sin embargo, estos mismos síntomas están presentes en pacientes depresivos con ansiedad asociada, por lo que su presencia puede servir como orientación para el diagnóstico pero no es definitiva para el mismo.

El motivo inicial de consulta puede tener relación con síntomas físicos, aunque a veces se refieren directamente síntomas depresivos o de ansiedad. No es raro que el paciente omita síntomas importantes. Con frecuencia, los pacientes centran sus quejas en problemas como los trastornos del sueño, cambios de apetito o similares. Sólo tras ser preguntados manifiestan sentirse deprimidos o ansiosos.

El modelo de llegada puede variar de forma importante según cuáles sean los trastornos del paciente. En caso de que existan crisis de angustia, es frecuente que los pacientes acudan alarmados a un servicio de urgencia.

- Síndromes que asocian ansiedad y depresión

Los trastornos que se manifiestan por un conjunto mixto de síntomas de ansiedad y depresión son cuadros habituales en la consulta del médico general.

En estos pacientes suele existir un estado de ánimo bajo o tristeza, con pérdida de interés o de capacidad para disfrutar y con ansiedad o preocupación prominentes. Frecuentemente aparecen como trastornos asociados alteraciones del sueño, pérdida de energía, disfunciones sexuales, alteraciones de la atención y la memoria, palpitaciones, temblores, taquicardia, sequedad de boca, irritabilidad y, en ocasiones, ideación suicida.

Clasificar los trastornos de ansiedad y depresión debe tener por objetivo ayudar a una mejor comprensión del paciente y, por tanto, un tratamiento más adaptado a

sus necesidades. Sin embargo, se debe alertar ante la exageración en este sentido, pues el objetivo del clínico no debe ser encajar necesariamente a cada paciente en los distintos epígrafes de las clasificaciones internacionales.

Desde una perspectiva global, existen dos grandes posibilidades: que ansiedad y depresión se sucedan en el tiempo (asociación longitudinal) o que se presenten en un mismo periodo (asociación transversal).

Forma en la que predomina la melancolía

Esta forma de nerviosismo es frecuente en el hombre alrededor de los 50 años. En este caso se produce un íntimo enlace de los síntomas físicos y psíquicos: insomnio, fatiga física extrema en algunos momentos que hace penoso el caminar, disminución de la atención y de la memoria. Con frecuencia se observan dos fenómenos, imposibilidad de escribir e imposibilidad de sostener una conversación, esto prueba la unión íntima de la fatiga física con la fatiga psíquica.

El enfermo se aburre por todo y pierde el gusto por la vida, la tristeza lo invade poco a poco. Pronto aparece un síntoma constante, la depreciación de sí mismo. El enfermo se acusa ante sus familiares de ser la causa de su desgracia, ya no sirve para nada, ya no puede dirigir su negocio, y piensa que hay que venderlo cuanto antes, porque en caso contrario será la bancarrota, y para el día de mañana, la miseria. En este estado de ánimo el enfermo con frecuencia concibe la idea de suicidarse y no pocas veces consigue hacerlo.

Sin embargo en la gran mayoría de los casos el enfermo de esta forma de depresión nerviosa se recupera al cabo de unos seis meses. Las recaídas son numerosas, estos brotes melancólicos también pueden alternar con arranques de excitación con lo cual se produce una enfermedad psíquica: el trastorno maníaco - depresivo. Esta enfermedad es curable mediante tratamientos especializados.

Forma en la que predomina la inestabilidad

Esta inestabilidad es física y psíquica. Los enfermos no pueden permanecer mucho tiempo en el mismo lugar, mudan muchas veces su domicilio a pesar de la escasez de viviendas y con frecuencia cambian de oficio; no soportan nada y ninguna cosa les agrada; se tornan rápidamente insociables. A la base de este estado se observa la mayor parte de las veces una excesiva sensibilidad. Aparece con frecuencia una incoherencia mental.

Es posible observar delirios de persecución sobre un pariente o un vecino. Luego el desequilibrio aumenta y luego esta forma de enfermedad que en general es benigna, puede llegar a ser muy grave. Hay casos en que el enfermo en su obsesión ataca a las personas temidas o bien se suicida.

Los factores que actúan en la producción de esta enfermedad son: sensibilidad exagerada, fatiga excesiva en intoxicación producidas por el sistema de vida y por el aburrimiento, inestabilidad, incoherencia, insociabilidad y actos antisociales.

Forma en la que predomina el insomnio

Esta forma de nerviosismo es sumamente frecuente. El médico la encuentra todos los días en su consultorio, y muchos neurólogos ven en ella la enfermedad del siglo. Cuando se analiza el problema tan cautivante de la fisiología del sueño y no importa que teoría se emplee para explicarlo se encuentra que en la vida moderna todo parece haber sido inventado para perturbar el sueño, dos elementos resultan particularmente tóxicos: la luz y el ruido.

1.1.2.6 Depresión con síntomas atípicos

Vander, (1998) dice que las características principales de la depresión son la reactividad del estado de ánimo (capacidad para alegrarse en situaciones positivas), el aumento del apetito y del peso, la hipersomnia, el abatimiento

(sensación de pesadez, inercia o hundimiento, sobre todo en brazos y piernas) y un patrón muy prolongado de extrema sensibilidad a la percepción de rechazo interpersonal. Puede formar parte de la depresión mayor, la distimia y es de dos a tres veces más frecuente en mujeres, iniciándose en edad temprana. Causa de forma más crónica y menos episódica que otros tipos de depresión y tiene una recuperación ínter episódica parcial.

1.1.3 Causas de la depresión

Smith, (2001) dice que se han propuesto muchas teorías para explicar la etiología de la depresión, la mayoría de los estudios constatan que los pacientes deprimidos experimentan más acontecimientos vitales estresantes en los meses que preceden a la aparición de los síntomas, que los grupos controles de población general y que otros enfermos psiquiátricos no deprimidos.

Según las diversas orientaciones se proponen diversos modelos psicológicos: la teoría cognitiva de Beck considera que las alteraciones cognitivas en forma de pensamientos distorsionados del propio sujeto sobre sí mismo y su entorno constituyen un factor etiológico de la depresión. Seligman desarrolla la teoría de la indefensión aprendida, planteando que la enfermedad depresiva está condicionada por el establecimiento de un patrón estable de conducta, que se caracteriza por la incapacidad para interrumpir el estímulo que se considera nocivo y escapara del evento traumático.

Por otro lado se ha indicado también que ciertos rasgos de la personalidad como la escrupulosidad, el sentido del deber, el perfeccionismo, la falta de espontaneidad y el afán de orden pueden predisponer al desarrollo de los trastornos depresivos unipolares.

Los avances de la genética han permitido establecer que los familiares de sujetos con depresión son más propensos a padecerla que la población en general. Los estudios bioquímicos aportan algunas hipótesis etiológicas relacionadas con

desequilibrios en las transmisiones químico – cerebrales (dopamina, noradrenalina y serotonina). En la historia de la depresión, antiguamente se usó el término melancolía para designar las sensaciones de tristeza, temor cansancio de la vida y suspicacia, a menudo acompañadas de actitudes misantrópicas, la pena, el desaliento y la desesperanza.

la depresión es una enfermedad tratable, al igual que la diabetes o la hipertensión. Muchos creen erróneamente que la depresión es normal en personas mayores, adolescentes, mujeres menopáusicas, madres primerizas o en personas que padecen enfermedades crónicas. Pero éste es un concepto equivocado, no importa la edad, el sexo o la situación de la vida, la depresión nunca es algo normal. Cualquier persona que experimente síntomas depresivos debe ser diagnosticada y tratada para revertir su condición.

Herencia

Existe un mayor riesgo de padecer de depresión clínica cuando hay una historia familiar de la enfermedad, lo que indica que se puede haber heredado una predisposición biológica.

Este riesgo es algo mayor para las personas con trastorno bipolar. Sin embargo no todas las personas que tiene una historia familiar tendrán la enfermedad. Además la depresión grave también puede ocurrir en personas que no tienen ninguna historia familiar de la enfermedad.

Esto sugiere que hay factores adicionales que pueden causar la depresión, ya sean factores bioquímicos o ambientales que producen estrés y otros factores psicosociales.

Factores bioquímicos

Se ha demostrado que la bioquímica del cerebro juega un papel significativo en los trastornos depresivos. Se sabe que las personas con depresión grave típicamente

tienen desequilibrios de ciertas sustancias químicas en el cerebro conocidas como neurotransmisores.

Además los patrones de sueño, que se ven afectados por la bioquímica del organismo son generalmente diferentes en las personas que tienen trastornos depresivos. La depresión puede ser inducida o aliviada con ciertos medicamentos y algunas hormonas pueden alterar los estados de ánimo. Lo que aún no se sabe es si el desequilibrio bioquímico de la depresión tiene un origen genético o es producido por estrés, por un trauma o por una enfermedad física u otra condición ambiental.

Situaciones estresantes

Muerte de un familiar próximo o de un amigo, una enfermedad crónica, problemas interpersonales, dificultades financieras, divorcio, entre otros, pueden ocasionar síntomas de depresión que sostenidos a lo largo del tiempo pueden desencadenar en una depresión clínica.

Estacionalidad – trastorno afectivo estacional (SAD)

Se ha observado que hay personas que desarrollan depresión durante los meses de invierno, cuando los días se hacen más cortos. Es posible que la reducción de la cantidad de horas de luz afecte el equilibrio de ciertos compuestos químicos en el cerebro, dando lugar a síntomas de depresión.

Personalidad

Las personas con esquemas mentales negativos, baja autoestima, sensación de falta de control sobre las circunstancias de la vida y tendencia a la preocupación excesiva son más propensas a padecer de depresión.

Estos atributos pueden resaltar el efecto de las situaciones de estrés o interferir con la capacidad de enfrentarlas o reponerse de las mismas.

Aparentemente, los patrones de pensamiento negativo típicamente se establecen en la niñez o adolescencia y van conformando a lo largo de un patrón de pensamiento depresivo.

Enfermedades

- Alzheimer

La enfermedad de Alzheimer es una demencia que produce una alteración neurodegenerativa que suele aparecer a partir de los 65 años, aunque también puede presentarse en personas más jóvenes. El 10% de los enfermos de Alzheimer padecen depresión mayor entre un 30% y 40%. Pueden sufrir depresiones de menor gravedad o ciertos síntomas depresivos. La depresión incrementa el deterioro de las capacidades mentales. La depresión es un mal común entre los que padecen de demencia.

En las fases iniciales de la enfermedad de Alzheimer la depresión reduce la capacidad de pensar con claridad y de llevar a cabo las tareas de cada día. También aumenta la posibilidad de que se produzcan cambios en el comportamiento tales como: inquietud y agresión. Los adultos de edad avanzada que padecen Alzheimer y depresión juntas, suelen mostrar signos de mejoría lenta cuando se le administran medicamentos antidepresivos. El tratamiento con medicamentos para la depresión puede reducir la inquietud y el comportamiento agresivo.

- Diabetes

Las personas que padecen diabetes son dos veces más propensas a sufrir depresión, según señalan los investigadores de la revista Diabetes. Sin embargo depende de cada persona que la diabetes proceda o suceda al inicio de la depresión. Mientras la población afecta a la población en general entre 10% y 25% de mujeres y 5% a 12% de varones, entre diabéticos esta cifra aumenta hasta 33%. Si bien cualquier enfermedad crónica aumenta el riesgo de depresión, la correlación con diabetes es particularmente fuerte debido a las numerosas

complicaciones de este procedimiento, así como a los cambios en el estilo de vida que tienen que hacer quienes la padecen.

1.1.4 Efectos de la depresión

Océano (2003), indica que la tristeza y la melancolía son dos sentimientos presentes en algún momento de la vida de todas las personas, al igual que la alegría y el placer. Los dos primeros no son en sí patológicos, pero en algunas ocasiones pueden llegar a serlo para ciertas personas. Cuando el estado de ánimo de un individuo en un determinado momento de su vida sufre sentimientos severos y prolongados de tristeza o síntomas relacionados que afectan a su capacidad para relacionarse con otros, trabajar o afrontar el día, la tristeza se convierte en una enfermedad, que se conoce como depresión.

Tristeza

No tiene por qué ser sinónimo de depresión, sino que puede ser una emoción real racional relacionada con circunstancias de la vida de una persona, una respuesta sana por tanto que expresa una dolencia. Todos tenemos un cierto grado de depresión o tristeza, pero: "Si bien la tristeza debe darse en muchos momentos de la vida cotidiana en relación a las carencia del medio en el que se vive, el estado depresivo supone ya una alteración importante no natural de la persona".

La depresión surge cuando se produce una relación de la vida actual con elementos anteriores de la vida e historia del sujeto. Hay que considerar un estado latente y la relación con lo actual. No es un estado final, muchas veces es una defensa para no vivir otras cosas como la angustia de la separación o el miedo profundo de algo.

Melancolía

Tendencia a la tristeza. En la psicosis maníaco depresiva, estado de pesimismo, abatimiento y falta de estímulos afectivos. La melancolía se caracteriza psíquicamente por un estado de ánimo profundamente doloroso, una cesación del interés por el mundo exterior, la pérdida de la capacidad de amar, la inhibición de todas las funciones y la disminución del amor propio. Esta última se traduce en reproches y acusaciones, de que el paciente se hace objeto a sí mismo, y puede llegar incluso a una delirante espera de castigo

Alteraciones del sueño

Es un trastorno del mecanismo del sueño que se caracteriza por episodios de somnolencia excesiva durante el día, lo que usualmente se acompaña de siestas prolongadas en las que la persona sólo despierta por períodos cortos de tiempo. Los períodos de sueño durante las siestas generalmente no son satisfactorios.

El rendimiento de estas personas durante el día generalmente está muy disminuido. El sueño durante la noche es prolongado y por las mañanas es difícil despertar a la persona, que puede mostrarse irritable e incluso agresiva al ser despertada.

Hay un cierto número de condiciones que pueden derivar en esta alteración: desde funcionales cerebrales e infecciones hasta enfermedades metabólicas o endocrinas.

Micro sueños.- Durante los periodos de extremo cansancio, las personas pueden desarrollar comportamiento automático con períodos muy cortos de sueño (micro sueños de uno a cuatro segundos). En estos períodos automáticos, los pacientes actúan en forma inusual haciendo cosas como poner sal en el café, poner ropa sucia dentro de la ropa limpia, poner algún trasto dentro de la lavadora de ropa para lavarlo o, si conduce, aparece a veces a mucha distancia de su destino.

Existe también otra variante de este problema, que ocurre generalmente en forma periódica y recurrente durante semanas o meses. Cada episodio dura desde días

hasta varias semanas, el promedio de crisis es de dos al año, aunque puede presentarse tanto como una vez por mes. Las personas pueden dormir tanto como 18 horas al día durante los episodios de somnolencia. Se presenta más frecuentemente en adolescentes varones, pero también en mujeres de alguna edad. Entre los episodios las personas pueden funcionar completamente bien; la enfermedad puede disminuir en frecuencia, severidad y duración con los años.

1.1.5 Características de las personas deprimidas

Sarason, (1999), dice que la mayoría de personas que sufren depresión presentan las siguientes características

- Tienen una visión negativa de sí mismos. Se ven torpes, desgraciados y sin valor personal. Atribuyen sus experiencias desagradables a un defecto suyo y, como consecuencia, se ven inútiles y carentes de valor. Se critican a sí mismos, se culpabilizan y piensan que carecen de la capacidad necesaria para sentirse felices y llevar la vida que les gustaría.
- Interpretan la realidad de forma negativa y tienden a centrarse más en el lado malo de las cosas. Esto es debido a que al valorarse tan poco a sí mismos piensan que no es posible que los demás sientan cariño por ellos o los valoren como personas.
- Tienen una visión negativa del futuro. Piensan que sus penas y dificultades no terminarán nunca. Esperan lo peor del futuro; creen que las cosas les saldrán mal hagan lo que hagan y, como consecuencia, no están motivados para actuar e intentar cambiar.
- El resto de los síntomas son consecuencia de estas tres características básicas: las ideas de suicidio suponen un deseo de escapar a una situación que ven como insostenible e irresoluble; la apatía y la falta de energía provienen de la creencia de que van a fracasar en todo cuanto se propongan y, por tanto, es absurdo intentar nada.

Esto se debe a que las personas, en general, aprenden modos específicos de responder a situaciones similares. Una vez aprendido, la respuesta tiene lugar de forma automática, sin apenas darse cuenta de lo que están pensando. Estos patrones de pensamiento automáticos reciben el nombre de esquemas cognitivos.

Las personas aprenden esquemas cognitivos inadecuados que hacen que se sientan mal sin ser conscientes de que están interpretando la realidad erróneamente.

Algunas experiencias tempranas constituyen la base para formar conceptos negativos sobre sí mismo, el mundo y el futuro. Una vez formados estos esquemas cognitivos, pueden permanecer latentes y ser activados más tarde por determinadas circunstancias parecidas a las experiencias inicialmente responsables de la formación de dichos esquemas.

De este modo, las situaciones desagradables de la vida no conducen necesariamente a una depresión, sino que dependen de cómo esa persona interprete los acontecimientos. Una vez que aparecen los primeros pensamientos y conductas depresivas, van a influir también en lo que suceda posteriormente.

No solamente hay que tener en cuenta las interpretaciones que cada persona haga de la realidad sino también cuál es esa realidad en sí misma, ya que a veces no basta con aprender a interpretar las situaciones de forma más realista, sino que, además, es necesario hacer ciertos cambios en la vida.

La terapia puede ayudarles a determinar qué es lo que realmente desean y a sentirse capaces de llevar adelante esos cambios, combatiendo pensamientos como "no seré capaz", "es demasiado tarde", "qué pensarán de mí" o cualquier otro tipo de pensamiento que esté coartando su propia libertad y capacidad para ser feliz.

1.2 Maestros jubilados

1.2.1 Definición

Noriega (1998), el maestro jubilado, es aquella persona que desempeñó un papel importante en la formación de niños, pues ellos se encuentran en desarrollo físico y mental, estos requieren comprensión, simpatía y justicia, los grandes pedagogos notables son los que día a día luego de treinta años de labor se ha retirado del gis, del borrador, del libro de texto y de la planeación didáctica a descansar y a recordar que gracias a su esfuerzo han contribuido a que un niño aprenda a leer y escribir y a que un hombre tenga una profesión digna.

Menciona que deambulaba por un camino y pudo observar el recuerdo de miles de maestros que han dejado su historia de saberes y haceres por la región. Y ve como un recuerdo por su largo andar, por las generaciones que se han educado con su saber a varios maestros y maestras, que dedicaron su vida a la educación ya fuera en preescolar, o en la línea de letras y números de una primaria, en las largas horas de un salón de clases de la secundaria o formando formadores en las normales, el trabajo de muchos de ellos han contribuido al engrandecimiento y gloria de la educación.

Los más grandes pedagogos notables son estos los que día a día luego de 30 años de labor se han retirado del gis y del borrador, del libro de texto y de la planeación didáctica a descansar y a recordar que gracias a su esfuerzo y dedicación han contribuido a que un niño sepa leer y escribir y a que un hombre tenga una profesión digna.

Ser un pedagogo notable requiere de mucho trabajo, esfuerzo, dedicación, apego a la verdad, lucha en contra de la ignorancia, sabedores de habilidades y creativos al máximo, gente de grandes aportes que dedican su tiempo a mejorar las formas didácticas en beneficio de sus educandos, un pedagogo notable es aquel que con suma pasión logra trascender en la historia y coloca su nombre en la memoria de muchos niños jóvenes y adultos que al paso del tiempo los recuerdan, los que hoy

son jubilados y fueron docentes que han sido pedagogos notables en su escuela, en su comunidad, en su pueblo, mujeres y hombres que dedicados a la educación que encontraron una forma de vida, de ser, de actuar y de trabajar.

1.2.2 Maestros de educación primaria urbana

Nérci, (1998) indica que el maestro es un ser diferente con una responsabilidad educacional grande, dado que él mantiene contacto más prolongado, en la escuela con el educando.

Pesa fundamentalmente e insustituible en la acción educativa. No hay organización didáctica que pueda sustituirlo. Es posible educar sólo con el profesor, pero es imposible hacerlo únicamente con el material didáctico, organización didáctica, métodos. Todo será insuficiente e ineficaz sin el profesor que anima, da vida y sentido a toda organización escolar.

El profesor de escuela primaria principalmente desempeña un papel importante en la formación del niño, pues este está en desarrollo físico e intelectual y con todas las asperezas de su espíritu crítico. El niño requiere por parte del profesor, comprensión, simpatía y justicia.

Es decisivo consecuentemente el papel del profesor en la vida del alumno, para llevarlo a vencer sus desajustes, preocupaciones y hacerlo enfrentar el futuro con esperanza, optimismo y valor.

Así cabe insistir en que el papel del profesor, a pesar de todas las nuevas concepciones pedagógicas, continúa siendo indispensable y fundamental en el proceso educativo, en la operación continua de cambio de las generaciones en la conducta técnica social y cultural. De él depende casi siempre el éxito o fracaso del alumno. De nada valen instalaciones magníficas, edificios modernos y

abundancia de material didáctico, si no está por detrás de todo eso el espíritu del profesor que anima, para dar vida y sentido a lo que sin él sería materia muerta.

El maestro es la energía que arrastra, entusiasmo y contagia, la senda que lleva hacia la realización de los objetivos de la educación. Las relaciones entre docente y alumno son de suma importancia en el proceso educativo. Conviene destacar que las tentativas de buenas relaciones deben partir fundamentalmente del profesor pues este es quien está en condiciones de ponerlas en práctica, no solo por su madurez sino también en virtud de su obligación profesional.

Siendo tan importante el problema de las relaciones entre maestro y alumno, no debería quedar librado al azar, debería depender en gran parte de la preparación didáctico - pedagógica del profesor, dado que es de él de quien debe partir la iniciativa de estas relaciones.

Esta actitud de asistencia, de ayuda y de orientación debe fundarse también en la preparación técnica y no tanto en la aptitud o vocación para ello. Un profesor sin recursos materiales pero convencido de su misión como educador y convenientemente preparado, que otro sin estas condiciones, incluso siendo gran conocedor de su disciplina y disponiendo de todos los recursos materiales imaginables.

Se impone dejar de querer ver al profesor con todas las perfecciones deseables, cual figura acabada que a todo tiene que responder con precisión. Es obligatorio, por el contrario, ver al maestro como criatura humana, imbuida de sus ideas profesionales, pero también sujeto como cualquier otro, a las deficiencias y limitaciones y también a períodos difíciles de su carrera profesional.

Esta manera de ver al maestro debe provenir de la familia, de la dirección de la escuela y de toda la sociedad, con una actitud de comprensión y simpatía humana que tanto necesita. Se debería incluso pensar en un organismo del tipo de orientación educacional, destinado a asistir al maestro, que va a su encuentro,

principalmente en los momentos difíciles, para ayudarlo como criatura humana, y en el desempeño de sus altas e importantes funciones

1.2.2.1 Cualidades del maestro

Pueden ser señaladas como cualidades necesarias para el ejercicio del magisterio: capacidad de adaptación, equilibrio emotivo, capacidad intuitiva, sentido del deber, capacidad de conducción, amor al prójimo, sinceridad, interés científico, humanístico y estético, capacidad de comprensión de lo general, espíritu de justicia, disposición, empatía y mensaje.

1.2.2.2 Funciones del maestro

Las responsabilidades de la docencia tienden a aumentar a medida que la familia va perdiendo las oportunidades de educar a sus hijos y que la vida social se va haciendo más compleja

Otra cuestión de suma importancia para la educación es el comportamiento del maestro con relación al alumno. De la forma de actuar del profesor dependerán las buenas relaciones entre ambos. Es responsabilidad del maestro tratar de comprender a los alumnos. Lo contrario es más difícil sino imposible.

De esta forma mientras que el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, paga pensiones por vejez, con base en el límite de edad y las cotizaciones realizadas al seguro social. El Estado concibe la jubilación como pensión por tiempo de servicio, sin importar la edad, según el decreto 63 – 88 del Congreso de la República (Ley de Clases Pasivas Civiles del Estado) Artículo 5, pensiones por jubilación de la siguiente forma: por retiro voluntario y por retiro obligatorio

1.2.3 Jubilación

Encarta (2001), indica que la jubilación es un momento en la vida de una persona que cesa de trabajar y comienza a percibir una pensión. El cese de la actividad laboral o empresarial puede deberse a la edad o imposibilidad física del trabajador. En la mayoría de los países, la edad de jubilación es de 65 años. Sin embargo en los países más industrializados se tiende cada vez más anticipar la edad de jubilación; esto ha provocado un aumento de las suscripciones de planes de ahorro y de pensiones a nivel privado.

La diferencia principal entre la jubilación y la pensión radica en el ámbito del derecho laboral y no de la seguridad social, la jubilación es una prestación derivada de un contrato colectivo de trabajo, en una negociación sindical con responsabilidad patronal; en cambio la pensión corresponde a un esquema de seguridad social en donde la responsabilidad es a cargo de una institución paraestatal.

En la Legislación nacional las pensiones y jubilaciones están enmarcadas en la Ley del Seguro Social y la Ley de Clases Pasivas Civiles del Estado: la primera reconoce que cubren los ramos de invalidez, vejez y sobre vivencia, la segunda especifica además de las referidas la pensión por jubilación. Vale mencionar que del seguro de retiro se tiene una connotación especial, ya que se deriva del ahorro obligatorio e individual, no es una pensión o jubilación sino un reembolso del ahorro, los cuales se manejan por separado.

La jubilación está perdiendo la clara delimitación frente a las demás fases de la vida (infancia, adolescencia y edad adulta). El hecho de que en numerosos países se desarrollen programas de actividades para la tercera edad, en los que se desempeña un nuevo período de aprendizaje, ha hecho que varios autores hablen de una "segunda infancia", por otro lado la mejor calidad de vida y las mejores expectativas de vida han llevado a algunos autores a distinguir la tercera edad de la "cuarta edad", etapa que hoy hace referencia a aquellas personas con edades muy avanzadas que sufren un mayor deterioro físico y psicológico.

1.2.3.1 Pensiones de jubilación

Pensiones de jubilación, provisión para el pago de cantidades mensuales a las personas mayores. Las primeras pensiones de jubilación que pudieron obtener los trabajadores se dieron en Francia a principios de siglo XIX, en Inglaterra en 1812 y en Alemania en 1873. El sistema público de pensiones se extendió a otros países europeos y a Estados Unidos a comienzos del siglo XX.

Actualmente en Guatemala existen cuatro tipos de sistemas de pensiones. El más importante es el sistema público, que predomina en casi 130 países como parte del sistema de seguridad social, la financiación de este sistema es muy variada por regla general, parte de los beneficios concedidos por el Estado provienen de los impuestos, con cargo a los presupuestos generales, y el resto procede de las cotizaciones a la seguridad social que realizan los empresarios y / o los trabajadores, que pagan una cuota en proporción a su salario.

El segundo tipo de sistema es aquel que está financiado por completo por los empresarios, algunas veces gracias a pequeñas contribuciones de los trabajadores, destinadas a los empleados que han trabajado para el empresario durante un determinado período de tiempo; incluye pensiones financiadas tanto por empresarios privados como por las instituciones públicas.

La mayoría de las grandes compañías tienen este tipo de sistema de pensiones, muchas veces garantizados por los sindicatos gracias a la negociación colectiva u ofertados como un pago adicional, que al no estar sujeto a imposición ninguna, resultan más baratos que si se incrementara el salario de los trabajadores.

El tercer tipo de pensiones deriva de los fondos establecidos por sindicatos, empresas y otras instituciones a favor de sus miembros. Suelen ser fondos cuantiosos y están administrados por un actuario, que decide cuanto se ha de pagar y en qué plazos, y por un experto financiero encargado de garantizar el crecimiento del fondo a largo plazo.

El cuarto sistema es el de pensiones privadas en su totalidad, en el que cada trabajador se encarga de cotizar a un fondo de pensiones privado con el fin de garantizarse una renta mínima cuando alcance la edad de retiro, se puede hablar también de un sistema mixto, en el que se entremezcla el sistema público y el privado.

Las leyes impositivas suelen contemplar desgravaciones fiscales tanto para los pensionistas como para los planes de pensiones.

Los planes de pensiones públicos suelen adoptar dos formulas, por un lado existe el sistema de reparto: todos los trabajadores activos cotizan un porcentaje de su salario al sistema de pensiones, creándose de esta forma un fondo que se reparte entre todos los pensionistas. Por otro lado, existe el denominado sistema de capitalización: todos los trabajadores cotizan un porcentaje de su salario al sistema de pensiones; el fondo creado se va invirtiendo en activos financieros, capitalizándose.

Cuando los trabajadores alcanzan la edad de jubilación se reparte entre ellos la cantidad abonada más los intereses obtenidos a lo largo de los años, hoy día es recurrente la polémica de si la dinámica poblacional está haciendo invariable la continuidad del sistema de reparto, que es el que se halla en vigor, por lo que se plantean dos alternativas: asumir un sistema de capitalización, lo que resultaría muy costoso para los trabajadores en activo, o pasar a un sistema privado, que se considera muy insolidario porque aquellos trabajadores que están en paro no pueden financiarse un plan de pensiones privado.

Con el crecimiento de la esperanza de vida en los países industrializados, el pago de los sistemas de pensiones se hace cada vez más caro, por ello el pensamiento económico moderno tiende a fomentar el cambio desde el sistema de pensiones público hacia una gestión mixta de las pensiones compartida con el sector privado, porque se considera que éste podrá ayudar a administrar el sistema de una forma más eficiente.

Las relaciones económicas internacionales favorecen a los países con presupuestos equilibrados, por lo que todos los gobiernos desean reducir gastos e impuestos, y ello agrava aún más la problemática de los pensionistas, cuyo número, en cambio no deja de crecer. Además los países en vías de desarrollo son demasiado pobres como para poder soportar la carga de un sistema de pensiones público, debiendo dejar a las personas mayores a cargo de sus familiares.

1.2.4 Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS)

Ley Orgánica del IGSS (1946), menciona que en Guatemala, como una consecuencia de la Segunda Guerra Mundial y la difusión de ideas democráticas propagadas por los países aliados, se derrocó al gobierno interino del General Ponce Vaidés quien había tomado el poder después de una dictadura de 14 años por el General Jorge Ubico, y se eligió un Gobierno democrático, bajo la presidencia del Dr. Juan José Arévalo Bermejo.

El Gobierno de Guatemala de aquella época, gestionó la venida al país, de dos técnicos en materia de Seguridad Social. Ellos fueron el Lic. Oscar Barahona Streber (costarricense) y el Actuario Walter Dittel (chileno), quienes hicieron un estudio de las condiciones económicas, geográficas, étnicas y culturales de Guatemala.

El resultado de este estudio lo publicaron en un libro titulado "Bases de la Seguridad Social en Guatemala". Al promulgarse la Constitución de la República de aquel entonces, el pueblo de Guatemala, encontró entre las Garantías Sociales en el Artículo 63, el siguiente texto: "Se establece el seguro social obligatorio".

La Ley regulará sus alcances, extensión y la forma en que debe de ser puesto en vigor. El 30 de Octubre de 1946, el Congreso de la República de Guatemala, emite el Decreto número 295, "La ley orgánica del instituto guatemalteco de seguridad social". Se crea así "Una Institución autónoma, de derecho público de personería jurídica propia y plena capacidad para adquirir derechos y contraer obligaciones, cuya finalidad es aplicar en beneficio del pueblo de Guatemala, un Régimen Nacional, Unitario y Obligatorio de Seguridad Social, de conformidad con el sistema de protección mínima.

Se crea así un Régimen Nacional, Unitario y Obligatorio. Esto significa que debe cubrir todo el territorio de la República, debe ser único para evitar la duplicación de esfuerzos y de cargas tributarias; los patronos y trabajadores de acuerdo con la Ley, deben de estar inscritos como contribuyentes, no pueden evadir esta obligación, pues ello significaría incurrir en la falta de previsión social.

La Constitución Política de la República de Guatemala, (1985), dice en el artículo 100: "Seguridad Social. El Estado reconoce y garantiza el derecho de la seguridad social para beneficio de los habitantes de la Nación".

El IGSS es la institución autónoma de derecho público, con personería jurídica propia, que aplica un régimen nacional, unitario y obligatorio de Seguridad Social, de conformidad con el sistema de protección mínima.

La Ley Orgánica del IGSS señala entre los riesgos de carácter social para los cuales el Régimen de Seguridad Social debe otorgar protección y beneficios, los de invalidez, vejez y supervivencia: Programa I.V.S (Invalidez -Vejez-Supervivencia).

También promueve y vela por la salud, enfermedades y sus consecuencias, protege la maternidad y concede protección y beneficios en el caso de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales

El programa I.V.S. se financia de forma tripartita: los patronos aportan un 3% del total salarial del trabajador, éste contribuye con el 1,5% y el Estado con un 25% del coste de las prestaciones.

La protección del Programa I.V.S. (Invalidez, vejez y supervivencia) consiste en prestaciones dinerarias, mediante el pago de una pensión mensual.

. Vejez.

El asegurado debe cumplir con los siguientes requisitos :

Haber satisfecho al programa un mínimo de 180 contribuciones.

Haber cumplido la edad mínima que le corresponda de acuerdo a las fechas y edades que se establecen de la siguiente manera:

Que cumplan 63 años durante los años 2004 y 2005.

Que cumplan 64 años durante los años 2006 y 2007.

Que cumplan 65 años del año 2008 en adelante.

Haber causado baja en su relación laboral.

Supervivencia. Para tener los sobrevivientes derecho a pensión al fallecer el asegurado es necesario cumplir con los siguientes requisitos:

Que el afiliado haya pagado un mínimo de 36 meses de contribuciones dentro de los seis años inmediatamente anteriores a la muerte.

Que al momento de fallecer el asegurado ya hubiera tenido derecho a pensión por Vejez.

Que al momento de fallecer el asegurado estuviera recibiendo pensión por Invalidez o Vejez.

1.2.5 Anciano

Alvarado (1991), indica que hace mucho tiempo se consideraba a la edad como indicador del tiempo de vida que resta por vivir, los expertos pensaron que la vejez tendría que seguir definiéndose conforme a una edad cronológicamente arbitraria. Para efectos normativos, se usa una definición cronológica que fija la edad de la vejez en los sesenta años.

El envejecimiento es un conjunto de manifestaciones físicas y psíquicas que tienen lugar en el último período de la vida y que forma parte de un proceso caracterizado por el decaimiento de la vitalidad, debido a las modificaciones orgánicas propias de la senectud, lo que puede limitar de forma progresiva la capacidad de adaptación del individuo al medio. Hay una gran arbitrariedad en esta denominación, de hecho, la evolución y la decadencia se dan de manera poco uniforme. Hay que considerar las diferencias individuales.

En cualquier caso la agudeza visual se reduce y la adaptación a los cambios de luz se enlentece, lo que da como resultado un mayor número de accidentes, sobre todo al pasar de una zona iluminada a otra más oscura. La fuerza muscular declina y disminuyen también las habilidades perceptivas, mientras que el tiempo de reacción se hace más lento.

Las cualidades de memoria y aprendizaje de los ancianos sufren el declive propio de la edad, pueden ser mantenidas y recobradas mediante la práctica, la motivación y la instrucción. Es más, en muchas ocasiones la declinación se debe a un error en el empleo de estrategias y no a una falta de capacidad o habilidad, es evidente que deben excluirse aquellas personas que sufren cualquier tipo de deterioro patológico.

En cuanto a la inteligencia, todo lo que sea cristalizado no solamente se mantiene sino que se incrementa con la edad. En cambio las habilidades fluidas dependen mucho más de las capacidades fisiológicas, por lo que tenderán a decrecer a medida que se avanza en el tiempo vital. Los investigadores actuales están

creando test de sabiduría que evalúan rasgos como el conocimiento experto y el criterio adecuado para planificar la propia vida. Las personas mayores que continúan física y mentalmente activas tienen un mejor desempeño que los que se vuelven inactivos.

1.2.6 Vejez o senectud

Período de la vida humana que se ha situado por encima de los setenta años de edad y que se caracteriza por la pérdida de facultades físicas y mentales de forma progresiva esta se extiende desde los setenta y cinco años, hasta el fin de la vida. Se le llama senectud al período de envejecimiento, que habitualmente se extiende desde los sesenta años hasta años setenta y cinco años.

1.2.6.1 Desde el punto de vista psicológico

Aragón (1995), menciona que toda estrategia que tenga en cuenta los factores psicosociales, se considera crítica para salvar la distancia entre los factores psicológicos y los sociales que van desde el sentimiento de considerarse inútil, a la pérdida de posición social, pobreza, soledad, aflicción, dependencia, enfermedad o temor a enfermarse, muerte o temor a la muerte y ruptura con el medio ambiente

1.2.6.2 Desde el punto de vista social

Actualmente en muchos países en desarrollo existen costumbres que entrañan la incorporación de personas de edad avanzada a la vida de la comunidad, esas costumbres se deberían de mantener. En efecto en esos países, la sabiduría se equipara aún a la edad y a menudo se considera a los ancianos como jefes naturales del grupo social.

1.2.7 Fisiología del envejecimiento

Pulido (2002) indica que el ciclo de la vida después del nacimiento comprende el desarrollo del individuo hasta ciertos niveles. Posteriormente viene una declinación que culmina con la muerte. A este período de declinación se le llama envejecimiento. El envejecimiento es la única afección fatal que todos compartimos.

El envejecimiento rechaza definiciones fáciles, por lo menos en términos biológicos. No es el simple paso del tiempo, es la manifestación de acontecimientos biológicos que ocurren durante un lapso de tiempo y las personas se dan cuenta de ello cuando lo experimentan o cuando lo ven, y aún así, el paso del tiempo, no mide el ritmo del envejecimiento.

Virtualmente todos los acontecimientos biológicos, desde la concepción a la madurez, parecen tener un propósito, pero el envejecimiento no parece tenerlo en modo alguno. Quedan las inevitables consecuencias de un envejecimiento sin objetivo alguno, al que sigue la muerte. Por lo que se afirma que la evolución, que ha trabajado sin descanso para crear mejores organismos, necesita del envejecimiento y de la muerte para hacer posible la continuidad y diversidad de la vida sobre la tierra.

El envejecimiento posee importantes connotaciones emocionales y médicas y entraña numerosos interrogantes médicos. Su concepto es variado entre los hombres y la manera de entenderlo ha cambiado a lo largo de la historia. Sobre el envejecimiento existen prejuicios y dilemas médicos y éticos que plantean la posibilidad de manejar el envejecimiento y de retrasar la muerte.

En el corazón mismo del pensamiento humano primitivo, existen leyendas y mitos sobre el envejecimiento y la prolongación de la vida. La literatura y la tradición oral han expresado a menudo ideas sobre la existencia de una época o de un lugar en los que ciertas personas viven eternamente o por largos períodos de tiempo.

La mayoría de gerontólogos, no aceptan una duración máxima de la vida humana que exceda de los 115 años de edad porque no hay marcadores fiables para determinar la edad cronológica de los humanos. La aceptación de las partidas de nacimiento en los casos de personas superlongevas descansa por lo general más en la fe que en pruebas científicamente estandarizadas.

La palabra gerontología es introducida por Élie Metchnikoff en 1903 y significa estudio científico de los procesos de envejecimiento en todos los seres vivos. Pero en cuanto al hombre, incluye también aspectos sociológicos, psicológicos y otros. Hoy en día, el interés en el estudio científico de la biología del envejecimiento es mayor que nunca en la mayoría de los países desarrollados.

En la actualidad, la mayoría de los biogerontólogos, creen que no hay una sola causa del envejecimiento, sino muchas, y que es posible que varios mecanismos operen simultáneamente.

Lo que sí es cierto, es que ninguna otra área de la biología como la gerontología, se ha aplicado en dos debates, que hasta ahora había sido terreno de la filosofía y de la teología. Una de ellas es, si los organismos vivos, en especial los humanos, son potencialmente inmortales o inevitablemente mortales. Y la otra, aún más subjetiva, si envejecer es bueno o malo.

En la actualidad, se ha aceptado la idea de que el envejecimiento es un proceso multifactorial, y se le concede gran importancia a la genética en la regulación del envejecimiento biológico, lo cual queda demostrado entre otros hechos, por la longevidad característica de cada especie animal, en la que la heredabilidad representa aproximadamente el 35% y un 65% los factores ambientales.

Todos los seres humanos mueren y muchos llegan a edad avanzada antes de morir. En ello, los síntomas de la senectud, varían de una persona a la otra, casi tanto como su temperamento, su posición social o las circunstancias de su muerte. En cuanto a ello, hay investigadores que se han interesado en estudiar cómo y porqué

declina el sistema inmunitario en la vejez, causa que con frecuencia facilite la infección y la muerte.

Para comprender el envejecimiento, es necesario distinguir entre el envejecimiento normal y las enfermedades relacionadas con la vejez. No obstante de que algunos hablan de un envejecimiento normal, es un término incorrecto porque implicaría que existe un envejecimiento anormal, y envejecer es simplemente envejecer, independientemente de los cambios que pudieran ocurrir.

Sin embargo, es necesario distinguir entre los cambios, deterioros o déficit respecto a la forma o funcionamiento óptimo y los cambios normales que aparecen con la edad y no son enfermedades y que ocurren por todo el cuerpo a medida que envejece.

Los gerontólogos han pensado a menudo que una buena manera de descubrir porqué envejecemos, sería examinar la vida de los centenarios y de aquéllos que consiguen vivir el máximo de vida humana de unos ciento quince años. Sin embargo, no se ha encontrado ningún factor o conjunto de factores comunes que justifiquen su longevidad extrema.

1.2.8 Teorías del envejecimiento

Whittaker (2000), dice que hoy en día hay probablemente tantas teorías sobre las causas del envejecimiento como biogerontólogos, sin embargo, teorías modernas sobre las causas del envejecimiento tienen sus raíces en ideas antiguas, que es útil tener en cuenta porque han influido en la manera actual de pensar a este respecto. Por ejemplo, Francis Bacon, en el siglo XVI, argumentaba que el envejecimiento podía ser superado si los procesos de reparación que se producen en el hombre y en otros animales, pudieran hacerse perfectos y eternos. Son ejemplo de procesos de reparación, la curación de las heridas, la regeneración de tejidos, y la capacidad que tiene el cuerpo de recuperarse de una enfermedad.

Un concepto aceptado relativo al envejecimiento, es que se encuentra regulado por genes específicos y que el DNA sufre cambios continuos en respuesta a agentes exógenos y a procesos intrínsecos, pero se conserva la estabilidad gracias a la duplicidad de la cadena del DNA y a las enzimas reparadoras específicas. El mayor interés en este momento, está puesto en uno de los ácidos nucleicos: el ácido desoxirribonucleico o ADN, ya que en esta molécula se encuentra la información genética en forma codificada.

Una de las principales virtudes del planteamiento del error es su universalidad y la expectativa es que sigan modificándose sus versiones para que sea capaz de explicar buena parte de los cambios relacionados con la edad, como el porqué el ritmo con que se envejece difiere según las especies.

Un tema relacionado con el envejecimiento celular *invitro* es el hecho de que los telómeros o secuencias repetidas de ADN y proteínas asociadas, presentes en los dos extremos de los cromosomas, se acortan cada vez que una célula se divide y este acortamiento < cuenta > el número de divisiones que ha experimentado una población celular. Los telómeros protegen a los cromosomas, apoyan la transcripción exacta del ADN, y se acortan durante la división celular.

Eventualmente, el telómero es demasiado corto para permitir una nueva mitosis, lo que podría causar el fin de la capacidad mitótica o límite de Hayflick. Por el contrario, hay células inmortales que previenen el acortamiento de los telómeros gracias a la actividad de una enzima, la telomerasa. Se trata de las células cancerosas que son inmortales.

Esta telomerasa se encuentra en casi toda célula cancerosa humana, pero no en las células humanas normales mortales. La capacidad finita para dividirse en cultivo es una característica de todas las células normales. Se las cultive *in vitro* o *in vivo* son mortales mientras que las células cancerosas, son inmortales en ambas circunstancias

Parece que las células anormales inmortales han hallado una forma de impedir el acortamiento de sus telómeros en cada división, confiriéndoles de esta manera inmortalidad. Las células inmortales como ya se ha dicho, producen la enzima llamada telomerasa, que fabrica más telómero.

1.2.9 Fatiga física y causas

Lacroix (1985), indica que los trastornos resultantes del exceso de trabajo constituyen otro temible mal de la vida moderna. Producen el fenómeno tan frecuente que se conoce con el nombre de fatiga. La fatiga no es un síntoma trivial, aislado benigno, es en ella misma una verdadera enfermedad, cuyo estudio revela su complejidad, es la respuesta exterior visible, tangible y por lo tanto mensurable mediante los exámenes biológicos y los que se realizan con instrumentos, del sufrimiento, de tres grandes aparatos orgánicos:

El sistema nervioso central, el cerebro y la médula espinal

El sistema neurovegetativo que comprende especialmente el gran simpático y el parasimpático

El sistema tan complejo de las glándulas endocrinas

Las causas físicas pueden ser: la fatiga física provocada por un oficio extenuante o por los cansadores viajes diarios que deben realizar para ir del domicilio al lugar de trabajo y viceversa; una enfermedad reciente, una gripe al parecer benigna cuyo tratamiento se ha descuidado y durante la cual no se ha tomado descanso alguno; una intervención quirúrgica reciente, después de la cual no se ha tenido un período de reposo ; regímenes alimentarios demasiado severos establecidos por la persona misma, sin consejo médico cuyo propósito es sobre todo en la mujer, adelgazar, la privación prolongada de sal, de pan, de azúcar, de sustancias grasas, la suspensión del desayuno, y todo esto mientras se sigue trabajando.

1.2.9.2 Psíquicas

Pueden ser: el cansancio cerebral debido a la preparación de un examen, de un concurso y la ansiedad resultante de estas situaciones; conflictos morales experimentados en el ejercicio de la profesión; problemas emocionales en la vida familiar o en la vida sentimental íntima. Todas estas causas tienen una importancia considerable.

1.2.9.3 Médicas

Con frecuencia una fatiga al parecer pasajera oculta la evolución solapada de una enfermedad importante. Toda persona fatigada que se presenta al médico para una consulta debe ser examinada con mucha atención. En el caso de una persona afectada de cansancio persistente que dura varias semanas es aconsejable practicar una radiografía de tórax, una rapidez de sedimentación y un recuento de glóbulos rojos.

En esta forma es posible determinar el comienzo de una leucemia o tuberculosis. Las causas más numerosas son las de origen endocrino, debidas al mal funcionamiento de las glándulas de secreción interna; páncreas, tiroides, hipófisis, suprarrenales.

1.2.9.4 Síntomas de las personas fatigadas

En la persona fatigada nunca se encuentra uno o dos síntomas aislados, sino un conjunto de ellos que pertenecen a las tres categorías precedentes y que están íntimamente mezclados,, no importa cuáles sean las causas de la fatiga, ésta se presenta como una entidad bien constituida con cuatro grupos de síntomas:

- Físicos; fatiga que proviene rápidamente, tensión arterial por debajo de lo normal, perturbaciones digestivas vagas, frecuentes dolores de cabeza, adelgazamiento, imposibilidad de realizar un esfuerzo físico, pérdida de apetito.

- Psíquicos; fastidio provocado por el trabajo, irritabilidad, hostilidad hacia los demás manifestada tanto en el trabajo como en la familia.
- Genitales; en el hombre una notable fatiga sexual, es decir impotencia; en la mujer, perturbaciones del ciclo menstrual, en ambos sexos disminución considerable de la apetencia sexual normal.
- Biológicos; estos son revelados mediante análisis de laboratorio y además de estos todos los exámenes técnicos que contribuyan a establecer con claridad las causas y el grado de una fatiga grave

II PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Es erróneo creer que la mayor parte de los maestros jubilados del magisterio primario urbano padezcan depresión, por el contrario la mayoría de personas de edad se sienten satisfechas con su vida, eso es porque termina su labor docente que han venido desempeñando durante muchos años, los hace apropiarse de esas horas que gozan con sus alumnos, quienes a pesar de que les han quitado parte de sus años, son momentos inolvidables que aparentemente parecieran que se vuelven rutinarios, cuando un anciano se deprime se considera erróneamente un aspecto normal de la vejez.

Cuando los maestros optan por jubilarse y dejan su labor docente, no se dedican a otra cosa, se encierran, ya que consideran que van a descansar, en algún momento lo ven como un descanso pero cuando es to también se torna rutinario, se vuelve prisión, nada los satisface, nada les agrada, se empiezan a enfermar (achaques) es por ello que muchos maestros esta situación cambian, se sienten menos importantes, ya que en el caso de las mujeres consideran que no es justo quedarse con todo el que hacer de la casa, son pocos los hombres que buscan otro tipo de actividad.

Con un tratamiento adecuado el maestro jubilado tendría una vida placentera. Las depresiones en los ancianos son cada día más identificadas y tratadas por profesionales de salud mental, ya que ellos detectan mejor los síntomas depresivos que se deben a efectos secundarios de medicamentos que en dado caso el maestro jubilado esté tomando.

Si se analiza cuáles son las expectativas que tiene cada uno de los maestros y maestras al momento de pensar en una jubilación son muchas y en la que menos se piensa es en que se van a quedar en casa, cuando esto sucede es cuando entra una gran lucha contra la depresión.

Se hace necesario pues que cuando los maestros y maestras piensan en jubilación tengan metas bien definidas, ya que en muchos casos se observa que en todos aquellos que se jubilan y no sufren depresión es porque al obtener la misma, inmediatamente ponen a funcionar el proyecto que había en mente; pero otros que le temen a la jubilación porque creen que se van a deprimir al igual que otros compañeros son los que prefieren permanecer en el centro educativo; aunque se sientan cansados, pero es tanto el temor a la depresión, que prefieren quedarse en su escuela aunque ellos mismos sepan que ya no es oportuno.

Como es natural realmente deberían existir en cada uno de los departamentos de la República Centros de acopio donde los jubilados que no pretenden seguir trabajando en otras actividades diferentes al magisterio, tuvieran un lugar donde pasar momentos gratos y agradables, donde aún se sientan útiles. El gobierno y algunas instituciones si lo tienen, tal es el caso de la Asociación del Adulto Mayor, organizada por la Secretaría de Obras Benéficas de la Esposa del Presidente (SOSEP) que funciona actualmente en el municipio de La Esperanza Quetzaltenango; y se ha observado que a muchos adultos mayores les ha gustado ser parte del aprendizaje, y trabajar en nuevas actividades y ya no a la docencia.

Es importante hacer un análisis real del porque los maestros y maestras le temen a la jubilación y que es lo que provoca en ellos, y es por ello que surge la siguiente interrogante ¿Porque la mayoría de maestros que optan por la jubilación sufren depresión en algún grado de intensidad?

2.1 Objetivos

2.1.1 Generales

- Verificar si la depresión es un factor incidente en la jubilación de los maestros de educación primaria urbana.
- Establecer el grado de depresión que padecen hombres y mujeres en el magisterio al jubilarse.

2.1.2 Específicos

- Determinar si todos los maestros jubilados padecen depresión
- Presentar alternativas de solución para evitar la depresión en maestros jubilados.
- Proponer estrategias que permitan mejorar la calidad de vida de los mismos.

2.2 Hipótesis

H1. La jubilación es causa de la depresión, en los maestros y maestras retirados de educación primaria urbana.

H0. La jubilación no es causa de la depresión en los maestros y maestras retirados de educación primaria urbana.

2.3 Variables de Estudio

- Depresión
- Maestros jubilados

2.4 Definición de variables

2.4.1 Definición conceptual

- Depresión

Sarason y Sarason (2000), indica que la depresión es un trastorno del humor caracterizado por una alteración significativa del estado de ánimo primordialmente compuesta de tristeza y ansiedad que suele asociarse a síntomas físicos: cansancio pérdida del apetito, insomnio, disminución del deseo sexual y una reducción significativa de la actividad social. Constituye junto con los trastornos de angustia, la disfunción mental más frecuente en la población en general.

- Maestros jubilados

Noriega (1998), el maestro jubilado es aquella persona que desempeñó un papel importante en la formación de niños, pues ellos se encuentran en desarrollo físico y mental, estos requieren comprensión, simpatía y justicia, los grandes pedagogos notables son los que día a día luego de treinta años de labor se ha retirado del gis, del borrador, del libro de texto y de la planeación didáctica a descansar y a recordar que gracias a su esfuerzo han contribuido a que un niño aprenda a leer y escribir y a que un hombre tenga una profesión digna.

2.4.2 Definición operacional

Las variables de la investigación se operacionalizarán mediante el test IDB Inventario de Depresión de Beck. Esta prueba está destinada a evaluar el nivel de depresión en las personas adultas.

2.5 Alcances

La realización de este estudio permitió conocer la forma de vida de las personas involucradas en la investigación, son personas de la tercera edad, jubilados y sobre las cuales no se había realizado una investigación, cada persona es un mundo y ellos cuentan con mucha experiencia; y al mismo tiempo son personas que necesitan de atención y no quieren quedarse en el olvido. El principal alcance de esta investigación fue brindar tiempo para escucharlos, comprenderlos y hacerles compañía un momento; Otro alcance es que se sintió el agradecimiento de parte de los maestros en hacer un estudio sobre ellos, y se sintieron valorados nuevamente.

2.6 Límites

Uno de los principales límites que se encontraron al realizar este estudio fue la aplicación de la prueba psicométrica, ya que fue realizada en forma individual y en cada una de las casas de los participantes.

2.7 Aporte

La importancia de esta investigación es establecer si al jubilarse los maestros de educación primaria urbana sufren depresión y en que grado les afecta, con la finalidad de proponer estrategias que puedan ser utilizadas por los maestros o por la Asociación de Jubilados del Magisterio en la ciudad de Quetzaltenango, para que puedan gozar de un control emocional, evitando que caigan en estados de depresión o situaciones poco constructivas en su vida y que no se conviertan en un problema para las familias y para la sociedad en general. Y de esta forma contribuir al fortalecimiento de una sociedad más humana y consciente de los cambios que se sufren a lo largo de la vida.

Este estudio también puede ser de utilidad a otros profesionales de la psicología y puede utilizarse como una guía al momento de tratar a personas con depresión no importando que clase o que nivel sea ya que esta es un trastorno de personalidad que sufren varias personas.

III MÉTODO

3.1 Sujetos

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, que en alguna ocasión pueden sufrir depresión, los mismos asisten con regularidad a las actividades planeadas en la Asociación del Adulto Mayor de Quetzaltenango, 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.

3.2 Instrumento

Test Psicométrico IDB Inventario de Depresión de Beck, utilizado con personas mayores de 18 años para evaluar el nivel de depresión.

Autores:

A. T. Beck, C. H. Ward, M. Mendelson, J. Mock y J. Erbaugh.

Medición clínica de síntomas de depresión. Proporciona el siguiente diagnóstico de depresión: Ausente o mínimo, leve, moderada y grave.

Ámbito de aplicación: Clínica

Número total de ítems: 21 (Elección múltiple)

Escalas/factores:

- Tristeza
- Pesimismo
- Sentimiento de fracaso.
- Insatisfacción.

- . Culpabilidad.
- . Expectativa de daño.
- . Aversión hacia uno mismo.
- . Auto acusación.
- . Ideas de suicidio.
- . Episodios de llanto.
- . Irritabilidad.
- . Aislamiento social.
- . Indecisión.
- . Cambios en la imagen corporal.
- . Entretardamiento (retraso para trabajar).
- . Insomnio.
- . Fatiga
- . Pérdida de apetito.
- . Pérdida de peso.
- . Preocupación somática.
- . Pérdida de la libido.

Forma de aplicación: Individual y Colectiva

Tiempo: 10 minutos

Evaluación: Manual

3.3 Procedimiento

El trabajo se realizó de la siguiente manera:

- Selección del Tema
- Elaboración de Planteamiento del Problema
- Diseño de marco teórico a través de la investigación bibliográfica
- Presentación al consejo de Unidad Académica para aprobación
- Selección de la muestra de manera aleatoria
- Administración de las pruebas a los maestros jubilados asociados en Quetzaltenango
- Tabulación de los datos
- Efectuar el proceso estadístico y la interpretación
- Realización de la discusión de resultados
- Verificación de los objetivos
- Elaboración de la propuesta de acuerdo a los resultados
- Ejecución de conclusiones y recomendaciones
- Realización del informe final

3.4 Diseño

Achaerandio (2001), indica que el diseño descriptivo estudia, interpreta y refiere los fenómenos que aparecen, es decir lo que se refiere a relaciones correlacionales, estructuras, variables independientes y dependientes. Abarca todo tipo de recogida científica de datos.

Es típico de las ciencias sociales examinar sistemáticamente la conducta personal y social en condiciones naturales y en los distintos ámbitos como: familia, comunidad, sistema educativo formal, trabajo y más. Busca la resolución de un problema o alcanza una meta del conocimiento.

También se utilizó el método de proporciones para verificar el porcentaje de los resultados obtenidos

3.5 Metodología Estadística

Oliva (1998), explica los pasos para determinar la significación y fiabilidad de la Media Aritmética simple de la siguiente manera

Significación de la media aritmética simple

1. Nivel de confianza

N C = 99 % entonces $Z = 2.58$

2. Hallar el error típico de la media aritmética simple

$$\sigma_{\bar{X}} = \frac{\sigma}{\sqrt{N - 1}}$$

3. Hallar Razón Crítica

$$R_c = \frac{\bar{X}}{\sigma_{\bar{X}}}$$

4. Comparar Razón Crítica con nivel de confianza

$$R_c = > Z$$

Fiabilidad de la Media Aritmética Simple

1 Nivel de Confianza

N C = 99 % entonces $Z = 2.58$

2 Hallar el error típico de la media aritmética simple

$$\sigma_{\bar{x}} = \frac{\sigma}{\sqrt{N - 1}}$$

3 Calcular el Error Muestral Máximo

$$E = Z * \sigma_{\bar{x}}$$

4 Calcular el Intervalo Confidencial

$$IC = \bar{x} \pm E$$

Fiabilidad de proporciones

1 Nivel de confianza

N C = 99 % entonces $Z = 2.58$

2 Hallar el error típico de la proporción

$$\sigma_p = \frac{\sqrt{p \cdot q}}{N}$$

3 Hallar error muestral máximo

$$E = Z * \sigma_p$$

4 Hallar el intervalo confidencial

$$IC = p \pm E$$

Significación de proporciones

1 Nivel de confianza

$$N C = 99 \% \text{ entonces } Z = 2.58$$

2 Hallar el error típico de la proporción

$$\sigma_p = \frac{\sqrt{p \cdot q}}{N}$$

3 Hallar la Razón Crítica

$$Rc = \frac{p}{\sigma_p}$$

4 Comparar Razón Crítica con el Nivel de Confianza

$$Rc < Z$$

IV RESULTADOS

En el cuadro siguiente se presentan los resultados obtenidos en el trabajo de campo, para éste se aplicó el test Inventario de depresión de Beck, elaborado con la finalidad de proporcionar el diagnóstico de depresión ya que ésta puede ser ausente o mínima, leve, moderada o grave.

El test fue aplicado a hombres y mujeres jubilados del magisterio nacional, tomándose como muestra real y representativa a un total de 50 maestros, con el fin de indagar cuales son los aspectos de la vida diaria que provocan altos índices de depresión en las personas de la tercera edad especialmente.

Fiabilidad y Significación de la Media Aritmética

En esta tabla se expresa el número de personas, la media aritmética, el error típico de la media, la desviación típica y la razón crítica.

Tabla # 3

Test	N	\bar{X}	σ_x	Rc	E	+	-	Significativo	Fiabile
IDB	50	33	3	11	8	41	23	Si	Si

Ref. Tabla #1 (trabajo de campo)

Fiabilidad y Significación de Proporciones

Tabla # 4

No.	Items	f	%	p	Q	σp	E	+	-	Rc	significativo	fiabile
1	0	16	32	.32	.68	.06	.15	.47	.17	5.34	Si	Si
	1	7	14	.14	.86	.04	.10	.29	.04	3.5	Si	Si
	2	13	26	.26	.74	.06	.15	.41	.11	4.34	Si	Si
	3	14	28	.28	.72	.06	.15	.45	.13	4.67	Si	Si
2	0	18	36	.36	.64	.06	.15	.51	.21	6	Si	Si
	1	2	4	.04	.96	.03	.07	.11	.03	1.4	No	No
	2	15	30	.30	.70	.06	.15	.45	.15	5	Si	Si
	3	15	30	.30	.70	.06	.15	.45	.15	5	Si	Si
3	0	20	40	.40	.60	.07	.18	.58	.22	5.72	Si	Si
	1	6	12	.12	.88	.04	.10	.22	.02	3	Si	Si
	2	12	24	.24	.76	.06	.15	.39	.09	4	Si	Si

	3	12	24	.24	.76	.06	.15	.39	.09	4	Si	Si
4	0	10	20	.20	.80	.06	.15	.35	.05	3.34	Si	Si
	1	9	18	.18	.82	.05	.12	0.3	.06	3.6	Si	Si
	2	16	32	.32	.68	.02	.05	.37	.27	16	Si	Si
	3	15	30	.30	.70	.06	.15	.45	.15	5	Si	Si
5	0	19	38	.38	.62	.07	.18	.56	.02	5.43	Si	Si
	1	13	26	.26	.74	.06	.15	.41	.11	4.34	Si	Si
	2	5	6	.06	.94	.03	.10	.16	.04	2	No	No
	3	13	26	.26	.74	.06	.15	.41	.11	4.34	Si	Si
6	0	22	44	.44	.56	.07	.18	.62	.26	6.28	Si	Si
	1	4	8	.08	.92	.04	.10	.18	.02	2	No	No
	2	11	22	.22	.78	.06	.15	.37	.07	3.67	Si	Si
	3	13	26	.26	.74	.06	.15	.41	.11	4.34	Si	Si
7	0	21	42	.42	.58	.07	.18	0.6	.24	6	Si	Si
	1	11	22	.22	.78	.06	.15	.37	.11	3.67	Si	Si
	2	8	16	.16	.84	.05	.12	.28	0.4	3.2	Si	Si
	3	6	12	.12	.88	.05	.12	.24	0	2.4	No	No
8	0	16	32	.32	.68	.06	.15	.47	.17	5.34	Si	Si
	1	16	32	.32	.68	.06	.15	.47	.17	5.34	Si	Si
	2	13	26	.26	.74	.06	.15	.41	.11	4.34	Si	Si
	3	5	10	.10	.90	.04	.10	0.2	0	2.5	No	No
9	0	29	58	.58	.42	.07	.18	.76	0.4	8.28	Si	Si
	1	10	20	.20	.80	.06	.15	.35	.05	3.34	Si	Si
	2	2	4	.04	.96	.03	.10	.14	.06	1.34	No	No
	3	9	18	.18	.82	.05	.05	0.3	.06	3.6	Si	Si
10	0	16	32	.32	.68	.06	.15	.47	.17	5.34	Si	Si
	1	7	14	.14	.86	.05	.12	.26	.09	2.8	Si	Si
	2	13	26	.26	.74	.06	.15	.41	.11	4.34	Si	Si
	3	14	28	.28	.72	.06	.15	.43	.13	4.67	Si	Si
11	0	17	34	.34	.66	.07	.18	.52	.16	4.85	Si	Si
	1	6	12	.12	.88	.05	.12	.24	0	2.4	No	No
	2	8	16	.16	.84	.05	.12	.28	.04	3.2	Si	Si
	3	19	38	.38	.62	.06	.12	.53	.23	6.34	Si	Si
12	0	17	34	.34	.66	.07	.18	.52	.16	4.85	Si	Si
	1	7	14	.14	.86	.05	.12	.26	.02	2.8	Si	Si
	2	7	14	.14	.86	.05	.12	.26	.02	2.8	Si	Si
	3	19	38	.38	.62	.06	.12	.53	.23	6.53	Si	Si
13	0	19	38	.38	.62	.06	.15	.53	.23	6.33	Si	Si
	1	12	24	.24	.76	.06	.15	.39	.09	4	Si	Si
	2	10	20	.20	.80	.05	.15	.32	.08	4	Si	Si
	3	9	18	.18	.82	.05	.12	0.3	.06	3.6	Si	Si
14	0	18	36	.36	.68	.06	.15	.51	.21	6	Si	Si
	1	8	16	.16	.84	.05	.15	.28	.04	5.2	Si	Si
		15	30	.30	.70	.06	.12	.45	.15	5	Si	Si

	2 3	9	18	.18	.82	.05	.15 .12	0.3	.06	3.6	Si	Si
15	0	5	10	.10	.90	.04	.10	0.2	0	2.5	No	No
	1	19	38	.38	.62	.06	.15	.53	.23	6.33	Si	Si
	2	6	12	.12	.88	.04	.15	.22	.02	3	Si	Si
	3	20	40	.40	.60	.06	.10 .15	.55	.25	6.67	Si	Si
16	0	7	14	.14	.86	.05	.12	.26	.02	2.8	No	No
	1a	9	18	.18	.82	.05	.12	0.3	.06	3.6	Si	Si
	1b	6	12	.12	.88	.04	.12	.22	.02	3	Si	Si
	2a	2	4	.04	.96	.03	.10	.11	0.3	1.33	No	No
	2b	5	10	.10	.90	.04	.07	.20	0	2.5	No	No
	3a	5	10	.10	.90	.04	.10	.20	0	2.5	No	No
	3b	16	32	.32	.68	.06	.10 .15	.47	.17	2.33	Si	Si
17	0	20	40	.40	.60	.07	.18	.58	.22	5.71	Si	Si
	1	3	6	.06	.94	.03	.18	.13	.01	2	No	No
	2	7	14	.14	.86	.05	.07	.26	.02	2.8	No	No
	3	20	40	.40	.60	.07	.12 .18	.58	.28	5.71	Si	Si
18	0	14	28	.28	.72	.06	.15	.43	.13	4.66	Si	Si
	1a	5	10	.10	.90	.04	.15	.20	0	.25	No	No
	1b	3	6	.06	.94	.03	.10	.13	.01	2	No	No
	2a	8	16	.16	.34	.05	.07	.28	.04	3.2	Si	Si
	2b	0	0	0	0	0	.12	0	0	0	0	0
	3a	10	20	.20	.80	.05	0	.32	.08	4	Si	Si
	3b	10	20	.20	.80	.05	.12 .12	.32	.08	4	Si	Si
19	0	9	18	.18	.82	.05	.12	.03	.06	3.6	Si	Si
	1	16	32	.32	.68	.06	.12	.47	.17	5.33	Si	Si
	2	13	26	.26	.74	.06	.15	.41	.11	4.33	Si	Si
	3	12	24	.24	.76	.06	.15 .15	.39	.09	4	Si	Si
20	0	4	8	.08	.92	.03	.07	.15	.01	2.66	Si	Si
	1	17	34	.34	.66	.06	.07	.49	.17	5.66	Si	Si
	2	9	18	.18	.82	.05	.15	0.3	.06	3.6	Si	Si
	3	20	40	.40	.60	.07	.12 .18	.58	.22	5.71	Si	Si
21	0	8	16	.16	.84	.05	.12	.28	.04	3.2	Si	Si
	1	9	18	.18	.82	.05	.12	0.3	.06	3.6	Si	Si
	2	6	12	.12	.88	.05	.12	.24	0	2.4	No	No
	3	27	54	.54	.46	.07	.12 .18	.72	.36	3	Si	Si

Ref. Test IDB

V DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Cuando una persona comienza a mostrar tendencias depresivas es necesario que los amigos y familiares estén dispuestos a ayudarlo a sobrellevar el problema. La tercera edad puede llegar a ser una etapa no deseada de la vida humana, cuyas características biológicas son entre otras arrugas, debilidad, y fatiga corporal, sin embargo el problema de la vejez no es estrictamente biológico sino que posee así mismo muchas raíces sociales y culturales.

En el marco de este nuevo sistema socioeconómico, a los ancianos se les asigna un papel marginal y hasta se los cataloga con cierta frecuencia de inútiles al ya no ser productivos, consecuencia de todo ello es que la vejez que es un estado natural de la persona queda identificada con el retiro o la jubilación que es una inversión social es por ello que la mayoría de maestros encuestados sufre de depresión, así lo indica el resultado de las pruebas psicométricas administradas.

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.

La media aritmética dio un resultado de 33 la cual se encuentra dentro del rango optimo a sufrir depresión, siendo este un término medio en donde los adultos mayores pueden ser ayudados a superar la misma, o pueden con un factor estresante desencadenar un episodio depresivo mayor.

La tristeza es uno de los primeros síntomas de este trastorno, el 32% indica no sentirse triste pues están inmersos en otras ocupaciones o han buscado otro empleo, el 14% indica sentir con frecuencia tristeza, varios de los maestros encuestados dicen que les hace falta ir a las escuelas a instruir a los alumnos y cambiar de ambiente o de actividades y compartir con sus excompañeros de trabajo; el 26% indica estar siempre triste, ya que como coincidencia en la mayoría de los casos se encuentran

solos, sus hijos han formado sus propios hogares y en otros casos son personas viudas, el 28 % de la población estudiada dice estar tan triste o tan desdichada que no lo soportan, esto se debe al ambiente en el que se encuentran o desenvuelven, el permanecer en casa y no tener la misma actividad que es la de ejercer la docencia, provoca sentimientos de tristeza y poca utilidad.

El pesimismo es propio de la depresión pues es la propensión a apreciar el lado negativo de las cosas y juzgarlas en su aspecto menos favorable, según el estudio el 36% de las personas indicó no desanimarse ante el futuro pues están en constante actividad, ser maestro solo fue la primera etapa de la vida profesional, han buscado otro empleo o actividad en la que también se han sabido desenvolver y han sido de utilidad para la sociedad. El 4% se siente desanimado ante el porvenir, creen que la misión terminó y no van a volver a ser útiles, poniendo como pretexto la edad para desempeñar cualquier otro trabajo o actividad que sea para el propio beneficio. El 30% no espera nada del futuro; pues dicen que ya fueron suficientes los 30 largos años que laboraron y que no son capaces de volver a trabajar, el 30% siente que el futuro no tiene esperanza y que solo puede empeorar pues ya no quieren hacer nada, ya no sienten el mismo placer en las cosas en este caso enseñar a los niños, la paciencia y la habilidad física han desaparecido y sobre todo el ánimo de servir a los demás.

El tercer síntoma de la depresión son los fracasos del pasado, el 40% siente no haber fracasado pues tuvieron la oportunidad de enseñar y formar a otros seres humanos, fue una gran responsabilidad que les dio la vida y la cumplieron al haber formado hombres y mujeres de bien; el 12% indica haber tenido fracasos, más de lo normal, es común que las personas mayores sientan que han fracasado en su vida, que dejaron de hacer varias cosas que podrían haber sido de beneficio para ellos y para las personas a su alrededor; el 24% al pensar en el pasado descubren un gran número de fracasos y creen no tener más tiempo para enmendarlos dicen que la vida les está cobrando lo "malo" que hicieron pero no se ponen a pensar en todo lo bueno que hicieron por muchas personas, los alumnos y por ellos mismos, y el 24% sienten que han fracasado completamente en la vida,

creen que al no seguir laborando en la docencia todo fue un fracaso y que hubiera sido mejor no ser maestro para no estar pasando por este problema.

Casi siempre hay pérdida de interés y de capacidad para el placer en mayor o menor medida, las personas pueden referir el sentimiento de estar menos interesados en las aficiones de que han perdido el interés o de haber dejado de disfrutar con actividades que antes consideraban placenteras. Frecuentemente los familiares notan el aislamiento social o el abandono de aficiones (por ejemplo el fútbol), en algunas personas hay una reducción significativa de los niveles previos de interés o de deseo sexual. La sensación de goce al efectuar o desarrollar una actividad satisfactoria para el individuo se llama placer y cuando esta se pierde puede alterar la personalidad humana, así lo indica el estudio pues el 20% experimenta siempre el mismo placer ante las cosas que le agradan, ya que han seguido instruyendo de forma particular a algunos alumnos y han estado inmersos en la lectura, esto les permite distraerse y ocupar el tiempo que ahora tienen libre.

El 18% no experimenta el mismo placer en las cosas, pues ya no le encuentran el mismo sentido, creen que al ya no ir a laborar ya no tienen por que leer o prepararse, y esto les provoca insatisfacción; el 32% indica sentir muy poco placer en las cosas que le agradaban antes, la edad, las condiciones físicas y la falta de actividades hacen que las personas cambien su actitud hacia la vida, han perdido el interés y el placer en las cosas que antes eran de completo agrado, y el 30% no siente ningún placer en las cosas que le agradaban habitualmente, la edad, no les permite trabajar de la misma manera; a ella se adhieren varias enfermedades físicas que no dejan a los individuos experimentar placer en las cosas.

La culpa es un estado afectivo consecutivo a un acto que el sujeto considera reprehensible. La razón invocada puede ser más o menos adecuada o también un sentimiento difuso de indignidad personal relacionado con estados depresivos en los que el sujeto presenta ideaciones pesimistas que tienden a la autoinculpación del propio individuo por su sensación de desesperanza y el trabajo de campo indica que el 38% no se siente especialmente culpable pues han tratado de tener

una vida y una jubilación tranquila que les permita sentirse en paz con ellos mismos, el 26% dice sentirse culpable por bastantes cosas que han hecho o han dejado de hacer, el 10% se siente culpable la mayor parte del tiempo y el 26% se siente culpable siempre, creen y sienten que han hecho cosas que no le han agradado a la mayor parte de personas con las que se relacionan y por supuesto a ellas mismas.

Varios de los maestros encuestados que tiene cierto nivel de depresión indican que sienten que podrían ser castigados por algo o por alguien, pero no saben expresar cual es realmente ese sentimiento, no saben por que se les castigaría solo saben que van a ser castigados. El sentimiento de punición es común en las personas que padecen depresión pues en el estudio realizado el 44% indica no tener sentimientos de ser castigado, el 8% siente que podría ser castigado, el 22% está a la expectativa de ser castigado y el 26% indica sentirse siempre castigado, sienten que durante toda la vida han realizado malas acciones y creen que es tiempo de recibir el castigo de las mismas faltas aunque no sea así.

Los sentimientos negativos de si mismo, suelen aparecer en esta etapa de la vida y como síntoma de depresión aunque un 42% indica que los sentimientos hacia si mismo no han cambiado, el 22% ha perdido la confianza en si mismo porque su energía y su vitalidad no es la misma, el 16% indica estar harto de si mismo, el cambio en su sentido del humor es grande y esto repercute en su autoestima ya que el 20% dice no amarse así mismo de ninguna manera. El tipo de vida que está llevando la mayoría de los encuestados permite estos porcentajes pues algunos viven solos, no tienen a nadie para poder mostrar su amor y cariño, esto repercute en ellos mismos pues han llegado a tan grado de no quererse y tienen una autoestima muy baja, otro aspecto a tomar en cuenta es la salud física, pues padecen enfermedades que no permiten tener el mismo tipo de vida social o familiar que los haga ser como lo eran antes.

Otro factor influyente en cuanto a la depresión es la actitud crítica hacia si mismo ya que la edad y la jubilación provocan reproches o culpas en estas personas de

la siguiente manera: el 32% no se censura ni se critica más de lo normal, el 32% es más crítico hacia sí mismo de lo que era antes, el 26% se reprocha siempre por sus defectos y el 10% se culpa por todos los males que vienen.

En los casos de episodio depresivo mayor pueden aparecer pensamientos recurrentes de muerte (no solo temor a la muerte), ideación suicida recurrente sin un plan específico o una tentativa de suicidio o un plan específico para suicidarse; las personas en estado de edad avanzada con depresión sufren este riesgo, la vida es un regalo de Dios y solo él tiene el derecho de quitarla. Con respecto a los pensamientos o deseos de suicidio el 58% de los maestros encuestados indica que no piensa de ninguna manera suicidarse; el 20% tiene pensamientos de suicidio pero no lo haría, indican que sus creencias religiosas no se lo permitirían, al 4% le agradaría suicidarse, pues el tipo de vida que están llevando no les causa ningún placer y creen que sería bueno dejar de existir, y con esto resolver todos sus problemas y sobre todo dejarían de sufrir. y el 18% indica que si tuviera la oportunidad se suicidaría,. Es muy alto el grado de depresión que presenta este porcentaje de maestros, influye también el medio en el que se desenvuelven y que no cuentan con apoyo de familiares o amigos. pues se dice que la depresión no mata pero se matan por la depresión

Un dato relevante es que el 32% de los maestros encuestados dicen no llorar más de lo habitual, el 14% llora más que antes, el 26% llora por la menor cosa y el 28% desearía llorar más de lo que son capaces, este aspecto es una reacción emocional característica de la depresión y es acompañada de lamentos y sollozos. El llanto no siempre se asocia a un episodio de tristeza, de hecho en los trastornos depresivos graves puede aparecer la imposibilidad de producir el llanto.

La inquietud es un estado de hiperactividad motora de intensidad moderada, en su matiz más extremo se convierte en agitación psicomotora. El 24% de los maestros entrevistados no se inquietan o están tensos más que de costumbre, pues sus hábitos y costumbres siguen siendo las mismas de antes, no han variado mucho su estilo de vida y esto les permite estar tranquilos y no se inquietan, el 12% se siente

inquieto o más tenso que de costumbre, la falta de trabajo o el contacto social no les permite estar tranquilos así que se agitan y se ponen tensos al buscar otro tipo de actividad para distraerse. El 16% está tan inquieto o tenso todo el tiempo que no pueden estar tranquilos, necesitan estar en constante movimiento, hacen cualquier cosa para pasar los días ocupados y no ponerse a pensar en su pasado, creen que el pasado fue mejor que el presente; y el 38% está tan inquieto o tenso que continuamente tienen que moverse a hacer cualquier cosa, o buscar otro tipo de actividad que les permita sentirse útiles y les de placer.

La pérdida de interés es otro síntoma de la depresión, el 34% dice que no ha perdido el interés por la gente o por las actividades, el 14% se interesa menos que antes por las gente y por las cosas, el 14% no se interesa casi nunca por la gente y las cosas, y el 38% tiene el defecto de no interesarse por nadie ni nada, este porcentaje es el más alto pues los maestros encuestados actualmente sufren alguna enfermedad física que les impide salir a la calle o tener una vida social como la tenían antes y es por ello que no se pueden interesar por las cosas o por las personas.

La edad y el estado físico de los maestros encuestados son factores influyentes en la toma de decisiones el 38% dice que sigue tomando decisiones igual que antes, a un 24% le es muy difícil tomar decisiones como antes, el 20% se encuentra peor que antes para tomar decisiones y el 18% indica que les es imposible tomar cualquier decisión.

Cuando una persona empieza a sentirse menos valiosa que las demás, es otro síntoma de depresión, lo que se comprueba en el estudio, cuando un 36% piensa que son personas valiosas que han sabido utilizar sus conocimientos para bienestar de los demás y en todos los aspectos de su vida; el 16% creen no ser ya tan valiosos y útiles como antes, por motivos de enfermedad el 30% se siente menos valioso que los demás y el 18% cree que no vale absolutamente nada, esto se debe a que por causas distintas a la jubilación no pueden servir como quisieran a su comunidad y esto los hace sentirse menos valiosos que los demás.

Sin duda alguna la pérdida de energía es otro síntoma depresivo, la edad, las condiciones de vida y algunas enfermedades degenerativas impiden que la calidad de energía sea la misma de antes; el 10% tiene la misma energía de siempre, el 38% tiene menos energía que antes, el 12% no tiene suficiente energía para hacer gran cosa y el 40% no tiene energía para hacer cualquier cosa.

El estado de reposo físico que se caracteriza por la sucesión rítmica de una serie de cambios metabólicos necesarios para el buen funcionamiento del ser humano durante el día es el sueño, pero cuando surgen cambios en él puede decirse que se sufre de algún tipo de depresión y el estudio realizado dio los siguientes resultados, el 14% no ha variado sus hábitos de sueño, el 18% duerme un poco más que antes, el 12% duerme un poco menos que antes, un 4% duerme mucho más que antes, el 10% duerme mucho menos que antes, el 10% duerme casi todo el día y el 32% se despierta una o dos horas antes y son incapaces de volverse a dormir.

La irritabilidad se encuentra presente en numerosos procesos psicopatológicos que se distingue por una reacción exagerada a las influencias o estímulos externos y esta es uno de los síntomas de la depresión, el 40% no se irrita más de lo normal, han tratado de llevar una vida tranquila, el 6% está más irritado que lo normal, el cambio de labores cotidianas hacen que las personas se irriten o no sepan que tienen que hacer, pues estaban acostumbrados a un ritmo de vida más acelerado y ahora tienen más tiempo libre y al no saber cómo utilizarlo se irritan, el 14% está mucho más irritado que lo normal y el 40% está constantemente irritado. La paciencia y la tolerancia han desaparecido en estos maestros, no se sienten capaces de volver a ser pacientes y el carácter también ha sufrido cambios a lo largo de la vida, esto provoca niveles muy altos de irritabilidad.

Un factor importante que indica principios de depresión es el cambio en el apetito de las personas que la padecen, un 28% de los encuestados dice que su apetito no ha cambiado, el 10% tiene algo menos de apetito que antes, el 6% tiene algo más de apetito que antes, un 16% tiene mucho menos de apetito que antes, el 20% no

tiene nada de apetito y al 20% constantemente se le antoja comer. Normalmente el apetito disminuye y muchos sujetos tienen que esforzarse por comer, otros pueden tener más apetito, con apetencia por ciertas comidas (dulces u otros hidratos de carbono), cuando las alteraciones del apetito son graves puede haber una pérdida o ganancia significativa de peso.

La dificultad de concentración es un aspecto que se va dando en las personas de la tercera edad y también es un síntoma de la depresión, el 18% siempre puede concentrarse tan bien como antes, el 32% no puede concentrarse como antes, el 26% no se puede concentrar en cualquier cosa por mucho tiempo y el 24% es incapaz de concentrarse en nada. Muchos sujetos refieren una capacidad disminuida para pensar concentrarse o tomar decisiones, pueden dar la impresión de distraerse con facilidad o quejarse de falta de memoria, entre las personas de la tercera edad que sufren depresión la queja principal puede ser la falta de memoria, que puede ser tomada erróneamente como un signo de demencia, cuando estos casos son tratados con éxito suelen desaparecer los problemas de memoria.

El exceso de trabajo durante toda la vida produce el fenómeno de la fatiga que unido a la edad y condiciones físicas se vuelve un síntoma más del trastorno depresivo, el estudio de campo dio los siguientes resultados, un 8% no se encuentra más fatigado que antes, el 34% se cansa más fácilmente que antes, un 18% está demasiado cansado para hacer muchas cosas que hacía antes y el 40% está muy cansado para hacer casi todas las cosas que hacía antes.

La pérdida de interés por el sexo es otro síntoma de la depresión, y la edad, y la falta de salud son algunos de los factores que contribuyen a que se pierda el interés por el mismo, un 16% no ha notado cambios recientes en su interés por el sexo, a un 18% el sexo les interesa un poco menos que antes, el 12% indica que el sexo le interesa mucho menos que antes y el 54% perdió todo el interés por el sexo.

Estos resultados son importantes posiblemente el adulto mayor no presente un elevado episodio depresivo, pero si está siendo víctima de estresantes, los cuales en

un momento dado pueden agravarse, y desarrollar otros problemas por lo que deben ser tratados profesionalmente. Los resultados pueden observarse en las tablas 2 y 4 de esta investigación.

Los objetivos planteados al inicio de esta investigación se cumplieron pues si se deprimen los maestros cuando optan por la jubilación, los niveles de depresión son más altos en las mujeres, y se proponen alternativas y estrategias que permitan mejorar la calidad de vida de los maestros de educación primaria urbana jubilados de Quetzaltenango.

VI PROPUESTA

Programa Psicoterapeutico Ocupacional Para Vencer La Depresión

Proyectando La Cultura De Quetzaltenango

6.1 Introducción

Se tiene una concepción errónea de que la depresión es un aspecto normal de la vejez, lo frecuente es que las personas mayores se sientan satisfechas con sus logros personales tanto familiares como laborales.

La aparición de la depresión en esta etapa de la vida se da por diferentes causas: efectos secundarios de medicamentos, muerte de un ser querido, especialmente si se trata de su pareja, enfermedad física incapacitante, soledad, incomprensión familiar, entre otros. La depresión en las personas adultas mayores, si no se diagnostica ni se trata, causa un sufrimiento innecesario para el anciano y su familia.

El diagnóstico en ocasiones es difícil pues la persona de edad puede tener ciertas reservas a la hora de hablar de su desesperanza o tristeza, así como de su falta de interés en actividades que anteriormente le eran placenteras. Los únicos datos que aporta son síntomas físicos de modo que se debe tener cautela y no pasar por alto una posible depresión.

Si se hace el diagnóstico de depresión, el tratamiento con medicamentos y psicoterapia ayuda a que la persona deprimida recupere su capacidad para tener una vida feliz y satisfactoria. No se debe olvidar la gran ayuda que supone el apoyo y afecto de parte de familiares, especialmente en esta etapa de la vida, pues las personas mayores se encuentran más necesitados de atención que nunca.

El buscarles algún tipo de ocupación que les satisfaga quizá sea una de las mejores estrategias en la prevención de un posible estado depresivo. Con ello no solo se ayuda al anciano sino que también a las personas que lo rodean.

6.1.1 Justificación

La presente propuesta está basada en los resultados obtenidos en el trabajo de campo realizado sobre el tema objeto de estudio, se aplicó el test Inventario de Depresión de Beck, logrando detectar que un porcentaje elevado de maestros jubilados sufren depresión, lo que influye en la calidad de vida de los mismos, pues la edad, las enfermedades físicas y la falta de trabajo son factores importantes para darle paso a la depresión.

Se pretende que la propuesta se lleve a cabo en la Asociación de Maestros Jubilados de la ciudad de Quetzaltenango que funciona desde hace varios años, pues se vio la necesidad de crearla, ya que la población de la tercera edad va en aumento y son personas que cuentan con mucha experiencia y potencial que puede ser utilizado para la enseñanza del arte en sus diferentes áreas.

Las personas que sufren depresión deben ser tratadas de una forma especial de manera que vuelvan a confiar en sí mismos y motivándolos para que de cierta manera sean útiles y se interesen nuevamente por el servicio a la humanidad, que había sido cualidad de estos maestros.

Es de suma importancia contar con el apoyo del Ministerio de Cultura y Deportes de Guatemala para la creación de programas de apoyo dirigidos a explotar al máximo el potencial que aun pueden tener los maestros, es por ello que se pretende crear un centro cultural especial para adultos mayores con la finalidad de darles terapia ocupacional por medio del arte en las diferentes expresiones, como lo es la pintura, la música, el teatro y las artesanías.

6.1.2 Objetivos

6.1.2.1 General

- Implementar programas ocupacionales que permitan a los maestros jubilados reducir los niveles de depresión por medio de la proyección del arte en las diferentes áreas, como lo es la pintura, el teatro, la música y artesanías.

6.1.2.2 Específicos

- Formar dos grupos de trabajo con maestros jubilados analizando el nivel de depresión que padecen.
- Realizar psicoterapias de grupo con los maestros jubilados que tienen niveles altos de depresión, utilizando temas apropiados para ello.
- Contribuir al crecimiento de la cultura en Quetzaltenango por medio de presentaciones de obras teatrales realizadas por los maestros jubilados en distintos centros educativos de la ciudad
- Crear una micro empresa de manualidades y artesanías que contribuya a disminuir los niveles de depresión y genere ingresos económicos para los maestros jubilados.
- Implementar talleres mensuales con temas de interés y sobre todo útiles para este tipo de personas.
- Despertar nuevamente el interés de los maestros jubilados por la enseñanza y educación de grupos.

6.1.3 Desarrollo del programa

Semanalmente se trabajarán talleres motivacionales con el grupo completo de maestros que participaron en el estudio de campo con la finalidad de que todos sean atendidos y formen parte de este proyecto.

Se realizarán dos grupos de personas para trabajar 3 veces por mes, la formación de estos grupos se hará por medio de la entrevista psicológica individual para saber en que grupo ubicar a cada persona, teniendo el resultado de las entrevistas se procederá a conocer por cual de las áreas se inclina cada quien, el trabajo se va reduciendo a pequeños grupos con los que se trabajarán varias terapias de grupo.

Se crearán áreas específicas para trabajar, serán ubicados en los distintos salones del Instituto Normal para Varones de Occidente, ya que es la sede de esta asociación.

Cada uno de los talleres ocupacionales contará con personal especializado y será apoyado por el Ministerio de Cultura y Deportes.

6.1.3.1 Areas Específicas de trabajo

Pintura: la finalidad de esta área es dejar a los maestros plasmar en un lienzo su vida, que lleguen liberen su mente, que muestren realmente cuales son sus sentimientos, que cuenten sus experiencias y sus vivencias a través del color y las diferentes técnicas del dibujo.

Teatro: los buenos maestros se caracterizan por su capacidad de retención y facilidad de palabra, estar ante un público no es difícil, pues toda la vida estuvieron frente a los alumnos. El potencial muchas veces está escondido, lo único que ha ce falta es encontrarlo y ponerlo a trabajar teniendo como base la literatura guatemalteca. La finalidad primordial de esta área es llevar las tradiciones y

costumbres de los pueblos a las nuevas generaciones, que no las conocen o las han olvidado a través del teatro y sus distintos géneros a los centros educativos de la ciudad de Quetzaltenango.

Música: cuando no se pueden expresar los sentimientos con palabras, se pueden expresar por medio de la música, ya que libera el alma y mantiene vivas las ilusiones del corazón. Los maestros que se inclinan por esta área tienen la opción de aprender a ejecutar algún instrumento musical o a interpretar melodías de su agrado.

Artesanías: el trabajo manual deja despertar la creatividad en las personas y es también una buena herramienta para poder vencer la depresión, pues se tiene la mente y el cuerpo ocupado y esto no permite darle paso a este trastorno. Para mantener un grado de motivación aún mayor en el grupo de maestros jubilados, se pretende crear una micro empresa, que genere en un futuro ingresos económicos, se va a contar con un local comercial en el centro histórico de la ciudad donde se venderán y darán a conocer las artesanías realizadas, siendo atendido por los mismos maestros.

Talleres

Previo al desarrollo de los talleres se explicará la intención del proyecto, a quienes va dirigido, cual es su finalidad y se presentará el personal con el que se cuenta para llevar a cabo esta actividad que será de utilidad para el grupo de maestros jubilados asociados de Quetzaltenango.

Contenido

- Autoestima
- Motivación
- Características emocionales de los adultos mayores
- El valor de la persona humana
- La experiencia como base de la vida

- . Como volver a sentirse parte del universo
- . Reconectarse con los sentidos
- . Psicoterapia corporal sensorial
- . Técnicas para superar la soledad
- . Diez pasos para alcanzar la felicidad

6.1.4 Recursos

6.1.4.1 Humanos

Licenciada en Psicología

Directiva de la Asociación de Maestros Jubilados de Quetzaltenango

- Beneficiados
- Maestros de Pintura
- Maestros de Teatro
- Maestros de Música
- Maestra de Educación para el Hogar
- Representantes del Ministerio de Cultura y Deportes

6.1.4.2 Materiales

Material formativo e informativo

Material específico para cada una de las áreas (pintura, pinceles, lienzos, libros, vestuario para teatro, maquillaje, instrumentos musicales, materia prima para artesanías, entre otros)

Pizarrón, marcador, almohadilla

Mobiliario y equipo audiovisual

Material específico para terapias en grupo (música, velas aromáticas, incienso, pañuelos, papel , lapiceros, entre otros)

6.1.4.3 Institucionales

Instalaciones del Instituto Normal para Varones de Occidente

Institutos públicos de educación media

Colegios privados

Municipalidad de Quetzaltenango

Universidad Rafael Landívar

Local comercial.

6.1.4.4 Financieros

El financiamiento para llevar a cabo esta propuesta será proporcionado en parte por el Ministerio de Cultura y Deportes, los maestros asociados aportarán una cuota mensual, se contará también con el apoyo económico de diversas instituciones privadas que apoyan la cultura de Quetzaltenango.

6.1.5 Cronograma

6.1.5.1 Grupo A

Cronograma De Actividades					
MES	FECHA	HORA	ACTIVIDAD	RESPONSABLES	LUGAR
Enero	06/01/07	09:00 a 9:30	Presentación e inauguración de talleres	Psicóloga, Directiva AMJQ. Representante Min. Cultura y Deportes .	INVO
		09:30 a 10:30	Taller sobre Autoestima I	Psicóloga	INVO
Enero	10/01/07	09:30 a 10:30	Taller sobre Autoestima II	Psicóloga	INVO
Enero	13/01/07	09:00 a 10:00	Taller sobre Motivación	Psicóloga	INVO
		10:00 a 10:15	Receso		
		10:15 a 11:15	Técnicas de relajación corporal	Psicóloga	INVO
Enero	19/01/07	09:00 a 10:00	Características Emocionales de los	Psicóloga	INVO

			adultos mayores		
Enero	27/01/07	09:00 a 10:00	El valor de la persona humana	Psicóloga	INVO
Febrero	03/02/07	09:00 a 10:00	La experiencia como base de la vida	Psicóloga	INVO
Febrero	09/02/07	09:00 a 10:00	Cómo volver a sentirse parte del universo	Psicóloga	INVO
Febrero	16/02/07	09:00 a 10:00	Reconectarse con los sentidos	Psicóloga	INVO
Febrero	23/02/07	09:00 a 12:00	Psicoterapia de grupo corporal sensorial	Psicóloga	Zoológico Minerva
Marzo	03/03/07	09:00 a 10:00	Técnicas para superar la soledad	Psicóloga	INVO
Marzo	09/03/07	09:00 a 10:00	10 pasos para alcanzar la felicidad	Psicóloga	INVO
Marzo	17/03/07	11:00 a 13:00	Clausura de talleres y entrega de diplomas de participación	Psicóloga, Directiva AMJQ. Representante Min. Cultura y Deportes	INVO
		13:00 en adelante	Almuerzo	Psicóloga, Directiva AMJQ. Representante Min. Cultura y Deportes	INVO

6.1.5.3 Cronograma Grupo B

Trabajo específico con maestros que presentan niveles más altos de depresión.

Cronograma De Actividades					
MES	FECHA	HORA	ACTIVIDAD	RESPONSABLES	LUGAR
Enero	05/01/07	09:00 a 9:30	Presentación e inauguración del programa ocupacional	Psicóloga, Directiva AMJQ. Representante Min. Cultura y Deportes .	INVO
		09:30 a 11:00	Clases específicas por	Psicóloga, Directiva	INVO

			área en cada uno de los salones	AMJQ. Catedráticos, Representantes Min. Cultura y Deportes	
Enero	09/01/07	09: 30 a 11:00	Clases específicas por área en cada uno de los salones	Psicóloga, Directiva AMJQ. Catedráticos, Representantes Min. Cultura y Deportes	INVO
Enero	18/01/07	09: 30 a 11:00	Clases específicas por área en cada uno de los salones	Psicóloga, Directiva AMJQ. Catedráticos, Representantes Min. Cultura y Deportes	INVO
Enero	26/01/07	09:30 a 11:00	Clases específicas por área en cada uno de los salones	Psicóloga, Directiva AMJQ. Catedráticos, Representantes Min. Cultura y Deportes	INVO
Enero	31/01/07	09:30 a 11: 00	Clases específicas por área en cada uno de los salones	Psicóloga, Directiva AMJQ. Catedráticos, Representantes Min. Cultura y Deportes	INVO
Febrero	02/02/07	10:00 en adelante	Exposición al público de los trabajos del área de pintura	Psicóloga, Directiva AMJQ. Catedráticos, Representantes Min. Cultura y Deportes y maestros jubilados	Corredor Municipalidad y templete del parque a Centro América
Febrero	Del 05/02/07 al 08/02/07	Diferentes horarios	Exposición al público de los trabajos del área de pintura	Psicóloga, Directiva AMJQ. Catedráticos, Representantes Min. Cultura y Deportes y maestros jubilados	Corredores interior de la Municipalidad de Quetzaltenango

Febrero	Del 13/02/07 al 17/02/07	Diferentes horarios	Exposición al público de los trabajos del área de pintura	Psicóloga, Directiva AMJQ. Catedráticos, Representantes Min. Cultura y Deportes y maestros jubilados	Pasillos Universidad Rafael Landívar
Febrero	19/02/07	Diferentes horarios	Presentaciones musicales y teatrales a los estudiantes de nivel medio	Psicóloga, Directiva AMJQ. Catedráticos, Representantes Min. Cultura y Deportes y maestros jubilados	Diferentes institutos y colegios de la ciudad de Quetgo.
Febrero	20/02/07	Diferentes horarios	Presentaciones musicales y teatrales a los estudiantes de nivel medio	Psicóloga, Directiva AMJQ. Catedráticos, Representantes Min. Cultura y Deportes y maestros jubilados	Diferentes institutos y colegios de la ciudad de Quetgo
Febrero	21/02/07	Diferentes horarios	Presentaciones musicales y teatrales a los estudiantes de nivel medio	Psicóloga, Directiva AMJQ. Catedráticos, Representantes Min. Cultura y Deportes y maestros jubilados	Diferentes institutos y colegios de la ciudad de Quetgo
Febrero	22/02/07	Diferentes horarios	Presentaciones musicales y teatrales a los estudiantes de nivel medio	Psicóloga, Directiva AMJQ. Catedráticos, Representantes Min. Cultura y Deportes y maestros jubilados	Diferentes institutos y colegios de la ciudad de Quetgo
Febrero	26/02/07	Diferentes horarios	Presentaciones musicales y teatrales a los estudiantes de nivel medio	Psicóloga, Directiva AMJQ. Catedráticos, Representantes Min. Cultura y Deportes y maestros jubilados	Diferentes institutos y colegios de la ciudad de Quetgo
Febrero	27/02/07	Diferentes horarios	Presentaciones musicales y teatrales a los	Psicóloga, Directiva AMJQ.	Diferentes institutos y

			estudiantes de nivel medio	Catedráticos, Representantes Min. Cultura y Deportes y maestros jubilados	colegios de la ciudad de Quetzgo
Marzo	Del 01/03/07 en adelante	Diferente horario	Apertura de la tienda de manualidades y artesanías en el centro histórico de Quetzaltenango	Psicóloga, Directiva AMJQ. Catedráticos, Representantes Min. Cultura y Deportes y maestros jubilados	Local tienda de artesanías
Marzo	Todo el mes	Diferentes horarios	Supervisión de cada actividad, durante la elaboración de los trabajos se estará brindando terapia de apoyo individual y grupal	Psicóloga, Directiva AMJQ. Catedráticos, Representantes Min. Cultura y Deportes y maestros jubilados	Diferentes instalaciones

Cuando culminen las diferentes exposiciones se creará un local adjunto a la tienda de artesanías para poder seguir brindando las terapias, aclarando dudas, y se realizará la evaluación del proyecto. Las pinturas realizadas pueden ser vendidas en la tienda de artesanías.

6.1.6 Evaluación

La evaluación del proyecto se realizará mediante la aplicación nuevamente del test Inventario de Depresión de Beck, con el objeto de evaluar si disminuyeron los niveles de depresión de los mismos.

VII CONCLUSIONES

- La depresión no es un estado aislado del que se esté a salvo, en la actualidad gran porcentaje de personas la padecen en menor o mayor escala, y aunque es un problema serio se puede superar con la ayuda de familiares, amigos y especialistas.
- Los principales síntomas de depresión son: ánimo triste todos los días, casi todo el día, desesperanza, baja autoestima, dificultad de concentración, insomnio o hipersomnio, pérdida o aumento de peso y apetito, inquietud, pérdida del deseo sexual e intentos suicidas.
- Los factores primordiales que provocan depresión en los maestros son: jubilación, muerte del cónyuge, enfermedades físicas y falta de actividad docente fuera de casa.
- La labor del psicólogo ante esta problemática consiste en planificar actividades de orientación y asesoría a los maestros con depresión y a los familiares por medio de estrategias que mantengan a los pacientes ocupados realizando actividades que son placenteras para los mismos.
- La edad es un aspecto importante a tomar en cuenta, pues las personas de la tercera edad son más propensas a sufrir depresión, ya que ésta no es solo un período de tristeza sino que encierra una serie de síntomas que si no se detectan a tiempo puede causar daños severos en el ser humano.
- La etapa más larga de la corriente de la vida, es la adulta. Es la más significativa porción de la existencia humana, a la cual han contribuido previos estados de preparación, sin embargo son los adultos mayores los más descuidados y mal comprendidos en la sociedad.

- Con el paso de los años ocurren cambios de tipo social, retiro del trabajo, se pierden los amigos por muerte o cambio de residencia, disminuye la probabilidad de obtener trabajo remunerado por lo que la capacidad económica baja, los hijos abandonan el hogar, puede ocurrir la muerte del (la) cónyuge y otras circunstancias que se consideran como pérdidas; sin embargo se gana tiempo libre que puede ser adecuadamente utilizado y ser un elemento de bienestar y salud.
- Las personas mayores tienen un comportamiento completamente normal de acuerdo a como han sido y vivido con anterioridad. Se puede observar un cambio de intereses, en explorar y descubrir nuevas cosas; su comportamiento se basa en las experiencias personales y en su aplicación a la nueva etapa de su vida, sin que esto signifique el aislamiento.
- Según los resultados obtenidos en el trabajo de campo, el 50% de la población tomada en cuenta manejan niveles de sin depresión, y ligera, mientras que el otro 50% maneja depresión moderada y grave.
- Crear programas ocupacionales y de apoyo dirigidos hacia personas de la tercera edad es muy beneficioso pues se contribuye a disminuir los niveles depresivos de la población senil y se brinda atención personalizada a estos seres que muchas veces quedan en el olvido

VIII RECOMENDACIONES

- Que se tome en cuenta la propuesta que se presenta en este trabajo de tesis, ya que es un aporte para la comunidad y ayudaría a reducir los niveles de depresión en los maestros jubilados.
- Que se fomente en las personas de la tercera edad una cultura de consulta psicológica, pues es para el bienestar y satisfacción personal.
- Que se comience a realizar un esfuerzo para comprender mejor a los adultos de la tercera edad. Especialmente si se sufre de depresión pues salir de ella no es fácil, por eso es necesario contar con la ayuda y el apoyo de los seres queridos
- Que se cumpla estrictamente con el programa de protección relativa a la invalidez, vejez y sobre vivencia del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, ya que los organismos públicos no se pueden liberar de desempeñar una función importante en el caso de las funciones, pues su papel es el de vigilar tanto el cumplimiento y la supervisión de los regímenes de pensiones privadas con el fin de prevenir fallos.
- Que se cree un programa que facilite el estudio a fondo sobre los planes de pensiones, que den solución a los múltiples problemas que hay, pues no se tienen indicadores del número de personas que aportan a los diferentes planes y de las que ya gozan de beneficios.
- Que se informe correctamente a la población que opta por la jubilación que esta prestación cubre la pérdida de ingresos económicos cuando se alcanza la edad establecida, cesa en el trabajo por cuenta ajena o propia, poniendo fin a la vida laborar en los términos legalmente establecidos.

- Que se difunda a la población sobre la “Ley de protección para las personas de la tercera edad” ya que en el reglamento se tiene un enfoque que visualiza a los adultos mayores de manera parcial, ya que los reduce a la categoría de asociaciones de jubilados. Tomando en cuenta que de la totalidad de los adultos mayores aproximadamente el 11% tiene algún tipo de pensión, deja fuera a una gran cantidad de ellos que por no tener cobertura social no cuentan con representación ni posibilidad de que se escuchen las demandas
- A los profesionales que traten terapéuticamente a una persona con riesgo de sufrir depresión, se les recomienda la utilización de terapia individual, logoterapia, familiar y grupal, y algún tipo de terapia ocupacional para poder proporcionarle una atención integral al paciente.

IX REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 Achaerandio, L. (2001). *Iniciación a la Práctica de la Investigación*. U.R.L. Guatemala.
- 2 Alvarado, R. (1991). *Diagnóstico de las necesidades del anciano en Guatemala*. Tesis Facultad de Medicina. Centro Universitario de Occidente. Quetzaltenango, Guatemala.
- 3 *Constitución Política de la República de Guatemala*, (1985)
- 4 Antonini, M. (2004). *Arrastrando el Gis*. Disponible en www.jubilatas.com.mx
- 5 Aragón H. (1995). *Factores psicológicos y sociales de la vejez* (1ª Edición) Impromex. México.
- 6 Barrera, L. (2004). *Un sueño dorado*. Disponible en www.jubilaciónmexico.con.mx
- 7 Blanck, M. (1990). *La vida el tiempo y la muerte*. Disponible en www.vidaymuerte.ar.com
- 8 *Enciclopedia de la Psicología* Océano. (2003)., *Depresión*.(tomos 1 y 4). España Grupo Editorial Océano.
- 9 *El Médico/Aula*. (2002)., *Trastornos del humor* (2ª Edición Editare México).
- 10 *Ley Orgánica del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social*. Decreto 295 Guatemala 30 de octubre de 1946.
- 11 Lacroix. R. (1985) *Cómo vencer la depresión nerviosa*. Guatemala Ediciones Interamericanas.

- 12 Letona, L. (2002). Depresión, síntoma, síndrome o enfermedad. Psicología Científica. Universidad Autónoma de México. México.
- 13 Margus, P (1998). Rayos de sol para combatir la depresión. Revista Muy interesante. No. 16 pag. 24, 25. México.
- 14 Medinet . (2002). El médico en Red. Disponible en w.w.wmedinet.net.ar
- 15 Nérci, I. (1998) Hacia una didáctica general dinámica. (3ª Edición Barcelona España. Editorial Kappeluz).
- 16 Noriega, A. (1998) Al paso de la huella sobre el polvo de un camino. (3ª. Edición Mexico).
- 17 Organización Mundial de la Salud. (2003). Causas de incapacidad en el mundo, Jubilación.
- 18 Oliva, A. (2000). Significación y Fiabilidad de la Media Aritmética. Iniciación a la práctica de la investigación. U.R.L. Guatemala.
- 19 Pulido, F. (2002) La vida después del nacimiento. La ciencia desde México. Editare México.
- 20 Sarason y Sarason. (2000). Psicología, fronteras de la conducta. (4ª Edición México. Cámara nacional de industria editorial).
- 21 Vallejo, A. (2005) La depresión de la vejez. Disponible en www.who.int/gb/EB
- 22 Perez , A. (2006) Ayuda para superar la d epresión, Prensa Libre, Guatemala.
- 23 Sologuren, M (1997) Viviendo de la alcancía disponible en www.guatemala.ivs.gt
- 24 OMS 54ª Asamblea Mundial de la Salud www.nimh.nih.gov/
- 25 Palma, C. (2006) Catálogo, Pocos, muy pocos preparan su retiro, Guatemala

- 26 Villalobos , M. (2006) Luz verde a reforma de ley de pensiones del magisterio.
Mvillalobos@diarioextra.com
- 27 Hasse, M. (2005). Tesis, descripción de la depresión en un grupo de ancianas institucionalizadas que se someten a un programa de biodanza. Facultad de humanidades, departamento de psicología. Guatemala.
- 28 Decreto 1748 Ley de servicio civil. Reglamento Dto. 18 -98 reformado por acuerdo 564 - 98. Guatemala.
- 29 Vander, A. (1998) Depresión y vejez prematura. (1ª Edición, Barcelona España, Editorial Kappeluz).
- 30 Smith, R. (2001) Conceptos y métodos de psicología. Universidad Nacional Autónoma de México, México
- 31 Sarason, I (1999) Psicología y sus aspectos generales. Ediciones Populares Argentinas, Argentina.
- 32 Whittaker, J (2000) Psicología II Edición. Ediciones Mensajero Argentina.

X. ANEXOS

Anexo #1

Tabla # 1

Ordenación

3, 4, 4, 4, 6, 7, 8, 8, 11, 11,
 11, 11, 12, 12, 13, 13, 21, 28, 28, 28,
 29, 30, 31, 31, 32, 34, 36, 38, 41, 41,
 46, 46, 46, 47, 48, 48, 48, 48, 48, 49,
 53, 53, 54, 55, 55, 55, 56, 56, 57, 58. N. 50

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Intervalos	f	fa	Xm	∑f.Xm	/d'/	∑f./d'/	∑f./d' ²	fiable	Significativo
3 - 8	8	8	5.5	44	27.5	220	6050	Si	Si
9 - 14	8	16	11.5	92	21.5	172	3698	Si	Si
15 - 20	0	16	17.5	0	15.5	0	0	Si	Si
21 - 26	1	17	23.5	23.5	9.5	9.5	90.25	Si	Si
27 - 32	8	25	29.5	236	3.5	28	98	Si	Si
33 - 38	2	27	35.5	71	2.5	5	12.5	Si	Si
39 - 44	1	28	41.5	41.5	8.5	8.5	72.25	Si	Si
45 - 50	10	38	47.5	475	14.5	145	2102.5	Si	Si
51 - 56	10	48	53.5	535	20.5	205	4202.5	Si	Si
57 - 62	2	50	59.5	119	26.5	53	1404.5	Si	Si
				1637		846	17730.5		

$$i = \frac{X_s - X_i + 1}{10} = \frac{57 - 3 + 1}{10} = \frac{55}{10} = 5.5 = 6$$

$$\bar{X} = \frac{\sum f.X_m}{N} = \frac{1637}{50} = 32.74 = 33$$

$$\sigma = \frac{\sum f./d'^2}{N} = \frac{17730.5}{50} = 354.61 = \sqrt{354.61} = 18.83 = 19$$

Anexo #2

Significación de la media aritmética simple

1 Nivel de confianza

N C = 99 % entonces $Z = 2.58$

2 Hallar el error típico de la media aritmética simple

$$\sigma_{\bar{X}} = \frac{\sigma}{\sqrt{N - 1}}$$

$$\sigma_{\bar{X}} = \frac{19}{\sqrt{50 - 1}} = \frac{19}{\sqrt{49 - 1}} = \frac{19}{7} = 2.71 = 3$$

3 Hallar Razón Crítica

$$R_c = \frac{\bar{X}}{\sigma_{\bar{X}}} = \frac{33}{3} = 10.7 = 11$$

4 Comparar Razón Crítica con Nivel de Confianza

$$R_c = < Z$$

$$R_c = 11 > Z \text{ Si es significativo}$$

Fiabilidad de la Media Aritmética Simple

1 Nivel de Confianza

N C = 99 % entonces $Z = 2.58$

2 Hallar el error típico de la media aritmética simple

$$\bar{\sigma X} = \frac{\sigma}{\sqrt{N - 1}}$$

$$\bar{\sigma X} = \frac{19}{\sqrt{50 - 1}} = \frac{19}{\sqrt{49 - 1}} = \frac{19}{7} = 2.71 = 3$$

3 Calcular el Error Muestral Máximo

$$E = Z * \bar{\sigma X}$$

$$Z * 3 = 7.74 = 8$$

4 Calcular el Intervalo Confidencial

$$IC = X \pm E$$

$$33 + 8 = 41$$

$$33 - 8 = 23$$

Anexo # 3

Tabla # 2

Opciones

Preguntas	0	%	1	%	2	%	3	%	Total	%
Tristeza	16	32	7	14	13	26	14	28	50	100
Pesimismo	18	36	2	4	15	30	15	30	50	100
Fracasos del pasado	20	40	6	12	12	24	12	24	50	100
Pérdida del placer	10	20	9	18	16	32	15	30	50	100
Sentimientos de culpa	19	38	13	26	5	10	13	26	50	100
Sentimientos de punición	22	44	4	8	11	22	13	26	50	100
Sentimientos negativos de si mismo	21	42	11	22	8	16	10	20	50	100
Actitud crítica hacia si mismo	16	32	16	32	13	26	5	10	50	100
Pensamientos o deseos de suicidio	29	58	10	20	2	4	9	18	50	100
Llanto	16	32	7	14	13	26	14	28	50	100
Agitación	17	34	6	12	8	16	19	38	50	100
Pérdida de interés	17	34	7	14	7	14	19	38	50	100
Indecisión	19	38	12	24	10	20	9	18	50	100
Devaluación	18	36	8	16	15	30	9	18	50	100
Pérdida de energía	5	10	19	38	6	12	20	40	50	100
Irritabilidad	20	40	3	6	7	14	20	40	50	100
Dificultad de concentración	9	18	16	32	13	26	12	24	50	100
Fatiga	4	8	17	34	9	18	20	40	50	100
Pérdida de interés por el sexo	8	16	9	18	6	12	27	54	50	100

Cambio en hábitos de sueño

O	0	%	1a	%	1b	%	2a	%	2b	%	3a	%	3b	%	total	%
	7	14	9	18	6	12	2	4	5	10	5	10	16	32	50	100

Cambios en el apetito

O	0	%	1a	%	1b	%	2a	%	2b	%	3a	%	3b	%	total	%
	14	28	5	10	3	6	8	16	0	0	1	20	10	20	50	100

Ref. Test IDB

“LLEGAR A VIEJO”

Si se llevasen el miedo y nos dejaran lo bailado
para enfrentar el presente, si se llegase entrenado y con ánimos suficientes.

Y después de darlo todo y en justa correspondencia todo estuviese pagado y el
carnet de jubilado abriese todas las puertas.

Si tuviese más ventajas y menos inconvenientes, si el alma se apasionase el cuerpo
se alborotase y las piernas respondiesen.

Quizás llegar a viejo sería todo un progreso, un buen remate,
un final con beso, en lugar de arrinconarlos en la historia, convertidos en fantasmas
con memoria.

Si no estuviese tan oscuro a la vuelta de la esquina o simplemente si todos
entendiésemos que todos llevamos un viejo encima.