



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERIA**

TESIS

**“INFLUENCIA DE SIGNOS Y SÍNTOMAS DE ARTROSIS EN EL
NIVEL DE DEPRESIÓN DEL ADULTO MAYOR EN EL ASILO
IGNACIA RODULFO VIUDA DE CANEVARO 2014”**

**PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE LICENCIADA EN
ENFERMERÍA**

**PRESENTADO POR:
SANTI BARRIENTOS EVELYN CATHERINE**

**ASESORA:
MG. IDALIA MARIA CONDOR CRISOSTOMO**

LIMA – PERÚ, 2019

“INFLUENCIA DE SIGNOS Y SÍNTOMAS DE ARTROSIS EN EL NIVEL DE DEPRESIÓN DEL ADULTO MAYOR EN EL ASILO IGNACIA RODULFO VIUDA DE CANEVARO 2014”.

RESUMEN

La presente investigación tuvo como Objetivo: Conocer la influencia de los signos y síntomas de la artrosis en el nivel de depresión del adulto mayor en El Asilo Ignacia Rodulfo Viuda De Canevaro Lima 2014 Es una investigación **Es descriptivo**, porque se pretende determinar y describir una realidad un hecho conforme se presenta. **Es correlacional**, Porque determinaremos la relación existente entre las variables **Es prospectivo**, porque se registrará la información según la ocurrencia de los hechos.

Es de corte transversal, porque el estudio se realizará en un tiempo determinado..

, se trabajó con una muestra de 50 pacientes, para el recojo de la información se utilizó un La técnica que se utilizó es la encuesta y el instrumento el cuestionario validado para determinar la influencia de los signos y síntomas de la artrosis, en el nivel de depresión del adulto mayor en el asilo Ignacia Rodulfo Viuda De Canevaro

CONCLUSIONES:

Se concluye que los signos influyen en la artrosis y en el nivel de depresión en un 40% equivalente a 26 adultos de la muestra y los síntomas influyen en la artrosis y en el nivel de depresión en un 60%, equivalente a 34 adultos mayores de la muestra depresión en el asilo ignacia rodulfo viuda de canevaro,, evidenciando que los signos y síntomas están afectando la salud mental del adulto mayor. Ante estos resultados se acepta la H1 que decía que los signos y síntomas de la artrosis afectan la salud mental del adulto mayor del del asilo ignacia rodulfo viuda de canevaro.

PALABRAS CLAVES: Influencia de signos y síntomas de artrosis en el nivel de depresión del adulto mayor .

ABSTRACT

The present investigation had like Objective: To know the influence of the signs and symptoms of the artrosis in the level of depression of the greater adult in the Asylum Ignacia Rodulfo Widow of Canevaro Lima 2014 It is an investigation It is descriptive, because it is tried to determine and to describe a reality a conforming fact is presented. It is correlational, because we will determine the relationship between the variables. It is prospective, because the information will be recorded according to the occurrence of the events. It is cross-sectional, because the study will be done in a certain time .. , we worked with a sample of 50 patients, for the collection of the information we used a The technique that was used is the survey and the instrument the validated questionnaire to determine the influence of the signs and symptoms of arthrosis, at the level of depression of the elderly in the asylum Ignacia Rodulfo Widow of Canevaro

CONCLUSIONS: It is concluded that the signs influence osteoarthritis and the level of depression in 40% equivalent to 26 adults in the sample and the symptoms influence in arthrosis and in the level of depression in 60%, equivalent to 34 older adults of the sample depression in the asylum ignacia rodulfo widow of canevaro, evidencing that the signs and symptoms are affecting the mental health of the elderly. In view of these results, H1 is accepted, stating that the signs and symptoms of osteoarthritis affect the mental health of the older adult of the asylum ignacia rodulfo widow of canevaro.

KEY WORDS: Influence of signs and symptoms of osteoarthritis in the depression level of the elderly

ÍNDICE

	Pág.
DEDICATORIA	
AGRADECIMIENTO	
RESÚMEN	i
ABSTRAC	ii
ÍNDICE	iii
INTRODUCCIÓN	v
CAPITULO I: EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	
1.1. Planteamiento del problema	1
1.2. Formulación del problema	2
1.3. Objetivos de la investigación	3
1.3.1. Objetivo general	3
1.3.2. Objetivos específicos	3
1.4. Justificación del estudios	4
1.5. Limitaciones	4
CAPITULOII: MARCO TEÓRICO	
2.1. Antecedentes del estudio	5
2.2. Base teórica	7
2.3. Definición de términos	51
2.4. Hipótesis	52
2.5. Variables	53
2.5.1. Definición conceptual de las variables	53
2.5.2. Definición operacional de las variables	53
2.5.3. Operacionalización de la variable	54

CAPITULOIII: METODOLOGIA	
3.1. Tipo y nivel de investigación	55
3.2. Descripción del ámbito de la investigación	55
3.3. Población y muestra	56
3.4. Técnicas e instrumentos para la recolección de datos	56
3.5. Validez y confiabilidad del instrumento	57
3.6. Plan de recolección y procesamiento de datos	57
CAPÍTULO IV: RESULTADOS	58
CAPÍTULO V: DISCUSION	63
CONCLUSIONES	67
RECOMENDACIONES	69
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	70
ANEXOS	
Matriz	
Instrumento	

INTRODUCCION

El ser humano actual está enfrentado a la realidad del envejecimiento en medio de una sociedad masificada, caracterizada por la alta competitividad, la necesidad de ser eficientes, la pérdida de valores morales y espirituales. Es una sociedad acelerada en donde las transformaciones tecnológicas, sociales, políticas, económicas, culturales han dado paso a la familia pequeña en donde no hay espacio para que el abuelo sea figura importante y, más bien, gracias al aumento en la esperanza de vida, se ha convertido en un problema

La **artrosis** es más frecuente en personas de edad avanzada, pero los jóvenes no están exentos de padecerla, al presentar muy pocos síntomas o ninguno. Por el simple hecho de **caminar** o de realizar algunas actividades como: abrir o cerrar una mano, escribir, abrir una puerta, se producen **golpes** o "traumas", que a lo largo del tiempo empiezan a generar alteraciones en el **cartilago**.

La presente investigación para fines de estudio contiene

Capítulo I: El problema de investigación, Planteamiento del problema, Formulación del problema, Objetivos de la investigación, Justificación del estudio, Limitaciones de la investigación.

Capítulo II: Marco Teórico, Antecedentes del estudio, Bases teóricas, Definición de términos, Variables su definición conceptual, operacional, y la operacionalización de la variable

Capítulo III: Metodología, Tipo y nivel de investigación, Descripción del ámbito de la investigación, Población y muestra, Técnicas e instrumentos para la recolección de datos, Validez y confiabilidad del instrumento y el Plan de recolección y procesamiento de datos. Luego los aspectos administrativos en el cual se aprecia el Presupuesto de la investigación y el cronograma de actividades terminando con la presentación de la referencias bibliográficas y anexos.

CAPITULO I: EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

La artrosis que es un proceso degenerativo que sufren las articulaciones considerada como una enfermedad crónica caracterizada por la degeneración del cartílago y del hueso adyacente, se observa que en el asilo lira la presencia de estas manifestaciones ya sea físicas como el dolor, la rigidez , deformación, incluso puede perder movilidad y quedar totalmente rígida en una posición incómoda a medida que empeora la lesión provocada por la artrosis, el paciente oye o siente como cruje su articulación y presencia la perdida de la movilidad a nivel de sus articulaciones esto emocionalmente al adulto mayor lo limita a poder llevar a cabo sus actividades básicas de la vida diaria motivo por el cual lo vuelve frágil y lo limita. Así como el pelo se vuelve blanco y sigue siendo cabello; la piel pierde su morfología y se arruga. Lo cual no quiere decir, que no siga teniendo sus funciones pero cambian algunas características. Igual cambia el cartílago, por lo que la artrosis es un cambio crónico del envejecimiento.⁽¹⁾

La artrosis sigue un lento desarrollo en la mayoría de los casos tras la aparición de los signos y síntomas.

La depresión en los adultos mayores asilados es el resultado de diversos factores intervinientes que hacen complejo su estudio. Se describe que durante el envejecimiento se producen cambios biológicos y psicosociales los que a su vez se constituyen en factores de riesgo para desarrollar depresión en edades tardías. No todos experimentan la depresión de la misma manera. El reconocimiento de los síntomas depresivos requiere saber de los cambios que normalmente se producen en el organismo del adulto mayor en su dinámica familiar y social y en su adaptación emocional a las diversas experiencias existenciales que le toca atravesar como duelos, enfermedades, dependencia, discapacidades entre otras.

Asimismo se observa quejas reiterativas de dolencias físicas, dolores, alteraciones en el sueño, insatisfacción por la vida debido a factores externos limitantes y expresión física de dependencia, este problema se observa con mayor frecuencia en adultos mayores con signos y síntomas de artrosis que manifiestan los factores antes mencionados y que los conllevan a la depresión.

Considerando lo mencionado anteriormente surge la necesidad de realizar un estudio de investigación que responda a la siguiente interrogante.

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.2.1. Problema General

¿De qué manera influyen los signos y síntomas de artrosis en el nivel de depresión del adulto mayor en el Asilo Ignacia Rodolfo Viuda De Canevaro Lima 2014?

1.2.2. Problemas Específicos

- ¿Cuáles son los signos y síntomas de la artrosis que afectan la salud mental hasta llevarlos a la depresión al adulto mayor del Asilo Ignacia Rodolfo Viuda De Canevaro Lima 2014?

- ¿Qué signos y síntomas evidencian depresión en el adulto mayor del asilo Ignacia Rodulfo Viuda De Canevaro Lima 2014?
- ¿Qué nivel de depresión presenta el adulto mayor en el Asilo Ignacia Rodulfo Viuda De Canevaro Lima 2014?
- ¿Será la enfermedad de artrosis la que influye en la depresión en el adulto mayor del asilo Ignacia Rodulfo Viuda De Canevaro Lima 2014?

1.3. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.3.1. Objetivo general

- Conocer la influencia de los signos y síntomas de la artrosis en el nivel de depresión del adulto mayor en El Asilo Ignacia Rodulfo Viuda De Canevaro Lima 2014.

1.3.2. Objetivos específicos

- Identificar los signos y síntomas de la artrosis que afectan la salud mental hasta llevarlos a la depresión al adulto mayor del Asilo Ignacia Rodulfo Viuda De Canevaro Lima 2014.
- Reconocer los signos y síntomas que evidencian depresión en el adulto mayor del asilo Ignacia Rodulfo Viuda De Canevaro Lima 2014.
- Identificar el nivel de depresión del adulto mayor del Asilo Ignacia Rodulfo Viuda De Canevaro Lima 2014.

- Determinar si enfermedad de artrosis es la que influye en la depresión en el adulto mayor del asilo Ignacia Rodolfo Viuda De Canevaro Lima 2014.

1.4. JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO

En la actualidad vivimos en un entorno en la cual nuestra salud depende de que haya un equilibrio en los factores biopsicosocioespiritual y que si se ve afectado algunos de estos factores no hay un equilibrio y por tanto no estamos en completa salud.

El mundo del adulto mayor está muy relacionado al proceso de pérdidas la cual impacta y ocasiona al anciano un estado de crisis debido a que hoy en día los asilos no se abastecen de recursos para poder brindar una adecuada atención al usuario debido al aumento de adultos mayores asilados ya sea con familia o sin familia ellos a veces no cuentan con el apoyo a ciertas discapacidades que ellos presenten.

1.5. LIMITACIONES DE LA INVISTEGACION

La investigación no presenta limitación alguna, que desde el inicio de la investigación se recibió el apoyo de la institución y del personal de salud.

CAPITULO II MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES

2.1.1. Antecedentes Internacionales

Crespo Vallejo Jonathan Raúl en Ecuador – Cañar realizo un estudio 2011 acerca de “Prevalencia de depresión en adultos mayores de los asilos de los cantones Azogues, Cañar, Tambo y Déleg de la provincia del Cañar” el objetivo determinar la Prevalencia de la Depresión en Adultos Mayores, en Asilos de la Provincia del Cañar (Rosa Elvira De León, Fundación de Protección al Anciano, Casa de Reposo Padre NelloStoroni y San Bartolomé). Estudio Descriptivo la población estuvo conformada por 84 adultos mayores residentes en casas de reposo. El instrumento fue la escala de depresión de Yesavage, obteniéndose que: “El 70% de los adultos mayores obtuvo un puntaje mayor a 4, que según esta escala corresponde a depresión, el restante 30% obtuvo un puntaje igual o menor a 4 que 24 corresponde a normal. De los 33 varones a los que se aplicó el test el 69,70% presentan depresión, y de las 51 mujeres el 70,59% presentan depresión. El Asilo, que más casos de depresión presenta, es el asilo rosa elvira de león, con 20 casos

que representan el 33,90%. El rango de edad que más casos de depresión presenta, tanto para el sexo masculino como para el femenino, es el comprendido entre los 80 – 89 años, representando el 47.83% para el sexo masculino y el 36.11% para el femenino.

Giacoman Claudia México realizó un estudio de investigación “Depresión y escolaridad en adultos mayores”. El objetivo fue determinar si el nivel educativo influye en la presencia de síntomas depresivos en el adulto mayor. Se evaluó una muestra de 30 adultos mayores de 65 a 76 años, dividida en dos grupos, uno de 16 participantes con escolaridad primaria y secundaria (8 hombres y 8 mujeres, edad media = 70.94), y otro grupo con 14 participantes con escolaridad de preparatoria a universidad (7 hombres y 7 mujeres, media de edad = 70.00). Para evaluar la presencia de síntomas depresivos se aplicó la Escala de depresión de Yesavage. Resultados: El análisis de varianza ANCOVA, con género como covariable, no mostró una influencia significativa de nivel escolar sobre la presencia de síntomas depresivos de los grupos “Las puntuaciones de los participantes en la escala de depresión se ubican dentro del rango normal, lo que sugiere que factores independientes a la escolaridad, tales como el estilo de vida y la salud, tienen efectos favorables en el estado emocional del adulto mayor

2.1.2. Antecedentes Nacionales

Francia Ruelas, Kelly Yemira en Lima – Perú el año 2010 realizó un estudio acerca de “Factores Biopsicosociales que influyen en los niveles de depresión de los adultos mayores del C.S. materno infantil tablada de Lurín”. El objetivo fue determinar los factores biopsicosociales que influyen en los niveles de depresión de los adultos mayores. El estudio fue de tipo descriptivo de correlación y

de corte transversal. La población estuvo constituida por 44 adultos mayores que conforman el grupo "Edad de Oro". La técnica utilizada fue la entrevista y los instrumentos un cuestionario de factores biopsicosociales y la Escala abreviada de depresión geriátrica de Yesavage. En dicho estudio se concluye con lo siguiente: "La mayoría de adultos mayores presentó un nivel de depresión leve, seguidos por un nivel normal y en su minoría un nivel de depresión severa. La depresión en el adulto mayor es una enfermedad que afecta fundamentalmente el estado de ánimo, alteraciones cognitivas, alteraciones en la funcionalidad, pérdida de placer, entre otras y ocasiona una disminución en la calidad de vida de la persona que la presenta." 21 "Se encontró que los factores biopsicosociales influyen mayoritariamente en el nivel de depresión leve, donde el factor biológico indica un 38,6%, el factor psicológico un 50% y el factor social un 34,1%. El factor biológico más relevante indica la disminución de la libido con un 59,1%, seguido por el factor psicológico, donde el sentimiento de soledad y autoestima evidenciaron un 50% cada uno y en el factor social, las dificultades económicas influyen con un 59,1%, entre los más principales.

2.2. BASES TEORICAS

2.2.1. Artrosis

La artrosis, o enfermedad degenerativa de las articulaciones, constituye la forma más común de artritis (inflamación de las articulaciones). Cerca del 70% de las personas mayores de 70 años presenta evidencias radiográficas de artrosis, pero solo la mitad de estas personas desarrolla síntomas.⁽⁸⁾

La artrosis es el tipo más frecuente de artritis y la principal causa de discapacidad física presentarse en aquellas articulaciones que

previamente han sufrido una lesión, que están sujetas a una sobrecarga prolongada o que han sido dañadas por una infección o por una artritis inflamatoria anterior. Los pacientes con artrosis experimentan dolor y pérdida de función de la articulación.

2.2.1.1. Etiología de la Artrosis

La artrosis muestra una preferencia hacia las articulaciones que soportan una mayor carga o son sometidas a un estrés.

No se sabe aún con certeza cuál es el origen de este padecimiento.

En la artrosis, la superficie del cartílago se rompe y se desgasta, lo que provoca que los huesos se muevan el uno contra el otro y genera fricción, dolor, hinchazón y pérdida de movimiento en la articulación. Con el tiempo, la articulación llega a perder su forma original, y pueden crecer en ella espolones. Además, pueden desprenderse trozos de hueso y de cartílago y flotar dentro del espacio de la articulación, lo que genera más dolor y daño.⁽⁹⁾

La artrosis puede afectar a cualquier articulación del cuerpo. No obstante, las más frecuentes son la artrosis de la espalda, que suele afectar al cuello y la zona baja de la espalda (artrosis lumbar); la artrosis de la cadera y la rodilla, y la artrosis de manos, trapecio-metacarpiana (rizartrosis) y pies, que suele presentarse a partir de los 50 años.

El exceso de peso produce una erosión del cartílago articular que provoca la alteración del cartílago articular del hueso opuesto que, a su vez, comienza a sufrir el mismo proceso. De esta manera los cartílagos pueden llegar a desaparecer,

y a medida que se desarrolla este proceso y desaparece el cartílago, el hueso reacciona creciendo por los lados, produciendo la deformación ósea. En este proceso participan los osteofitos, unas excrescencias óseas que se cree son una respuesta del hueso para aumentar la superficie de contacto. El proceso de la enfermedad afecta no sólo al cartílago, sino a toda la estructura de la articulación, incluyendo la membrana sinovial, el hueso subcondral, ligamentos y músculos periarticulares.⁽¹⁰⁾

2.2.1.2. Epidemiología

Los estudios epidemiológicos sobre la artrosis presentan variaciones metodológicas importantes según el criterio empleado para su diagnóstico (histopatológico, radiológico o clínico). Los criterios histopatológicos son poco específicos, ya que las erosiones cartilaginosas observadas en las zonas periféricas de los cartílagos articulares aumentan con la edad, pero en su mayoría parece que no evolucionan hacia una artrosis clínica. Los criterios radiológicos tienden a sobreestimar la prevalencia de enfermedad artrósica. La combinación más utilizada en estudios poblacionales es la de criterios clínicos y radiológicos.⁽¹¹⁾

La incidencia de la enfermedad artrósica es difícil de evaluar. La edad hace aumentar su prevalencia a partir de los 50-55 años de forma geométrica. Se ha señalado que, en los Sujetos mayores de 35 años, el 50% presenta al menos una localización artrósica. En las consultas de Atención Primaria, en España, la artrosis constituye el motivo onceavo de consulta y, además, el motivo quinto de consulta lo constituye el dolor axial, que en una gran proporción de casos está en relación con un proceso degenerativo.

El coste socioeconómico de la artrosis viene dado no sólo por el gasto sanitario en sí mismo sino porque en varios países constituye actualmente la primera causa de invalidez laboral, que representa el 30% de todas las causas en el conjunto de las enfermedades reumatológicas; la artrosis es la causante del 89% de las invalideces. Múltiples circunstancias, que incluyen los factores psicológicos, sociales y económicos, se imbrican probablemente en el protagonismo de la artrosis como causa de invalidez.

La prevalencia de cambios **radiológicos** (RX) en adultos norteamericanos es de 33%. Las principales articulaciones comprometidas en la OA son las manos, los pies, las rodillas y las caderas. Entre los factores que afectan la prevalencia se encuentran

- **Edad:** Un tercio de los adultos entre 25 y 74 años de edad tienen evidencia RX de OA en al menos uno de esos sitios (datos de EEUU). La prevalencia aumenta con la edad en todas las poblaciones estudiadas.
- **Sexo:** La OA de rodillas y la OA de manos predominan en las mujeres. La relación mujer : hombre es de 1.5 a 4: 1. Además aumentan marcadamente en la sexta década. La OA de cadera es menos frecuente, se asocia y se distribuye por igual en ambos sexos o con leve predominancia masculina. La asociación con la edad es lineal.
- **Geografía:** La OA es de distribución mundial. Sin embargo existen variaciones geográficas, como por ejemplo la OA de caderas es rara en las poblaciones de

Asia y África, en cambio la OA de rodillas es muy común en negros.⁽¹¹⁾

2.2.1.3. Causas de La artrosis

Usualmente la artrosis comienza lentamente. Tal vez comience con dolor en las articulaciones después de hacer ejercicio o algún esfuerzo físico. La artrosis puede afectar a cualquier articulación, pero ocurre más frecuentemente en la espina dorsal, manos, caderas o rodillas.⁽¹²⁾

La artrosis en los dedos al parecer se presenta en algunas familias y no en otras, por lo que se piensa que podría ser hereditaria. Se ha observado que afecta más a mujeres que a hombres, especialmente después de la menopausia. Pueden aparecer pequeños nódulos de huesos en las articulaciones de los dedos. Nódulos de Heberden, en las articulaciones interfalángicas distales de las manos, o nódulos de Bouchard si están en la parte proximal. Los dedos se pueden hinchar, ponerse rígidos y torcerse. Los dedos pulgares de las manos también pueden verse afectados (rizartrosis del pulgar).

Las rodillas son las articulaciones sobre las que se carga la mayor parte del peso del cuerpo (junto con los tobillos), pero éstos se mueven mucho menos que las rodillas, así que las expone a que sean mayormente afectadas por la artrosis. Se pueden poner rígidas, hinchadas y doloridas, lo que hace que sea difícil caminar, subir escaleras, sentarse y levantarse del asiento, y usar bañeras. Si no se recibe tratamiento, la artrosis en las rodillas puede llevar a discapacidad. A la artrosis de las rodillas se le llama gonartrosis.

En las caderas la artrosis puede causar dolor, rigidez e incapacidad grave. Las personas con este padecimiento pueden sentir dolor en las caderas, en las ingles, en la parte interior de los muslos o en las rodillas. La artrosis en la cadera puede limitar mucho los movimientos y el acto de agacharse. El resultado es que actividades de la vida diaria como vestirse y el cuidado de los pies pueden resultar todo un reto. A la artrosis de las caderas se le llama coxartrosis.

Rigidez y dolor en el cuello o en la parte de abajo de la espalda pueden ser el resultado de artrosis de la espina dorsal. También puede generar debilidad o adormecimiento en los brazos o en las piernas y deterioro funcional. Según la localización específica de la artrosis en la columna vertebral, el padecimiento se denomina lumboartrosis (vértebras lumbares) o cervicoartrosis (vértebras cervicales).⁽¹²⁾

2.2.1.4. Clasificación de la Artrosis

Desde 1983 se encuentra en vigor la histórica clasificación de artrosis propuesta por el Colegio Estadounidense de Reumatología (ACR), que distinguía la artrosis primaria de la secundaria. La artrosis primaria se definía como una expresión de la degeneración idiopática en articulaciones previamente sanas y en correctas condiciones, sin un claro mecanismo causal.⁽¹³⁾

Durante los últimos años una gran cantidad de pruebas han proporcionado nuevos conocimientos sobre la bioquímica y la biología molecular del cartílago, el hueso subcondral y otros tejidos articulares, lo que sugiere diferentes mecanismos etiopatogénicos en algunas formas de artrosis primaria. Por tanto, con los últimos conocimientos científicos

no debe considerarse en la actualidad la artrosis primaria como de causa desconocida.

Gracias a los mayores conocimientos sobre la artrosis se está modificando el criterio de clasificación. El grupo de Herrero-Beaumont ha propuesto una nueva clasificación etiopatogénica de la artrosis primaria a la luz de los importantes avances que se han producido en este campo de la patología, distinguiendo tres tipos etiológicos integrando la artrosis primaria:

1. La artrosis tipo I, de causa genética.
2. La artrosis tipo II, hormono dependiente (postmenopáusica).
3. La artrosis tipo III, relacionada con la edad.⁽¹⁴⁾

La artrosis tipo I, de causa genética, es una enfermedad hereditaria que fue descrita por vez primera por Kellegren y Moore y Steecher en la que existe una predisposición familiar.

La artrosis tipo II dependiente de las hormonas estrogénicas, está relacionada con los niveles de hormonas esteroideas, particularmente con los niveles de estrógenos. El máximo pico de prevalencia de artrosis en mujeres con relación a los hombres se asocia con la edad de la menopausia. La prevalencia de artrosis en las manos, cadera, rodilla, y múltiples articulaciones (artrosis generalizada) tiene una significación más alta en mujeres que en hombres después de los 50 años. Existe una asociación entre los niveles bajos de estrógenos y las radiografías de rodilla, en mujeres postmenopáusicas. El polimorfismo del gen 1 del receptor de estrógenos se ha

asociado con artrosis en diferentes poblaciones. El rápido descenso en la producción de estrógenos que acontece en la menopausia también puede acelerar la pérdida de masa muscular. Basado en las evidencias es posible afirmar que la artrosis tipo II se desarrolla en los primeros años de la menopausia y es un síndrome distinto con claras diferencias tanto de la artrosis genética o tipo I, como la de la relacionada por la edad (tipo III).

La artrosis tipo III está estrechamente relacionada con la edad. Ha sido considerada como prototipo de envejecimiento. Su prevalencia se incrementa rápidamente con los años, siendo casi universal su presencia en personas mayores. Los cambios que se producen en los tejidos músculoesqueléticos, se han considerado en las investigaciones que son una consecuencia ineludible del paso del tiempo. ⁽¹⁵⁾

2.2.1.5. Signos y Síntomas de la artrosis

La artrosis no suele causar un sentimiento general de enfermedad e incluso, en ocasiones, no se aprecia un cambio visible en las articulaciones. Los signos y síntomas claves de la artrosis incluyen:

- **Dolor:** Es típicamente, el primer síntoma en aparecer. La persona puede sentir un dolor agudo al utilizar la articulación afectada, sobre todo si la moviliza en exceso. El dolor cede al dejar de mover la articulación en concreto.

- **Rigidez:** La rigidez suele manifestarse al levantarse por la mañana, disminuyendo al cabo de un par de minutos.

No es habitual que la articulación afectada pierda por completo la movilidad.

- **Limitación de movimientos:** Para la persona con artrosis puede ser dificultoso abrir un tarro de mermelada, pelar fruta o coser un botón.
- **Inflamación:** La articulación con artrosis puede inflamarse después de un uso excesivo de la misma. También puede producirse calor y rojez como síntomas iniciales de la enfermedad.⁽¹⁵⁾

El crecimiento óseo también comprime los nervios, la artrosis del cuello o de la zona lumbar puede causar endurecimiento, sensaciones extrañas de dolor y debilidad en un brazo o en la pierna. La artrosis es un proceso crónico, que es parte del envejecimiento de la persona. Así como el pelo se vuelve blanco y sigue siendo cabello; la piel pierde su morfología y se arruga. Lo cual no quiere decir, que no siga teniendo sus funciones pero cambian algunas características. Igual cambia el cartílago, por lo que la artrosis es un cambio crónico del envejecimiento pero agravado por los factores antes mencionados.

La artrosis sigue un lento desarrollo en la mayoría de los casos tras la aparición de los síntomas, por lo tanto al primer síntoma no dude en acudir con el médico. La articulación puede perder movilidad e incluso quedar totalmente rígida en una posición incómoda a medida que empeora la lesión provocada por la artrosis. El nuevo crecimiento de cartílago, del hueso y otros tejidos puede aumentar el tamaño de las articulaciones. El cartílago áspero hace que las articulaciones rechinen o crujan al moverse. Las protuberancias óseas se hallan con frecuencia en

las articulaciones de las puntas de los dedos (nódulos de Heberden).

En algunos sitios (como la rodilla), los ligamentos que rodean y sostienen la articulación se estiran de modo que ésta se vuelve inestable. Tocar o mover la articulación se vuelve muy doloroso. En contraste, la cadera se vuelve rígida, pierde su radio de acción y provoca dolor al moverse. La artrosis afecta con frecuencia la columna vertebral. El dolor de espalda es el síntoma más frecuente. Las articulaciones lesionadas de la columna suelen causar únicamente dolores leves y rigidez.

Sin embargo, si el crecimiento óseo comprime los nervios, la artrosis del cuello o de la zona lumbar puede causar entumecimiento, sensaciones extrañas, dolor y debilidad en un brazo o en una pierna. La artrosis sigue un lento desarrollo en la mayoría de los casos tras la aparición de los síntomas. Muchas personas presentan alguna forma de discapacidad pero, en ocasiones, la degeneración articular se detiene.⁽¹⁵⁾

Esta enfermedad afecta típicamente a:

- a) Dedos:** Sobre las articulaciones de los dedos se extienden unas nudosidades óseas, denominadas nódulos, que pueden provocar rigidez y dolor durante el curso inicial de la enfermedad. Al cabo de uno o dos años, el dolor suele disminuir. Los nódulos de Heberden, el tipo más común, afectan a las articulaciones más distales de los dedos.
- b) Columna vertebral:** El lento deterioro de los discos de cartílago situados entre las vértebras puede resultar en rigidez de cuello y espalda.

c) Articulaciones de sobrecarga: Las partes del cuerpo que sostienen la mayor parte del peso del mismo – caderas, rodillas y pies – son las más susceptibles a sufrir artrosis. Con los años, el cartílago va deteriorándose, pudiendo aparecer dolor crónico o diferentes grados de molestia al estar de pie o al andar.

La presencia de dolor en las articulaciones más frecuentemente implicadas es sospechosa de artrosis. Para confirmar este diagnóstico se procede al examen físico, a la práctica de radiografías y a pruebas específicas para descartar otros tipos de artritis.⁽¹⁶⁾

2.2.1.6. Tratamiento

Existe amplio programa de tratamiento que persigue disminuir o hacer desaparecer los síntomas prevenir complicaciones y evitar el progreso de la enfermedad. En caso de que la enfermedad esté muy avanzada y las lesiones muy evolucionadas, existen medidas Ortopédicas y Quirúrgicas que buscan restaurar la función articular.⁽¹⁷⁾

- **Analgésicos:** Son medicamentos que calman el dolor. No deben utilizarse de forma habitual (diaria), por el paciente, sino únicamente en caso de dolores.
- **Antiinflamatorios:** Llamados también antirreumáticos, actúan contra el dolor, la contractura, la rigidez y la inflamación. Se utiliza en las etapas de mayor actividad de la enfermedad, cuando los síntomas son mayores. Cada enfermo responde de forma diferente a un antiinflamatorio, de forma que si no existe respuesta con un medicamento es aconsejable consultar con su médico para que le prescriba otro. No utilicé antiinflamatorios porque le ha funcionado bien

a su vecino o amigo, pues Ud. no conoce la enfermedad del mismo y la respuesta al medicamento no va a ser necesariamente la misma

- **Condroprotectores:** Son llamados así a una serie de fármacos que actúan sobre el cartílago articular, deteniendo el daño y de esta manera evitando el desarrollo de esta enfermedad, este tipo de medicamentos debe ser utilizado lo más tempranamente posible para obtener los mejores efectos, ejemplos de estos son el Ácido Hialurónico, Hylan F. Sulfato de Glucosamina, Condroitinsulfato, etc.
- **Medidas Generales:** A realizarse en casa; deben ser de fácil realización y provechosas. El médico o el fisioterapeuta enseñarán ejercicios sencillos que el paciente debe hacer diariamente. La utilización de calor en forma de compresas calientes, almohadillas eléctricas alivia el dolor al relajar la musculatura contraída.
- **Fisioterapia Y Rehabilitación:** En casos especiales será necesario acudir a un Centro o Servicio de rehabilitación de pacientes reumáticos para someterse a diversos tipos de tratamiento (fisioterapia, masajes, hidroterapia, ultrasonido, onda corta, etc.). La Balneoterapia una o dos veces al año también produce efectos beneficiosos. ⁽¹⁷⁹⁾

❖ **Medidas Ortopédicas o Quirúrgicas:**

Esta debe realizarse:

- **Primero:** Si el dolor es intenso y no responde a otro tipo de tratamiento.

- **Segundo:** Si la movilidad articular se ha perdido de forma importante e imposibilita las actividades normales. La Cirugía más aceptada por sus buenos resultados es la sustitución de la articulación de la cadera por una PRÓTESIS.

Millones de personas en el Perú y el mundo padecen esta enfermedad. La mayoría lleva una vida normal. Realizan sus actividades cotidianas, trabajan, viajan, pero eso si conocen y se cuidan de su enfermedad. La artrosis es una enfermedad crónica, pero eso no quiere decir que sea incurable en el sentido angustioso de la palabra. Los síntomas como el dolor y la rigidez desaparecen y en ocasiones no vuelve a repetirse. Otras veces se manifiesta por temporadas, con intervalo libre de molestias, y pueden ser fácilmente controlados con tratamiento oportuno. ⁽¹⁷⁾

La artrosis como cualquier otra enfermedad de desgaste, es progresiva, pero evoluciona lentamente y con manejo adecuado se puede retardar su progresión para evitar complicaciones. De forma que realizando tratamiento adecuado es prácticamente imposible que la artrosis lo lleve a una silla de ruedas.

La Artrosis generalizada es rara. Generalmente se afectan unas pocas articulaciones. La cadera (coxartrosis) es la que produce mayor invalidez. La rodilla (gonartrosis) es muy frecuente, puede provocar deformidad llevando las piernas hacia dentro o hacia fuera, pero en general la articulación mantiene una actividad aceptable. Muchos pacientes con gonartrosis caminan sin necesidad de bastones. La artrosis de los dedos de las manos puede producir nódulos de Heberden o Bouchard y es dolorosa únicamente durante cierto tiempo,

provocando deformidades pero no alteran la movilidad o funcionalidad de la mano.

La artrosis no es hereditaria, únicamente se observa cierta predisposición familiar en lo que respecta a la artrosis de los dedos de las manos (nódulos de Heberden y Bouchard). Actualmente no existe ningún tratamiento que pueda curar la artrosis, pero si se puede controlar, retardando su evolución para mejorar la calidad de vida de los pacientes. El primer tratamiento lo constituyen los antiinflamatorios. ⁽¹⁷⁾

El tratamiento es una combinación de factores como:

- Tratamiento farmacológico (medicamentos)
 - Mantener un peso adecuado
 - Llevar una dieta balanceada indicada por el médico
 - Realizar ejercicios de fortalecimiento y de postura
 - Comer pescado 2 veces a la semana ayuda a disminuir la inflamación
 - Cambios de postura en los hábitos al dormir
- **Cirugía:** La cirugía puede ser útil cuando el dolor persiste a pesar de los demás tratamientos. Algunas articulaciones, sobre todo la cadera y la rodilla, pueden sustituirse por una artificial (prótesis) que, por lo general, da muy buenos resultados: mejora la movilidad y el funcionamiento en la mayoría de los casos y disminuye el dolor en forma notable. Por lo tanto, cuando el movimiento se ve limitado, puede considerarse la posibilidad de una prótesis de la articulación.

2.2.1.7. Prevención De La Artrosis

Es recomendable llevar una dieta sana y equilibrada, realizar ejercicio físico moderado (acorde con la edad y el estado físico de la persona) y evitar la obesidad. También es necesario limitar

los esfuerzos físicos intensos, tales como cargar objetos pesados o desempeñar actividades laborales que exijan un esfuerzo físico intenso. Los deportes de contacto, como el fútbol o el rugby, no se recomiendan a aquellas personas con artrosis. Estas prácticas deportivas son, frecuentemente, uno de los factores que desencadenan la enfermedad. De hecho, muchos futbolistas padecen artrosis de rodilla debido a que sufren daños en una articulación de la rodilla, el menisco.⁽¹⁸⁾

En caso de padecer ya la enfermedad, se deben evitar los movimientos que producen dolor, ya sea utilizando preferentemente otras articulaciones o limitando el uso de las enfermas. Sin embargo, esto no quiere decir que se deba tender a la situación de inmovilidad de estas últimas. Hacer ejercicio con las articulaciones enfermas es fundamental tanto para mantener la movilidad como para fortalecer los músculos y así evitar que la articulación quede flácida. Este ejercicio debe ser suave y que no provoque dolor. Si es excesivo, ya sea en tiempo, esfuerzo o intensidad, siempre será perjudicial. El uso de bastones o muletas y reducir el esfuerzo de las articulaciones enfermas, es una forma de evitar el dolor y la degeneración de la enfermedad.

En la artrosis del pulgar, el uso de utensilios con mango ancho (que eviten los movimientos prensiles), evitar sostener objetos con los dedos o el uso de férulas inmovilizantes durante el trabajo, son medidas recomendables. El frío o el calor (en forma localizada, en ambos casos) pueden, respectivamente, aliviar temporalmente el dolor y la sensación de rigidez articular. Una ducha caliente con chorro a presión en las articulaciones enfermas puede ser muy recomendable.

a) Ejercicio: Tanto los ejercicios de estiramiento como los de fortalecimiento y de postura resultan adecuados para mantener los cartílagos en buen estado, aumentar la movilidad de una articulación y reforzar los músculos circundantes de manera que puedan amortiguar mejor los impactos. El ejercicio se debe compensar con el reposo de las articulaciones dolorosas; sin embargo, la inmovilización de una articulación tiende más a agravar la artrosis que a mejorarla. Los ejercicios específicos para la artrosis de la columna vertebral pueden resultar útiles; sin embargo, se necesitan soportes ortopédicos para la espalda en caso de problemas graves. ⁽¹⁸⁾

Es importante mantener las actividades diarias habituales, desempeñar un papel activo e independiente en el seno de la familia y seguir trabajando.

b) Descanso: Los síntomas empeoran con el uso de sillas, sillones, colchones y asientos de automóviles demasiado blandos. Se recomienda usar sillas con respaldo recto, colchones duros o tableros de madera bajo el colchón.

c) Tratamiento Local: La fisioterapia y el tratamiento con calor local resultan útiles. Para aliviar el dolor de los dedos es recomendable, por ejemplo, calentar parafina mezclada con aceite mineral a una temperatura de 48 o a 51o C, para luego mojar los dedos o tomar baños tibios o calientes. Cuando la artrosis afecta el cuello, pueden ser útiles los masajes realizados por terapeutas profesionales, la tracción y la aplicación de calor intenso con diatermia o ultrasonido.

2.2.2. Diferencias Artrosis de Artritis

Ambos grupos de enfermedades son diferentes, el médico lo puede distinguir y manejar adecuadamente porque el tratamiento es diferente. La artritis es inflamatoria y se tiene que especificar el tipo de Artritis (Artritis Reumatoidea, Artritis Reactiva, Artritis Gotosa, Artritis P seronegativa, etc.) diferentes entre sí en cuanto a tratamiento y pronóstico y con mayor razón a la artrosis. La artritis tiene por lo general mayor gravedad y suele cursar con hinchazón, calor y enrojecimiento de la articulación. ⁽¹⁹⁾

2.2.1. Depresión

Depresión viene del latín depresión: hundimiento. El paciente se siente hundido con un peso sobre su existencia. Es un trastorno afectivo que varía desde: bajas transitorias del estado de ánimo que son características de la vida misma, hasta el síndrome clínico, de gravedad y duración importante con signos y síntomas asociados, marcadamente distintos a la normalidad. ⁽²⁰⁾

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.

La sensación de sentirse triste, decaído emocionalmente, y perder interés en las cosas que antes disfrutaba es lo que se llama depresión. Se debe saber que la depresión es una enfermedad como puede ser la diabetes o la artritis, y no es solo una sensación de tristeza o de desánimo. Esta enfermedad progresa cada día

afectando sus pensamientos, sentimientos, salud física, y su forma de comportarse.

La depresión no es culpa de la persona que la padece, como tampoco es una debilidad de la personalidad. Es una enfermedad medica que es muy frecuente y puede afectar a cualquier persona. Aproximadamente 1 de cada 20 personas, el doble de mujeres que de hombres ⁽²⁰⁾

2.2.2.1. Causas de la depresión

La depresión puede ser el resultado de muchas razones:

- La herencia genética (se trasmite en su familia).
- Otras enfermedades.
- Ciertos medicamentos.
- El uso de drogas o alcohol.
- Otros problemas mentales (psiquiátricos).

A veces una situación emocionalmente mala (pérdida de un familiar, una enfermedad que lo aqueja en ese momento o un problema de trabajo), pueden desencadenar la depresión o provocar que el paciente no se pueda recuperar completamente, pero en otras ocasiones se presenta incluso cuando todo en sus vidas marcha bien. Entre el 10 y 15 por ciento de las depresiones son provocadas por un problema médico (enfermedad del tiroides, el cáncer, o enfermedades neurológicas) o por medicamentos. Una vez que se da tratamiento contra la enfermedad, o se ajusta la dosis y el medicamento adecuados la depresión desaparecerá.

2.2.2.2. Síntomas de la depresión

Las personas que padecen de depresión tienen ciertos síntomas característicos que les afectan casi todos los días por lo menos por un periodo de dos semanas.

De estos síntomas los más característicos son :

- Perder interés en las cosas que antes disfrutaba.
- Sentirse triste, decaído emocionalmente o cabizbajo.

Y se asocian a los secundarios:

- Sentir que no tiene energía, cansado, o al contrario, sentirse inquieto y sin poder quedarse tranquilo.
- Sentir como que no vale nada o sentirse culpable.
- Que le aumente o disminuya el apetito o el peso.
- Tener pensamientos sobre la muerte o el suicidio.
- Tener problemas para concentrarse, pensar, recordar, o tomar decisiones.
- No poder dormir, o dormir demasiado.

Además se asocian otros síntomas de tipo físico o psicológico, como pueden ser:

- Dolores de cabeza.
- Dolores generales por todas las partes del cuerpo.
- Problemas digestivos o gástricos.
- Problemas sexuales.
- Sentirse pesimista.
- Sentirse ansioso o preocupado.
- Estado de ánimo deprimido o tristeza la mayor parte del tiempo (para lo que no parecería haber motivos)
- Falta de energía y sensación de cansancio permanente
- Desinterés por estar con amigos y familiares
- Irritabilidad, enojo o ansiedad
- Incapacidad para concentrarse

- Pensamientos de muerte o suicidio

Cuando alguien tiene cinco o más de estos síntomas la mayor parte del tiempo durante dos o más semanas, esa persona probablemente está deprimida. A veces, las personas atraviesan ataques en los que estos síntomas son realmente intensos; otras veces, estos mismos sentimientos pueden estar presentes a una menor escala todo el tiempo durante años. Algunas personas sólo tienen un episodio depresivo, o pueden llegar a tener más de uno después de haberse sentido mejor por un tiempo. Cuando una persona tuvo más de un ataque de depresión severa, un médico le diagnosticará un trastorno depresivo mayor.⁽²¹⁾

Los adolescentes que están deprimidos también pueden manifestar otras señales de advertencia o síntomas. Pueden aumentar sus problemas escolares debido a inasistencias, falta de interés o motivación, o concentración deficiente y baja energía mental a causa de la depresión. Algunos adolescentes directamente abandonan la escuela, ya que suponen que van a fracasar a causa de sus problemas.

Para los ancianos deprimidos que ya de por sí son autocríticos y sufren de baja autoestima, una enfermedad por más leve que sea puede llegar a ser algo intolerable. Quizá no se den cuenta de que la depresión les está causando problemas de concentración y sus pensamientos negativos probablemente los están llevando a suponer erróneamente que son tontos. También puede llegar a expresar sus sentimientos de ira o indiferencia bebiendo o consumiendo alcohol o automedicarse.

Algunos adultos mayores con depresión también tienen otros problemas que pueden intensificar sus sentimientos de inutilidad o sufrimiento. Los ancianos que se cortan a sí mismos, los que tienen

marcados sentimientos de fealdad y los que sufren trastornos de la alimentación pueden llegar a estar sufriendo una depresión no reconocida que requiere atención.

Toda persona tiene fluctuaciones del estado anímico y la tristeza ocasional es una emoción normal. Las tensiones normales de la vida pueden llevar a los adolescentes a sentirse tristes de vez en cuando. Eventos como una discusión con un amigo, una separación, un mal resultado en un examen, no ser elegidos en un deporte, la mudanza de un amigo fuera de la ciudad o la muerte de un ser querido pueden derivar en sentimientos de tristeza, dolor, desilusión o aflicción. Estas reacciones suelen ser breves y desaparecen con el tiempo y el afecto. En cambio, la depresión es algo más que sentirse melancólico, triste o de mal humor de tanto en tanto. La depresión es un estado de ánimo intenso que involucra tristeza, desánimo, desesperanza o desesperación; que dura semanas, meses o incluso más, y que afecta la capacidad de la persona de realizar sus actividades habituales.⁽²²⁾

La depresión afecta los pensamientos, la perspectiva y el comportamiento de la persona, así como su estado de ánimo. Además del sentimiento de depresión, la persona deprimida también puede sufrir otros síntomas, como cansancio, irritabilidad y cambios en el apetito.

Cuando una persona sufre de depresión, el mundo parece sombrío, y los pensamientos de esa persona reflejan la desesperación y el desamparo que siente. Las personas con depresión tienden a manifestar pensamientos negativos y autocríticos. Algunas veces, más allá de su valor real, las personas con depresión pueden sentirse inútiles y no queridas.

La depresión puede nublarlo todo y hacer que hasta los pequeños problemas parezcan abrumadores. Las personas deprimidas son incapaces de ver un futuro brillante y se sienten sin fuerzas para cambiar las cosas para mejor. Pueden sentir deseos de darse por vencidos. Pueden llorar por cosas sin importancia o incluso sin ninguna razón.

A causa de sus profundos sentimientos de tristeza y de su poca energía, las personas ancianas con depresión a veces se alejan de las personas que los rodean o de las actividades que alguna vez disfrutaron. Esto sólo hace que se sientan más solos y aislados, lo cual empeora la depresión.

La depresión puede ser leve o severa. En el peor de los casos, la depresión puede generar sentimientos de desesperación tan profundos que la persona piensa en el suicidio. La depresión también puede provocar síntomas físicos. Cuando están deprimidas, algunas personas sienten malestar estomacal, falta de apetito, aumento o pérdida de peso, dolores de cabeza y problemas para dormir

2.2.2.3. Tipos de depresión

- **Depresión severa:** Cuando la persona presenta casi todos los síntomas de la depresión y la depresión le impide realizar sus actividades de la vida diaria.⁽²²⁾
- **Depresión moderada:** Cuando la persona presenta muchos de los síntomas de la depresión y estos le impiden realizar las actividades de la vida diaria.

- **Depresión leve:** Cuando la persona presenta algunos de los síntomas de la depresión y el realizar sus actividades de la vida diaria toma un esfuerzo extraordinario.
- **Depresión Reactiva.** Las depresiones reactivas son las más comunes y del tipo que a todos nos es familiar. No presentan ciclos temporales regulares, por lo general no responden a las terapias físicas (fármacos) no se hallan genéticamente predisuestas y si responden a la terapia cognitivo-conductual. Este tipo de depresión normalmente parece coincidir con un acontecimiento adverso de la vida, tal como la muerte de un ser querido, el divorcio, las desavenencias conyugales, los problemas económicos o los problemas de desempleo. El inicio de la depresión no tiene porqué ocurrir inmediatamente después del acontecimiento, sino, a veces al cabo de unas semanas o meses. La primera aparición se produce, normalmente en la vida adulta temprana y está caracterizada por sintomatología física y psicológica variada. Es un estado más benigno y no psicótico, aunque, hasta cierto punto, la recuperación se ve influida por factores de personalidad.
- **Depresión Endógena.** Este tipo de depresiones son una respuesta a algún proceso endógeno o interno desconocido. Estas depresiones no son desencadenadas por ningún acontecimiento externo; simplemente, se abalanzan sobre la persona afectada. Por lo general, presentan ciclos temporales regulares y pueden ser bipolares o unipolares. La bipolar recibe el nombre de maníaco-depresiva (el individuo pasa repetidamente de la desesperación a un estado de ánimo neutro, de aquí a un estado maníaco hiperactivo y superficialmente eufórico, para volver a la desesperación,

pasando por el estado neutro). La unipolar consiste en una alternancia regular de desesperación y neutralidad, sin aparición de manía.

Las depresiones endógenas responden a menudo al tratamiento con fármacos y pueden tener un origen hormonal. También pueden hallarse genéticamente predispuestas (ej. si la madre es depresiva y el padre alcohólico es posible que el descendiente llegue a ser depresivo. Se ha dicho que en los hombres el alcoholismo es el equivalente de la depresión en las mujeres) y sus síntomas suelen ser más graves que los de las depresiones reactivas. ⁽²²⁾

2.2.2.4. Factores de la Depresión

- 1. 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. ⁽²³⁾

Este riesgo es algo mayor para las personas con trastorno bipolar. Sin embargo, no todas las personas que tienen 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.

- 2. Factores Bioquímicos:** Se ha demostrado que la bioquímica del cerebro juega un papel significativo en los trastornos depresivos. Se sabe, por ejemplo, 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 tienen un origen genético o es producido por estrés, por un trauma, o por una enfermedad física u otra condición ambiental.⁽²³⁾

3. **Situaciones estresantes:** Muerte de un familiar próximo o de un amigo, una enfermedad crónica, problemas interpersonales, dificultades financieras, divorcio pueden ocasionar síntomas de depresión que sostenidos a lo largo del tiempo pueden desencadenar en una depresión clínica.
4. **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.
5. **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 del tiempo un patrón de pensamiento depresivo.

- 6. La depresión en la mujer:** Las estadísticas muestran que las mujeres padecen más depresión que los hombres, esto se debe a que existen diferencias biológicas entre ambos. Los cambios hormonales, tales como estrógeno y progesterona parecen tener un efecto importante en el estado de ánimo de las mujeres.

Los cambios en los niveles hormonales se producen durante una serie de acontecimientos que están asociados a la depresión, en particular los cambios del ciclo menstrual, el embarazo, el aborto, el periodo de niños, el mantenimiento del hogar y un empleo.

Asimismo ciertos sucesos traumáticos como violaciones y otras formas de abuso sexual pueden contribuir a la incidencia creciente de la depresión en mujeres.

- 7. La depresión en el hombre:** Aunque el hombre tiene menos probabilidad de sufrir depresiones que la mujer, y a la vez es más reacio para admitir que tienen depresión. Por lo tanto, el diagnóstico puede ser más difícil de hacer.

El hombre es diagnosticado menos que la mujer. La depresión también puede afectar la salud física del hombre, aunque en una forma diferente a la de la mujer. Un estudio reciente indicó que la depresión se asocia con un riesgo elevado de enfermedad coronaria (infartos de corazón) en ambos sexos. Sin embargo, sólo el hombre tiene una tasa alta

de muerte debida a una enfermedad coronaria que se da junto con un trastorno depresivo.

El alcohol y las drogas enmascaran la depresión en el hombre más comúnmente que en la mujer. Igualmente, el hábito socialmente aceptable de trabajar en exceso, puede enmascarar una depresión. No es raro que la depresión en los hombres se manifieste con irritabilidad, ira y desaliento, en lugar de sentimientos de desesperanza o desamparo. Por lo tanto, puede ser difícil de reconocer. Incluso cuando el hombre se da cuenta de que está deprimido, comparado con la mujer, tiene más resistencia a buscar ayuda.

- 8. La depresión en la vejez:** Es erróneo creer que es normal que los ancianos se depriman. Cuando una persona mayor se deprime, a veces su depresión se considera erróneamente un aspecto normal de la vejez.

La depresión en los ancianos, si no se diagnostica ni se trata, causa un sufrimiento innecesario para el anciano y para su familia. Con un tratamiento adecuado tendría una vida placentera. Cuando la persona de edad va al médico, puede describir solo síntomas físicos siendo reacio a hablar de sus sentimientos de desesperanza y tristeza.

La persona puede no querer hablar de su falta de interés en las actividades normalmente placenteras, o de su pena después de la muerte de un ser querido, incluso cuando el duelo puede prolongarse por mucho tiempo.

Las depresiones subyacentes en los ancianos son cada vez más identificadas y tratadas por los profesionales de salud

mental. Los profesionales van reconociendo que los síntomas depresivos en los ancianos se pueden pasar por alto fácilmente. Los síntomas depresivos también pueden deberse a efectos secundarios de medicamentos que la persona está tomando, o debidos a una enfermedad física concomitante.

Si se hace el diagnóstico de depresión, el tratamiento con medicamentos o psicoterapia ayuda a que la persona deprimida recupere su capacidad para tener una vida feliz y satisfactoria. La investigación científica reciente indica que la psicoterapia breve puede ayudarlos en sus relaciones cotidianas y a aprender a combatir los pensamientos distorsionados negativamente que generalmente acompañan a la depresión. La psicoterapia es efectiva para reducir a corto plazo los síntomas de la depresión en personas mayores, también es útil cuando los pacientes no pueden o no quieren tomar medicamentos.

La depresión en la vejez puede tratarse eficazmente con tratamiento psicoterapéutico. El rápido reconocimiento y tratamiento de la depresión en la vejez hará que este periodo de la vida sea más placentero para el anciano deprimido, para su familia y para quienes le cuidan.⁽²³⁾

2.2.2.5. Actitud ante la Depresión

El desconocimiento de la depresión como enfermedad con todos sus posibles síntomas lleva a las personas a culparse a sí mismas por los síntomas, y no saben que existen tratamientos para la enfermedad. Por ello si se presentan algunos síntomas de la depresión debe de ponerse en contacto con su médico de familia, u otras organizaciones de salud. Por lo general lo que sucede entonces es que:

- Se tratara de determinar si existe una razón física que provoque la depresión.
- Se proporcionara tratamiento contra la depresión.
- Se recomendara al paciente a un especialista de salud mental para que se realicen más evaluaciones y tratamientos.

El tratamiento contra la depresión ayuda a reducir la preocupación de su enfermedad, y hace desaparecer todos los síntomas de la depresión permitiendo que reanude su vida normal. El tratamiento precoz es más eficaz y mientras más tiempo pase antes de iniciarlo más difícil será superar la depresión. El tratamiento puede notarse en algunas semanas, aunque a veces el correcto tratamiento no es el primero y será necesario cambiar el mismo hasta dar con el ideal para cada caso.⁽²⁴⁾

2.2.2.6. Tratamiento de la depresión

Los principales tratamientos contra la depresión son los siguientes:

- Los medicamentos antidepresivos.
- La psicoterapia (hablar con un terapeuta especializado en estos problemas)
- Una combinación de los medicamentos antidepresivos y la psicoterapia.

Existe un tratamiento adecuado para cada uno de los tipos de depresión y será su médico o terapeuta el que diagnostique el tipo de depresión que padece y comience el tratamiento más adecuado en su caso.

El tratamiento para la depresión generalmente es de dos pasos, el primero es intensivo para hacer que los síntomas de

la depresión desaparezcan, y el segundo es de continuación del tratamiento, incluso después de que se encuentre bien, es importante porque impide que la depresión regrese. El tratamiento en conjunto puede durar unos seis meses. A veces si la depresión es recurrente (tres o más episodios), se realiza un tratamiento de mantenimiento, por un periodo más largo, 1 ó 2 años.⁽²⁴⁾

➤ **Tratamiento Psicoterapéutico de la Depresión**

Cuando la depresión precisa tratamiento, este puede realizarse solo con fármacos, solo con psicoterapia o con una combinación de ambas. Habitualmente se considera que es la combinación de fármacos con psicoterapia la mejor elección de tratamiento en algunos casos de depresión.⁽²⁵⁾

Muchas de las técnicas de psicoterapia para la depresión tienen el inconveniente de la mayor dificultad para comprobar su eficacia de un modo científico. Es más fácil controlar y objetivar la eficacia de un medicamento que una técnica concreta de intervención psicoterapéutica. Por otra parte, la mayor parte de las psicoterapias no han sido desarrolladas para ser aplicadas en depresiones con sintomatología psicótica o en fases depresivas del trastorno bipolar, caracterizado por la presentación de episodios de depresión y manía alternantes.

La psicoterapia de apoyo intenta ayudar al paciente al lograr el mejor nivel de funcionamiento posible teniendo en cuenta los problemas concretos que le genera la enfermedad en su actividad habitual y en su entorno. Trata de aportar un soporte emocional al paciente y conseguir de él la mayor colaboración posible con el tratamiento. Se basa en técnicas de explicación

de la enfermedad, de adecuación de las expectativas de recuperación con la realidad, de educación para solventar problemas que la enfermedad genera, de desarrollo de sistemas de apoyo al enfermo y de apoyo afectivo del terapeuta hacia el paciente.

Dos de las psicoterapias más estudiadas y de eficacia contrastada son la psicoterapia interpersonal y la psicoterapia cognitiva. La primera busca mejorar la depresión a través de la mejora de las relaciones interpersonales, las cuales pueden estar alteradas y se consideran relacionadas con el inicio de los síntomas. La terapia cognitiva es una técnica dirigida y bien estructurada que busca corregir aquellos pensamientos alterados por su carga negativa o pesimista que se cree que están en el origen de la depresión, dado que el pensamiento se conecta intensamente con la afectividad y la conducta. Se trataría de localizar estos pensamientos y sustituirlos por otros más reales y positivos.

Casi todas las psicoterapias requieren un plazo largo de tratamiento, desde pocos meses a varios años, lo cual conlleva el problema de la continuidad de la terapia por parte del paciente cuando este ya se cree encontrar bien. En este sentido es necesario tener en cuenta que la psicoterapia no busca solo resolver un episodio depresivo sino también generar los cambios necesarios en la persona para intentar prevenir la recaída.

2.2.2.7. Aspectos Epidemiológicos

Los estudios epidemiológicos revelan que en el Perú, tiene prevalencia del 11,7% de donde entre el 4-6% (1 320 000 habitantes) de la población, necesita de un tratamiento antidepresivo farmacológico. El 30% de los pacientes que consultan en hospitales y clínicas son pacientes depresivos. El 80% de las personas que sufren depresión no consultan con su médico. La depresión en la adultez mayor es el resultado de diversos factores intervinientes que hacen complejo su estudio.

Se describe que, durante el envejecimiento se producen cambios biológicos y psicosociales los que a su vez se constituyen en factores de riesgo para desarrollar depresión en edades tardías, a nivel biológico se postula la hipótesis del cerebro añoso observando que además de los cambios anatómicos que se dan en el sistema nervioso central se producen cambios neuroquímicos. Se ha encontrado que neurotransmisores relacionados con la regulación del humor como la norepinefrina y serotonina se encuentran disminuidos en su producción y actividad. En el aspecto psicosocial se señalan como factores de riesgo: género masculino; bajo nivel educativo; pobreza; soledad; pobre soporte socio-familiar; enfermedades físicas; personalidades rígidas; autosuficientes y con rasgos obsesivos.⁽²⁵⁾

La mayoría de estas personas no son conscientes de su enfermedad y viven justificando sus síntomas; además, se puede observar el estigma de la enfermedad mental en la población del adulto mayor.

2.2.2.8. Diagnóstico

El diagnóstico de la depresión, como el de cualquier entidad médica, consiste en recopilar y organizar información junto con un alto índice de sospecha y de intuición fundada-. Por supuesto, como primer paso, el médico debe conocer los síntomas de la enfermedad la tríada de expresión de la depresión: somática, emocional y psíquica. Luego, el médico debe aprender cuándo, cómo y dónde debe buscar los síntomas de depresión; debe aprender cuándo tener en cuenta la depresión.⁽²⁵⁾

Por supuesto, algunos pacientes parecen tener una forma “pura” de depresión sin relación alguna con síntomas físicos. Pero la mayoría de los pacientes deprimidos que son vistos por el médico general presentan una depresión relacionada, de alguna manera, con padecimientos físicos. Este es el motivo por el cual consultan a un médico de atención primaria.

- A veces la depresión se halla oculta por síntomas físicos y emocionales que en general están asociados con ansiedad.
- A veces la depresión se expresa primordialmente por síntomas somáticos
- A veces el paciente presenta una patología orgánica que causa depresión la causa físicamente o tiene una respuesta emocional.
- Algunos pacientes, dado que padecen patologías orgánicas relacionadas con la edad el anciano o el adolescente presentan mayor riesgo de sufrir depresión.
- Algunas personas sometidas a stress por las circunstancias de vida se encuentran sometidas físicamente al stress y presentan riesgo de sufrir depresión.

Todos estos pacientes, no importa que relación guarde su depresión con una enfermedad física, expresan su depresión casi de la misma manera: por supuesto a través de sus síntomas, pero también a través de la forma en la cual se presentan, la forma en la cual caminan y hablan, y se ven y se visten. Y todos hablan el lenguaje de la depresión, un lenguaje que el médico debe aprender a entender. Algunos pacientes en la primera entrevista muestran un indicio de depresión que, de no haber tenido un elevado índice de sospecha, se hubiese pasado por alto. El tipo de depresión que presentan está oculto, enmascarado por síntomas atípicos. Pero si el médico conserva un elevado índice de sospecha y recuerda el espectro de síntomas depresivos, puede llegar al diagnóstico, incluso en estos pacientes. ⁽²⁶⁾

Como en cualquier otra patología médica, se requiere una historia clínica para juntar la información diagnóstica necesaria. Para la depresión, la historia clínica se amplía algo, se concibe de una manera algo diferente y se hace un interrogatorio más profundo sobre la situación vital del paciente, incluyendo el concepto de vida que tiene y cualquier intento de suicidio. Una vez que el médico sabe qué buscar, qué escuchar, a quién mirar, es menos difícil arribar al diagnóstico de depresión. A veces la depresión es el único diagnóstico que cabe ante un complejo de síntomas aparentemente no relacionados.

❖ **Errores habituales en el diagnóstico**

2. Con frecuencia se confunde la depresión ansiosa con la neurosis de angustia, y se la trata con tranquilizantes menores, inefectivos o que profundizan la depresión. El error diagnóstico es especialmente común en los pacientes de

mayor edad, por lo tanto, si un paciente de edad madura o mayor, sin antecedentes emocionales o psiquiátricos previos, se presenta con agitación precedida por un prolongado período de tensión, debe sospecharse depresión. ⁽²⁶⁾

3. Con frecuencia se pasa por alto el diagnóstico de depresión en los pacientes que sólo refieren trastornos del sueño y piden un sedante. El médico acepta frecuentemente el diagnóstico dado por el paciente y se conforma sin interrogar para obtener información de otros síntomas de depresión. Todos los pacientes con trastornos del sueño deben ser interrogados sobre la presencia de trastornos del estado anímico.

2.2.3. Identificación de los signos y síntomas de La Depresión

- **Estado de ánimo:** Este se encuentra bajo, el enfermo puede darse cuenta de esto, aunque es frecuente que los familiares cercanos, lo hayan notado. El paciente es visto como más callado, distante, serio, aislado, o irritable. Esto último puede ser un dato significativo del cambio en el carácter del paciente. Estar poco tolerante y sentir que solo a él le ocurren todas las cosas malas o que es él quien las provoca. El estado de ánimo puede variar a lo largo del día. El paciente deprimido, nota que hay una parte del día, en que se siente más triste, por ejemplo la mañana, y conforme pasa el día, va sintiéndose mejor. Puede haber llanto, con frecuencia, puede presentarse al recordar experiencias negativas en la vida reciente o remota.
- **Pérdida del interés por situaciones o actividades que antes le producían placer:** Esta es otra manifestación cardinal de la depresión. El paciente, ya no se interesa por las actividades que

antes le gustaba realizar. Por ejemplo: ir al cine, salir con amigos, oír música, leer, su propio trabajo. Esto puede deberse, a que ya no disfruta el efectuar esas actividades, o a que ya se le dificultan. Por ejemplo, si a una persona le gustaba leer, pero ahora le cuesta trabajo concentrarse y retener lo que esta leyendo, y hace un gran esfuerzo en esto, entonces empieza a no ser una actividad agradable. Lo mismo es el asistir a una reunión o una fiesta, la dificultad para interactuar con los demás se ve magnificada, por el hecho, que ahora el enfermo se siente con poca capacidad para estar bien con sus amigos y familiares, por lo que se torna un suplicio, el ver a los demás reír y divertirse, cuando es algo que él o ella no pueden experimentar. El pedirle a los deprimidos que "le eche ganas"; "Que no se den por vencido"; "Que se esfuerce y socialice", es solicitarle que vaya a contratarse y a sentirse peor.

- **Sentimientos de culpa.** Este tipo de síntoma, es muy frecuente en el deprimido. Ellos pueden pensar que están deprimidos, por cosas o situaciones que hicieron o dejaron de hacer en el pasado. Aun más pueden llegar a sentir que el estar deprimido es una forma de castigo, y que están expiando sus culpas a través de su enfermedad. Finalmente en algunas formas de depresión psicótica, el enfermo puede tener ideas delirantes (ideas fuera del juicio de realidad), de que están pagando no solo con sus culpas, sino las culpas de alguien más o que están expiando los pecados de tal o cual grupo de seres marginados, etc. Pueden incluso, existir alucinaciones auditivas, que los acuse e insulten.
- **Ideación suicida:** Los enfermos con depresión se suicidan con una alta frecuencia. El médico puede tener miedo de preguntar respecto a esto, porque puede suponer que el enfermo no ha pensado en eso, o por lo menos no ha pensado en eso formalmente, y que al hacer semiología en esta área, puede "despertar", la ideación suicida. Pero el enfermo ya lo ha pensado y

es más, él desea que se le interrogue al respecto. Porque, desea y necesita que lo ayuden a no llevar a cabo este tipo de ideas.

- **Algunos pacientes con depresión, pueden tener datos de insomnio inicial (incapacidad para iniciar el sueño por más de 30 minutos, en el horario acostumbrado);** o insomnio termina (fragmentación del sueño, con despertares de más de 20 minutos o levantarse de la cama, sin que sea para ir al baño). En un laboratorio de sueño, el enfermo con depresión tiene una serie de alteraciones, de las fases o estadios de sueño, como son: menor cantidad de fases de sueño III y IV (sueño delta), un inicio rápido al sueño de movimientos oculares rápidos (latencia acortada al SMOR); fragmentación del sueño y despertar matutino prematuro. Sin embargo, puede haber algunos enfermos, que en vez de presentar una baja en calidad y cantidad de sueño, tienen lo opuesto, es decir un exceso de sueño. Estas son personas que duermen de nueve a diez horas, y que refieren que entre más duermen, más deprimidos se sienten, con gran estado de adinamia, debilidad y lentitud psicomotriz.
- **Insomnio y otros trastornos del sueño en la depresión:** El insomnio es la manifestación de sueño insuficiente o poco reparador. En el caso de los enfermos deprimidos, la forma más típica, es el insomnio de la última parte de la noche, también llamado insomnio terminal o tardío. El paciente se despierta a las 03:00 hr de la madrugada, por ejemplo, y no puede volverse a dormir. En esas horas de soledad nocturna, el paciente, inicia con una serie de pensamiento pesimistas y de impotencia, que le impiden dormir nuevamente ("un día más"; "ni siquiera esto puedo hacer bien"; "no voy a poder continuar con esto"). Despertarse una hora mas temprano, del horario habitual, que solía tener el

paciente, antes del inicio de su depresión, es considerado como despertar matutino prematuro, o insomnio terminal. En este sentido, una pregunta clave es: ¿a qué hora se solía despertarse por última vez en la mañana, para levantarse, antes de estar deprimido? Y ¿A qué hora en promedio se ha estado despertando sin poder dormir nuevamente, en la última semana

- **Disminución de energía:** Esto es referido por el paciente, como una gran dificultad para moverse, para arreglarse, asearse, como dificultad para iniciar labores mínimas, o que requiere de un gran esfuerzo para llevarlas a cabo: "siento como si estuviera con las pilas bajas"; "no me dan ganas de nada, solo quiero estar en la cama tumbado sin hacer nada"; "las cosas las hago como en cámara lenta". Aquí hay que evaluar, que cosas ya no puede hacer el paciente, y esto va desde que requiere un gran esfuerzo para trabajar, para su aliño, hasta dejar de trabajar y estar únicamente acostado o en una posición fija todo el tiempo. Los enfermos pueden llegar a un tipo de estupor, que dificulta mucho la entrevista clínica, con una gran lentitud para responder, o solo lo hacen con movimientos de cabeza. El mutismo o estupor del deprimido, se diferencia de la catatonía, que también es un tipo de inmovilidad, en que en esta última, el enfermo tiene un signo llamado: "Flexibilidad cética" (de cera de las velas), en donde se le coloca, al enfermo en posiciones antigravitatorias incómodas, por ejemplo con un brazo levantado, como de estatua de cera, y este permanece por un largo rato. Situación que no ocurre con el enfermo deprimido. ⁽²⁶⁾
- **Agitación psicomotriz y ansiedad psíquica:** Estas son dos manifestaciones que se pueden presentar en depresiones, en donde hay un componente sintomático ansioso importante. El médico, puede evaluar desde la inspección general al paciente, su

estado de agitación psicomotriz, de estar presente, el paciente mueve las manos o los pies de manera inquieta, juguetea con los cabellos, se seca las manos, se levanta y sienta, etc. Además el paciente puede referir que se siente "nervioso", agitado, que no puede estar tranquilo, que se está preocupando mucho por cosas pequeñas que antes no le preocupaban, y aquí habrá que pedirle ejemplos de las mismas: "Ahora me preocupo mucho por la hora que llega mi marido, si no me habla dos o tres veces al día estoy nerviosa, esto no me sucedía antes" .

- **Malestares físicos:** Es común que el paciente con depresión presente una serie de malestares, poco sistematizados, pero que pueden ser severos: cefalea, dispepsias, boca seca, náusea, suspiros excesivos, sensación de respiraciones que no son suficientes, malestares musculares. Etc.
- **Alteraciones gastrointestinales y pérdida de peso:** Es frecuente que los pacientes con depresión, presenten baja en su apetito, con una disminución significativa de su peso corporal. Esto se puede cuantificar en kilos, si es que el paciente se ha pesado o en tallas de ropa, ya que el paciente, siente que su ropa le queda holgada. Una pérdida de peso de más de 5 kg, sin dieta, deberá de ser estudiada, descartando problemas médicos, trastornos de la alimentación, sobre todo si la paciente es mujer (v.g. anorexia o bulimia) y dietas. Por otro lado algunos pacientes con depresión pueden aumentar de peso, esto se ve más frecuentemente, en los enfermos con sueño excesivo, apetencia por alimentos ricos en carbohidratos e inhibición psicomotriz. A este cuadro que se ha descrito se le denomina: depresión afectiva estacional, porque es común que con esas características clínicas, se presente con más

frecuencia en el invierno. También se le ha llamado depresión atípica.

- **Disminución del deseo sexual.** Se ha notada una baja en el deseo sexual (líbido), o disfunción eréctil en el hombre y anorgasmia en la mujer. ⁽²⁶⁾

2.2.8. Los Modelos y teorías que fundamentan la investigación

- **Según Hildegard Peplau y su “modelo de relaciones interpersonales”:** La define como un individuo, no incluye a las familias, grupos ni comunidades. La describe como un organismo en desarrollo que se esfuerza por reducir la ansiedad provocada por las necesidades. “Según Peplau la persona vive en un equilibrio inestable”. ⁽²⁷⁾

Peplau basa su modelo en la enfermera psicodinámica, que ella define como la utilización de la comprensión de la conducta de uno mismo para ayudar a los demás a identificar sus dificultades. La enfermera psicodinámica aplica los principios de las relaciones humanas a los problemas que surgen en todos los niveles de la experiencia humana.

Las dificultades que podemos encontrar en el modelo de Peplau son:

- Que la enfermera ha de asumir distintos roles, dado que el modelo de Peplau utiliza este enfoque como la principal base por los cuidados, la enfermera ha de ser capaz de controlar las emociones que emanan de su representación de nuevos roles, tanto ella como el paciente.

Peplau reconoció el proceso de enfermería como una relación terapéutica consta de 4 fases.

1. **Orientación:** durante esta fase el individuo tiene una necesidad sentida. la enfermera ayuda al paciente a reconocer su problema.
2. **Identificación:** el paciente se identificación los que le pueden ayudar, la enfermera permite la exploración de los sentimientos para ayudar al paciente a superar la enfermedad.
3. **Explotación:** el paciente intenta derivar un valor completo de lo que se le ofrece como relación
4. **Resolución:** el paciente olvida sus viejas metas gradualmente y adopta nuevas. El paciente se libera.

➤ **Calixta Roy el modelo de la adaptación.**

El objetivo de la enfermería es la persona, un ser biopsicosocial; el cual se identifica como un sistema adaptativo con dos procesadores internos: el regulador y el cognoscitivo. La meta de la enferma es ayudar al hombre a alcanzar la salud al proponer y apoyar la adaptación de la persona a los estímulos en una o más de las formas adaptativas.⁽²⁸⁾

Roy basa su modelo en el trabajo de Harry Helson en psicofísica, además aplica los conocimientos de otras ciencias como la fisiología. Estuvo influida por la capacidad de los niños para adaptarse a los cambios más significativos, hecho que observó cuando trabajaba en enfermería pediátrica.

El modelo de Roy es determinado como una teoría de sistemas con un análisis significativo de las interacciones. La terminología proviene de otras disciplinas distintas a la enfermería, por lo que

dificulta su aplicación en el campo “cuidado enfermero” y pierde el objeto de estudio.

El modelo partiendo de lo deductivo –es decir de otras ciencias– se queda en definiciones, no diciendo como aplicarlo a los cuidados de enfermería, no demostrando lo que define. La finalidad de “el por qué y para qué” del modelo en el proceso de cuidar, no lo explica.

El modelo contiene 5 elementos esenciales:

1. Paciente (persona que recibe los cuidados enfermera).
2. Meta de la enfermería (que se adapte al cambio).
3. Salud
4. Entorno.
5. Dirección de actividades enfermeras (que facilitan la adaptación).

Los modos adaptativos pueden ser utilizados para determinar el nivel de adaptación de una persona, y para identificar las respuestas adaptativas o ineficaces mediante la observación de la conducta de la persona en relación con los modos de adaptación.

Roy dice que la enfermera es requerida cuando la persona en el proceso de afrontamiento se queda con pocas energías. En el Modelo Roy no especifica que es quedarse con pocas energías, con lo cual, no sabemos cuando vamos a ser requeridas.⁽²⁸⁾

- **Jerarquía de las Necesidades, Según Maslow** : La jerarquía de las necesidades de Maslow o pirámide de Maslow, es una teoría psicológica propuesta por Abraham Maslow. Una teoría sobre la motivación humana con base en el concepto de jerarquía de necesidades que influyen en el comportamiento

humano. Maslow concibe esa jerarquía por el hecho de que el hombre es una criatura cuyas necesidades crecen durante su vida. A medida que el hombre satisface sus necesidades básicas, otras mas elevadas ocupan el predominio de su comportamiento. De acuerdo con Maslow, las necesidades humanas tienen la siguiente jerarquía:

- a) Necesidades fisiológicas: alimentación, descanso, eliminación, higiene y movilización.
- b) Necesidades de seguridad: estabilidad, seguridad y protección contra el peligro.
- c) Necesidades sociales: afecto, necesidad de pertenencia y aceptación.
- d) Necesidades de estima: respeto, reconocimiento y atención.
- e) Necesidades de autorrealización: desarrollo, autonomía y realización potencial. ⁽²⁹⁾



En general, la teoría de Maslow presenta los aspectos siguientes:

1. Una necesidad satisfecha no origina ningún comportamiento; solo las necesidades no satisfechas influyen en el comportamiento y lo encaminan hacia el logro de objetivos individuales.
2. El individuo nace con un conjunto de necesidades fisiológicas que son innatas o hereditarias. Al principio, su comportamiento gira en torno de la satisfacción cíclica de ellas (hambre, sed, ciclo sueño, actividad, etc.)
3. A partir de cierta edad, el individuo comienza un largo aprendizaje de nuevos patrones de necesidades. Surge la necesidad de seguridad, enfocada hacia la protección contra el peligro, contra las amenazas y contra las privaciones. Las necesidades fisiológicas y las de seguridad constituyen las necesidades primarias y tienen que ver con su conservación personal.
4. En la medida en que el individuo logra controlar sus necesidades fisiológicas y de seguridad, aparecen lenta y gradualmente necesidades más elevadas como: las sociales, de estima y de autorrealización. Cuando el individuo logra satisfacer sus necesidades sociales, surgen las necesidades de autorrealización; Los niveles más elevados de necesidades solo surgen cuando los niveles más bajos han sido alcanzados por el individuo. No todos los individuos sienten las necesidades de autorrealización, ni siquiera el nivel de las necesidades de estima, ello es una conquista individual.

5. Las necesidades más bajas (comer, dormir, etc.) requieren un ciclo motivacional relativamente rápido, en tanto que las más elevadas necesitan uno mucho más largo. Si alguna de las necesidades más bajas deja de ser satisfecha durante un largo período, se hace imperativa y neutraliza el efecto de la más elevada. Las energías de un individuo se desvían hacia la lucha por satisfacer una necesidad cuando esta existe.⁽⁹⁶⁾

2.3. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS

- **Artrosis:** La artrosis es una enfermedad producida por el desgaste del cartílago, tejido que hace de amortiguador al proteger los extremos de los huesos y que favorece el movimiento de la articulación.
- **Depresión:** La depresión (del latín depressio, que significa «opresión», «encogimiento» o «abatimiento») es un trastorno del estado de ánimo, ya sea desde el punto de vista de la psicología o desde el punto de vista de la psiquiatría, pero siempre dentro del ámbito de la psicopatología. Según el modelo médico, la psiquiatría la describe como un trastorno del estado de ánimo y su síntoma habitual es un estado de abatimiento e infelicidad que puede ser transitorio o permanente.
- **Adulto Mayor:** Este es el término o nombre que reciben quienes pertenecen al grupo etáreo que comprende personas que tienen más de 65 años de edad. Por lo general, se considera que los adultos mayores, sólo por haber alcanzada este rango de edad, son lo que se conocen como pertenecientes a la tercera edad, o ancianos
- **Signos:** cualquier manifestación de una enfermedad o alteración de la salud.

- **Síntomas:** Síntoma es, en medicina, la referencia subjetiva que da un enfermo por la percepción o cambio que reconoce como anómalo, o causado por un estado patológico o enfermedad
- **Influencia:** La influencia es la habilidad de ejercer poder (en cualquiera de sus formas) sobre alguien, de parte de una persona, un grupo o de un acontecimiento en particular

2.4. HIPÓTESIS

2.4.1 Hipótesis General

- Los signos y síntomas de la artrosis afectan la salud mental del adulto mayor del Ignacia Rodolfo Viuda De Canevaro Lima 2014.

2.4.2. Hipótesis Específicas

- Los signos y síntomas de artrosis influyen en la depresión en el adulto mayor del Ignacia Rodolfo Viuda De Canevaro Lima 2014.
- El nivel de depresión del adulto mayor del Ignacia Rodolfo Viuda De Canevaro Lima 2014, es moderada
- El nivel de depresión que presenta es producto de la artrosis y de la falta de apoyo emocional en el adulto mayor del Asilo Ignacia Rodolfo Viuda De Canevaro Lima 2014

2.5. VARIABLES

✓ Variable independiente

Influencia de signos y síntomas de artrosis

✓ Variable dependiente

Nivel de depresión del adulto mayor

2.5.1. Definición conceptual de la variable

- **Influencia de signos y síntomas de artrosis:** Son las manifestaciones clínicas que presenta el paciente, en este caso es lo que refiere el adulto mayor como dolor, deformidad de los miembros o zonas afectadas entre otros.
- **Nivel de depresión del adulto mayor:** Es el trastorno del estado de ánimo y su síntoma habitual es un estado de abatimiento e infelicidad que puede ser transitorio o permanente.

2.5.2. Definición operacional de la variable

- **Influencia de signos y síntomas de artrosis:** ES la aceptación y no aceptación de estos signos y síntomas en el adulto mayor que muchas veces se evidencia con el aspecto físico o facial, que se refleja en su forma de actuar e interactuar con los demás.
- **Nivel de depresión del adulto mayor:** Es la manifestación del ánimo del adulto mayor que se evidencia como alto medio o bajo.

2.5.3. Operacionalización de la variable

VARIABLE	DIMENSION	INDICADORES
V.I Influencia de signos y síntomas de artrosis	Signos	<ul style="list-style-type: none"> - Sedentarismo - Actividad Física - Discapacidad Física - Lesiones locales - Nódulos de heberden o bouchard - Degeneración articular
	Síntomas	<ul style="list-style-type: none"> - Dolor - Rigidez - Deformación - Chasquido o crepitación - Perdida de la movilidad - Inflamación - Degeneración osea - Contractura - Endurecimiento - Limitación del movimiento - Debilidad en los miembros
V.D Nivel de depresión del adulto mayor	Depresión	<ul style="list-style-type: none"> - Leve - Moderada - Severa - No presenta depresión

CAPITULO III: METODOLOGIA

3.1. TIPO Y NIVEL DE LA INVESTIGACIÓN

El tipo de estudio en la presente investigación es:

Es descriptivo, porque se pretende determinar y describir una realidad un hecho conforme se presenta.

Es correlacional, Porque determinaremos la relación existente entre las variables

Es prospectivo, porque se registrará la información según la ocurrencia de los hechos.

Es de corte transversal, porque el estudio se realizará en un tiempo determinado..

3.2 DESCRIPCIÓN DEL ÁMBITO DE LA INVESTIGACIÓN

La Fundación es una persona jurídica de derecho privado con fines filantrópicos, instituida en virtud del testamento de la distinguida dama peruana Doña Ignacia Rodolfo Vda. de Canevaro cuya vida se distinguió por ayudar a la infancia y adultos mayores en abandono. La voluntad de Doña Ignacia Rodolfo Vda. de Canevaro, tal como se indica en su testamento era la continuación de obras de piedad y beneficencia especialmente dirigidas al apoyo de ancianos y niños en abandono, tareas que en la actualidad viene realizando nuestra Fundación.

La Fundación se autofinancia administrando los bienes de su propiedad, buscando el incremento de su patrimonio y la mayor rentabilidad del mismo, en aras de cumplir con su finalidad.

La Junta constituye el órgano máximo de la Fundación, con plenas facultades para dirigir su funcionamiento, adoptando las decisiones que estime conveniente para el logro de sus objetivos

3.3. POBLACIÓN Y MUESTRA

3.3.1. Población:

La población de estudio estuvo conformada por Adultos mayores albergados en el asilo de Ancianos Ignacia Rodolfo Viuda De Canevaro Lima 2014.

3.3.2. Muestra:

La muestra está constituida por pacientes adultos mayores siendo elegidos de manera intencional, 50 pacientes para evitar discriminar a la población muestral, teniendo en cuenta los siguientes criterios de inclusión y de exclusión:

3.4 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

La técnica que se utilizó es la encuesta y el instrumento el cuestionario validado para determinar la influencia de los signos y síntomas de la artrosis, en el nivel de depresión del adulto mayor en el asilo Ignacia Rodolfo Viuda De Canevaro Lima 2014.

El instrumento para medir la depresión que se utilizó fue la escala de depresión geriátrica de Yesavage es específica para aplicar con la población anciana. Se puede personalizar los test con nombres y apellidos, fecha de nacimiento, e imprimirlos para valorar así la evolución en el tiempo de cada persona; consta de 30 ítems referidos al estado de depresión en el que se encuentra el paciente adulto mayor, y se asigna un punto por cada respuesta que coincida con la reflejada en la columna de la derecha, y la suma total se valora como sigue:

0-10: Normal.

11-14: Depresión (sensibilidad 84%; especificidad 95%).

>14: Depresión (sensibilidad 80%; especificidad 100%).

3.5. VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO

Para determinar la validez se aplicó la validez y confiabilidad de criterios se tuvo en cuenta la opinión y juicio de expertos (prueba binomial), a profesionales de salud conformado por 2 enfermera, 2 Psicólogos y 1 un profesional especialista en salud mental, además, se empleará la validez por constructo y contenido a través del coeficiente de Correlación de Pearson a fin de realizar algunas modificaciones en base a las sugerencias.

3.6. PLAN DE RECOLECCIÓN Y PROCESAMIENTO DE DATOS

Determinada la muestra, seguidamente se diseña un plan para realizar el trabajo de campo en primera instancia, se solicitó permiso las autoridades del Asilo Ignacia Rodulfo Viuda De Canevaro, para poder ingresar y aplicar el instrumento 3 veces por semanas durante 3 meses, se explica en qué consiste el trabajo de investigación y se procede a la aplicación del instrumento, luego se revisa los instrumentos aplicados, se organiza y tabula la información obtenida se somete a un análisis estadístico, empleando el sistema EXCEL o SPSS.

Obtenidos los datos se procedió al análisis de los resultados haciendo uso de la prueba estadística del chi cuadrado con un nivel de confianza del 95% y un margen de error del 5% para comprobar si existe o no relación entre la preparación psicológica y la presencia de ansiedad.

Donde:

= Ji cuadrado

f_o = Frecuencia Observada

f_e = Frecuencia Esperada

Σ = Sumatoria

CAPITULO IV: RESULTADOS

Tabla N° 1

SIGNOS Y SÍNTOMAS DE LA ARTROSIS EN EL NIVEL DE DEPRESIÓN DEL ADULTO MAYOR EN EL ASILO IGNACIA RODULFO VIUDA DE CANEVARO LIMA 2014.

Los signos y síntomas influyen en la artrosis y en el nivel de depresión	f _i	h _i
Signos	26	40
Síntomas	34	60
Total	50	100.0

Análisis:

En la tabla N° 1, se evidencia que los signos influyen en la artrosis y en el nivel de depresión en un 40% equivalente a 26 adultos de la muestra y los síntomas influyen en la artrosis y en el nivel de depresión en un 60%, equivalente a 34 adultos mayores de la muestra depresión en el asilo ignacia rodulfo viuda de canevaro, Ante la prueba estadística del Chi cuadrado, existe una relación altamente significativa entre los signos y síntomas de la artrosis y el nivel de depresión del adulto mayor en el asilo Lira dela ciudad de Arequipa ($p=0,0002$). Ante la prueba de riesgo, el tener signos y síntomas de la artrosis se constituye en riesgo leve para tener un nivel de depresión alto($OR=1.07$), es decir, existe 1.07 veces más riesgo que los adultos mayores presentes niveles de depresión bajo si existe la presencia de signos y síntomas de la enfermedad “artrosis”.

Tabla N° 2

SIGNOS Y SÍNTOMAS DE LA ARTROSIS QUE AFECTAN LA SALUD MENTAL HASTA LLEVARLOS A LA DEPRESIÓN AL ADULTO MAYOR DEL ASILO IGNACIA RODULFO VIUDA DE CANEVARO LIMA 2014.

Los signos y síntomas influyen en la artrosis y en el nivel de depresión	f_i	h_i
SIGNOS		
Sedentarismo	10	25
Actividad Física	5	13
Degeneración Articular	5	12
SINTOMAS		
Dolor	17	30
Degeneración	9	12
Debilidad de los miembros	4	8
Total	50	100.0

Análisis:

En la tabla N° 2, se evidencia que los signos de la artrosis que afectan la salud mental hasta llevarlos a la depresión al adulto mayor del asilo ignacia rodulfo viuda de canevaro, es el sedentarismo con un 25%, equivalente a 10 adultos mayores, seguido de la actividad física y la degeneración articular con un 13% equivalente a 5 adultos mayores respectivamente; así mismos los síntomas de la artrosis que afectan la salud mental hasta llevarlos a la depresión al adulto mayor del Asilo Lira, es el dolor en un 30% equivalente a 17 pacientes, seguido de la degeneración ósea en un 12% equivalente a 9 adultos mayores y solo un 8% equivalente a 4 adultos mayo es manifiestan que es la debilidad de los miembros los síntomas de la artrosis que afectan la salud mental hasta llevarlos a la depresión al adulto mayor del asilo ignacia rodulfo viuda de canevaro.

Tabla N° 3

SIGNOS Y SÍNTOMAS QUE EVIDENCIAN DEPRESIÓN EN EL ADULTO MAYOR DEL ASILO IGNACIA RODULFO VIUDA DE CANEVARO LIMA 2014.

Los signos y síntomas influyen en la artrosis y en el nivel de depresión	f_i	h_i
SIGNOS		
Sedentarismo	20	25
Actividad Física	12	15
Degeneración Articular	8	10
SINTOMAS		
Dolor	25	30
Degeneración ósea	10	12
Debilidad de los miembros	5	8
Total	50	100.0

Análisis:

En la tabla N° 3, se observa que los signos que evidencia depresión en el adulto mayor del asilo ignacia rodulfo viuda de canevaro., es el sedentarismo con un 25%, equivalente a 20 adultos mayores, seguido de la actividad física con un 15% equivalente a 12 adultos mayores y la degeneración articular con un 10% equivalente a 8 adultos mayores de la muestra; así mismos los síntomas que evidencia depresión en el adulto mayor del asilo ignacia rodulfo viuda de canevaro, es el dolor en un 30% equivalente a 25 pacientes, seguido de la degeneración ósea un 12% equivalente a 10 adultos mayores y solo un 8% equivalente a 5 adultos mayo es manifiestan que los síntomas de la artrosis que afectan la salud mental.

Tabla N°4

**NIVEL DE DEPRESIÓN DEL ADULTO MAYOR DEL ASILO IGNACIA
RODULFO VIUDA DE CANEVARO LIMA 2014**

Nivel de depresión del adulto mayor	f_i	h_i
ALTO	38	70
MEDIO	10	25
BAJO	2	5
Total	50	100.0

Análisis:

En la tabla N° 4, se evidencia que el Nivel de depresión del adulto mayor del asilo ignacia rodulfo viuda de canevaro., es alto con un 70% equivalente a 38 adultos mayores, seguido de un nivel medio de depresión con un 25%, equivalente a 10 adultos mayores y solo un 5% tienen un nivel de depresión bajo.

Tabla N°5

**ENFERMEDAD DE ARTROSIS ES LA QUE INFLUYE EN LA DEPRESIÓN
EN EL ADULTO MAYOR DEL ASILO IGNACIA RODULFO VIUDA DE
CANEVARO LIMA 2014.**

Enfermedad de artrosis es la que influye en la depresión en el adulto mayor	f_i	h_i
INFLUYE	46	95
NO INFLUYE	4	5
Total	50	100.0

Análisis:

En la tabla N° 5, se evidencia que Enfermedad de artrosis es la que influye en la depresión en el adulto mayor del asilo ignacia rodulfo viuda de canevaro.es decir l enfermedad de artrosis influye en la depresión del adulto mayor en un 95% equivalente a 46 pacientes, y solo un 5% equivalente a 4 adultos mayores manifiestan que ya no hay cupos.

DISCUSION

Se evidencia que los signos influyen en la artrosis y en el nivel de depresión en un 40% equivalente a 26 adultos de la muestra y los síntomas influyen en la artrosis y en el nivel de depresión en un 60%, equivalente a 34 adultos mayores de la muestra depresión en el asilo ignacia rodulfo viuda de canevaro, Ante la prueba estadística del Chi cuadrado, existe una relación altamente significativa entre los signos y síntomas de la artrosis y el nivel de depresión del adulto mayor en el asilo Lira de la ciudad de Arequipa ($p=0,0002$). Ante la prueba de riesgo, el tener signos y síntomas de la artrosis se constituye en riesgo leve para tener un nivel de depresión alto ($OR=1.07$), es decir, existe 1.07 veces más riesgo que los adultos mayores presentes niveles de depresión bajo si existe la presencia de signos y síntomas de la enfermedad “artrosis”.

Se encontro similitud con la tesis presentada por Crespo Vallejo Jonathan Raúl en Ecuador – Cañar realizo un estudio 2011 acerca de “Prevalencia de depresión en adultos mayores de los asilos de los cantones Azogues, Cañar, Tambo y Déleg de la provincia del Cañar” el objetivo determinar la Prevalencia de la Depresión en Adultos Mayores, en Asilos de la Provincia del Cañar (Rosa Elvira De León, Fundación de Protección al Anciano, Casa de Reposo Padre NelloStoroni y San Bartolomé). Estudio Descriptivo la población estuvo conformada por 84 adultos mayores residentes en casas de reposo. El instrumento fue la escala de depresión de Yesavage, obteniéndose que: “El 70% de los adultos mayores obtuvo un puntaje mayor a 4, que según esta escala corresponde a depresión, el restante 30% obtuvo un puntaje igual o menor a 4 que 24 corresponde a normal. De los 33 varones a los que se aplicó el test el 69,70% presentan depresión, y de las 51 mujeres el 70,59% presentan depresión. El Asilo, que más casos de depresión presenta, es el asilo rosa elvira de león, con 20 casos que representan el 33,90%. El rango de edad que más casos de depresión presenta, tanto para el sexo masculino como para el femenino, es el comprendido entre los 80 – 89 años, representando el 47.83% para el sexo masculino y el 36.11% para el femenino.

Se evidencia que los signos de la artrosis que afectan la salud mental hasta llevarlos a la depresión al adulto mayor del asilo ignacia rodulfo viuda de

canevaro, es el sedentarismo con un 25%, equivalente a 10 adultos mayores, seguido de la actividad física y la degeneración articular con un 13% equivalente a 5 adultos mayores respectivamente; así mismos los síntomas de la artrosis que afectan la salud mental hasta llevarlos a la depresión al adulto mayor del Asilo Lira, es el dolor en un 30% equivalente a 17 pacientes, seguido de la degeneración ósea en un 12% equivalente a 9 adultos mayores y solo un 8% equivalente a 4 adultos mayo es manifiestan que es la debilidad de los miembros los síntomas de la artrosis que afectan la salud mental hasta llevarlos a la depresión al adulto mayor del asilo ignacia rodulfo viuda de canevaro.

Se encontro similitud con la tesis presentada por Giacoman Claudia México realizo un estudio de investigación “Depresión y escolaridad en adultos mayores”. El objetivo fue determinar si el nivel educativo influye en la presencia de síntomas depresivos en el adulto mayor. Se evaluó una muestra de 30 adultos mayores de 65 a 76 años, dividida en dos grupos, uno de 16 participantes con escolaridad primaria y secundaria (8 hombres y 8 mujeres, edad media = 70.94), y otro grupo con 14 participantes con escolaridad de preparatoria a universidad (7 hombres y 7 mujeres, media de edad = 70.00). Para evaluar la presencia de síntomas depresivos se aplicó la Escala de depresión de Yesavage. Resultados: El análisis de varianza ANCOVA, con género como covariable, no mostró una influencia significativa de nivel escolar sobre la presencia de síntomas depresivos de los grupos “Las puntuaciones de los participantes en la escala de depresión se ubican dentro del rango normal, lo que sugiere que factores independientes a la escolaridad, tales como el estilo de vida y la salud, tienen efectos favorables en el estado emocional del adulto mayor

Se observa que los signos que evidencia depresión en el adulto mayor del asilo ignacia rodulfo viuda de canevaro., es el sedentarismo con un 25%, equivalente a 20 adultos mayores, seguido de la actividad física con un 15% equivalente a 12 adultos mayores y la degeneración articular con un 10% equivalente a 8 adultos mayores de la muestra; así mismos los síntomas que evidencia depresión en el adulto mayor del asilo ignacia rodulfo viuda de canevaro, es el dolor en un 30% equivalente a 25 pacientes, seguido de la degeneración ósea un 12% equivalente a 10 adultos mayores y solo un 8%

equivalente a 5 adultos mayo es manifiestan que los síntomas de la artrosis que afectan la salud mental.

Se encontro similitud con la tesis presentada por Francia Ruelas, Kelly Yemira en lima – Perú el año 2010 realizo un estudio acerca de “Factores Biopsicosociales que influyen en los niveles de depresión de los adultos mayores del C.S. materno infantil tablada de Lurín”. El objetivo fue determinar los factores biopsicosociales que influyen en los niveles de depresión de los adultos mayores. El estudio fue de tipo descriptivo de correlación y de corte transversal. La población estuvo constituida por 44 adultos mayores que conforman el grupo “Edad de Oro”. La técnica utilizada fue la entrevista y los instrumentos un cuestionario de factores biopsicosociales y la Escala abreviada de depresión geriátrica de Yesavage. En dicho estudio se concluye con lo siguiente: “La mayoría de adultos mayores presentó un nivel de depresión leve, seguidos por un nivel normal y en su minoría un nivel de depresión severa. La depresión en el adulto mayor es una enfermedad que afecta fundamentalmente el estado de ánimo, alteraciones cognitivas, alteraciones en la funcionalidad, pérdida de placer, entre otras y ocasiona una disminución en la calidad de vida de la persona que la presenta.” 21 “Se encontró que los factores biopsicosociales influyen mayoritariamente en el nivel de depresión leve, donde el factor biológico indica un 38,6%, el factor psicológico un 50% y el factor social un 34,1%. El factor biológico más relevante indica la disminución de la libido con un 59,1%, seguido por el factor psicológico, donde el sentimiento de soledad y autoestima evidenciaron un 50% cada uno y en el factor social, las dificultades económicas influyen con un 59,1%, entre los más principales.

Se evidencia que el Nivel de depresión del adulto mayor del asilo Ignacia Rodolfo Viuda de Canevaro., es alto con un 70% equivalente a 38 adultos mayores, seguido de un nivel medio de depresión con un 25%, equivalente a 10 adultos mayores y solo un 5% tienen un nivel de depresión bajo.

Se evidencia que Enfermedad de artrosis es la que influye en la depresión en el adulto mayor del asilo Ignacia Rodolfo Viuda de Canevaro. es decir la enfermedad de artrosis influye en la depresión del adulto mayor en un 95% equivalente a 46 pacientes, y solo un 5% equivalente a 4 adultos mayores manifiestan que ya no hay cupos

La investigación realizada por Rodrigo Sánchez García, realizó una investigación sobre “la Depresión en el paciente Geriátrico con osteoporosis del hospital Arzobispo Loayza-2006. coincidiendo en que los ancianos están con una depresión leve con tendencia a grave en un 60% y 40% respectivamente, y una de las causas más usuales es el abandono por parte de sus familiares y el simple hecho de tener osteoporosis que convierte su vida a ser una persona dependiente, limitando sus actividades, en el 80% prevalece la idea de ser internados en un asilo de ancianos ya que sus familias manifiestan que serán un carga más para ellos.⁽⁶⁾ señalando que la prevalencia de síntomas depresivos significativos en los adultos mayores fluctúa entre el 15% al 25% en tanto que para la depresión mayor las cifras están entre el 1% y 5%. De otro lado diversas investigaciones evidencian que la depresión es más común en los adultos mayores que se encuentran en centros hospitalarios y en residencias geriátricas de larga estancia, alcanzando prevalencias del 25%aproximante en los primeros y de 45% en los segundo

CONCLUSIONES

1. Se concluye que los signos influyen en la artrosis y en el nivel de depresión en un 40% equivalente a 26 adultos de la muestra y los síntomas influyen en la artrosis y en el nivel de depresión en un 60%, equivalente a 34 adultos mayores de la muestra depresión en el asilo ignacia rodulfo viuda de canevaro,, evidenciando que los signos y síntomas están afectando la salud mental del adulto mayor. Ante estos resultados se acepta la H1 que decía que los signos y síntomas de la artrosis afectan la salud mental del adulto mayor del del asilo ignacia rodulfo viuda de canevaro.
2. Los signos de la artrosis que afectan la salud mental hasta llevarlos a la depresión al adulto mayor del asilo ignacia rodulfo viuda de canevaro, es el es el sedentarismo con un 25%, equivalente a 10 adultos mayores, seguido de la actividad física y la degeneración articular con un 13% equivalente a 5 adultos mayores respectivamente; así mismos los síntomas de la artrosis que afectan la salud mental hasta llevarlos a la depresión al adulto mayor del Asilo Lira, es el dolor en un 30% equivalente a 17 pacientes, seguido de la degeneración ósea en un 12% equivalente a 9 adultos mayores y solo un 8% equivalente a 4 adultos mayores manifiestan que es la debilidad de los miembros los síntomas de la artrosis que afectan la salud mental hasta llevarlos a la depresión al adulto mayor del Asilo Lira.
3. Los signos que evidencia depresión en el adulto mayor del asilo ignacia rodulfo viuda de canevaro., es el sedentarismo con un 25%, equivalente a 20 adultos mayores, seguido de la actividad física con un 15% equivalente a 12 adultos mayores y la degeneración articular con un 10% equivalente a 8 adultos mayores de la muestra; así mismos los síntomas que evidencia depresión en el adulto mayor del asilo ignacia rodulfo viuda de canevaro, es el dolor en un 30% equivalente a 25 pacientes, seguido de la degeneración ósea un 12% equivalente a 10 adultos mayores y solo un

8% equivalente a 5 adultos mayores manifiestan que los síntomas de la artrosis que afectan la salud mental.

4. Se evidencia que el Nivel de depresión del adulto mayor del asilo ignacia rodolfo viuda de canevaro., es alto con un 70% equivalente a 38 adultos mayores, seguido de un nivel medio de depresión con un 25%, equivalente a 10 adultos mayores y solo un 5% tienen un nivel de depresión bajo

5. Se concluye que la enfermedad de artrosis es la que influye en la depresión en el adulto mayor del asilo ignacia rodolfo viuda de canevaro. es decir l enfermedad de artrosis influye en la depresión del adulto mayor en un 95% equivalente a 46 pacientes, y solo un 5% equivalente a 4 adultos mayores manifiestan que ya no hay cupos

RECOMENDACIONES

1. Se recomienda realizar coordinaciones con las autoridades del asilo ignacia rodulfo viuda de canevaro con la finalidad de que el personal de salud y/o el Profesional de enfermería brinde charlas educativas acerca de la enfermedad y con ello disminuir esos los signos y síntomas mediante una detección oportuna ya que ello influye en la depresión del adulto mayor.
2. En vista de que la enfermedad de la artrosis es la que influye en la depresión del adulto mayor, se recomienda realizar educación psicológica de manera contante para que los adultos mayores puedan detectar a tiempo la depresión que pueden presentar a causa de esta enfermedad.
3. Reforzar las alianzas estratégicas con la municipalidad, Centros de Salud y porque no, con universidades para que vayan los profesionales de la salud en forma constante y formen talleres recreacionales, motivacionales con los adultos mayores que padecen de esta enfermedad para que de esta manera puedan ellos superar la depresión.
4. Realizar otros estudios comparativos y porque no cuasi experimental donde se cree un programa educativo dirigido a los adultos mayores con esta enfermedad para medir el nivel de depresión antes y después de un programa educativo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Moskowitz, R. Osteoarthritis. 2007. Lippincott, 480 páginas. Monografía creada el 25 de abril de 2008.
2. Herrero-Beaumont G, Roman-Blas JA, Castañeda S y Jíimenez SA. Primary Osteoarthritis No Longer Primary: Three Subsets with Distinct Etiological, Clinical, and Therapeutic Characteristics. *Semin.Arthritis Rheum* 2009 ; 39(2):71-80
3. Dres. A. Rodríguez Pla, P. Reyner, A. Escolà, R. Garriga, J. Obach y E. Asensi Prevalencia de la artrosis de rodilla en una muestra de la población Catalana Hospital de Malalties Reumàtiques. Clínica Plató. Barcelona-2007
4. Pérez M. Castellero Y. "Preparación psicológica para la Cirugía Mayor en el adulto mayor" Servicio de Cirugía Cardiovascular del Centro de Investigaciones Médico Quirúrgicas de Ciudad de La Habana Cuba-2006.
5. José Antonio López trigo, Depresión en el anciano realizo una investigación sobre "Influencia de La hiperplasia prostática benigna o adenoma de próstata en el adulto mayor y su influencia en la depresión- México 2005.
6. Rodrigo Sánchez García, realizo una investigación sobre "la Depresión en el paciente Geriátrico con osteoporosis del hospital Arzobispo Loayza-2006.
7. Zhang W, et al. OARSI recommendations for the management of hip and knee osteoarthritis: part III: Changes in evidence following systematic cumulative update of research published through January 2009. *Osteoarthritis Cartilage*, 2010 Apr;18(4):476-499. Epub 2010 Feb 11.

8. Povedano Gómez JB ,García López A. Síndrome de Reiter .Artritis Reactivas. En : Tratado Iberoamericano de Reumatología , Global Solution System,199.p. 375-379.
9. Borbón Rosas R. Espondiloartropatías seronegativas. En : Lavalle Montalvo C Reumatología Clínica .1ra ED. México DF Editorial Limusa , 1989.p. 283-287.
10. Povedano Gómez JB ,García López A. Síndrome de Reiter .Artritis Reactivas. Síndrome de Reiter .En: Alfonso Ruiz A ,Álvaro García M , Andreu Sánchez J . Manual de Enfermedades Reumáticas de la Sociedad Española Reumatología . Madrid : Panamericana ; 2001.p.408-13.
11. Lozada JC , MD. Reactive Arthritis and Reiter Syndrome. Medicine (in line) 2002 July 19 (fecha de acceso 15 de Abril de 2004);URL Disponible en : [http://www. e Medicine.com](http://www.eMedicine.com).
12. Taurag JD ,Lipsky PE. Espondilitis Anquilosante , Artritis Reactiva y Espondiloartropatía Indiferenciada En: Harrison .Principios de Medicina Interna. V.2.15 th ed. México DF: Mc Grawhill Interamericana ; 2002.p.2280-2286.
13. Hannu T , Kauppi M , Laaksonem I ,klemets P ,Kwisi M ,Reactive arthritis following and outbreak of campylobacter yeyuni infection. J. Reumatol 2004 ,31 (39).p.528-30.
14. Román Ivorra JA , Fernández Carballido C, Macia Soler M, Abad Franch L ,Trenar Larráz P et, al . Artritis Reactiva por Chlamydia pneumoniae. Rev. esp. Reumatol (en línea) 2000 (fecha de acceso 20 de abril de 2004) 27 (3) : 112-115.Disponible en : [wdbc ma/mrevista-inf-sobre? Pident-revista=27](http://wdbc.ma/mrevista-inf-sobre? Pident-revista=27).
15. Bartolome Pacheco MJ , Martinez Taboada UM ,Blanco R ,Rodriguez Valverde V ,Valle JI ,Lopez Hoyas M. Reactive Arthritis after BCG

Immunotherapy :T analysis in peripheral blood and synovial fluid. Rheumatology (oxford) 2002 ; 41 (10). P.1119-25.

16. Gil Armenteros RG ,Hernández Cuellar IM ,Hernández Rodríguez JA et , al. Artritis Reactiva en pacientes hospitalizados en el Servicio Nacional de Reumatología . Rev. Cubana de Reumatología Vol. No 5 y 6 2004;1606-5581.p . 29-35.

17. Richey F, et al. Structural and symptomatic efficacy of glucosamine and chondroitin in knee osteoarthritis: a comprehensive meta-analysis. Arch Intern Med. 2003 Jul 14;163(13):1514-22.

18. ↑ Lee YH, Woo J-H, Choi SJ, Ji JD, Song GG. Effect of glucosamine or chondroitin sulfate on the osteoarthritis progression: a meta-analysis. Rheumatol Int (2010) 30:357–363.

19. Zhang W et al. OARSI recommendations for the management of hip and knee osteoarthritis, Part II: OARSI evidence-based, expert consensus guidelines. *Osteoarthritis and Cartilage*, 2008; 16:137-162.

20. Morrison. Fundamentos de enfermería en salud mental. Madrid. España: ed. Harcourt brace s.a.; 1999.

21. Fornés-Vives J. Los valores y la salud mental. Rev. Presencia 2007 ene-jun; 3(5). Disponible en: <<http://www.index-f.com/presencia/n5/64articulo.php>>. [Consultado el 8 de Mayo de 2007.

22. Françoise Marie. “Encontrar los sentidos de los cuidados de enfermería” Rev. Rol de enfermeros. Pág. 27; 1999.

23. Enfermería Psiquiátrica. Editorial Interamericana MC Graw-Hill. 1990.

24. Cook; K:L: Fontaine. □ Tratado de psiquiatría de HENRY EY P. BERNARD Y CH.BRISSET. EDITORIAL TORAY/ MASSON, S.A pág. 42,167, 344.
25. De Oliveira, M.F.P.; Lopes Sharovsky, L. y Cury Ismael, S.M. Aspectos emocionais no paciente coronariano. En M.F.P. De Oliveira y S.M. Cury Ismael (Eds.): Rumos da Psicologia hospilatar em Cardiología, (233-245). 1998. Papirus Editora.
26. Kiecott-Glaser, J.K.; Page, G.; Marucha, P.; Mascallum, R.C. y Glaser, R. "Psychological influences on surgical recovery. Perspectives from Psychoneuroimmunology. American Psychologist, 1998. 53 (11), 1209-1218.
27. Tomey Ann Marriner; Martha Raile Alligood. modelos y teorías de enfermería quinta edición. 2003.
28. Ropey; Longan; Tierney. modelo de enfermería. Tercera edición. Editorial Interamericana MC Graw-Hill. 1993. □ J:S:
29. Maslow H. Necesidades del ser humano. Barcelona: Ediciones Rol; 1989:305; 1992.



ESCALA DE DEPRESIÓN GERIÁTRICA – TEST DE YESAVAGE

Presentación: Sra. o Sr. ante todo buenos días mi nombre es Santi Barrientos Evelyn Catherine, soy estudiante de enfermería de la Universidad Alas Peruanas, actualmente estoy realizando un estudio de investigación a fin de obtener información sobre el nivel de depresión del adulto mayor para lo cual le solicito su colaboración a través de su respuesta.

I. DATOS GENERALES

1. Edad:..... Sexo: (M) (F)
2. Grado de instrucción: Sin instrucción () Primaria () Secundaria () Superior ()
3. Estado civil: Soltero () Casado () Viudo () Divorciado () Conviviente ()
4. ¿Trabaja? Si () No ()
5. ¿Vive con familia? Si () No ()
6. ¿Padece de alguna enfermedad? Si () No ()
7. ¿Está en tratamiento? Si () No ()

INSTRUCCIONES: Responda a cada una de las siguientes preguntas

1. ¿Está Ud. básicamente satisfecho con su vida? Si No
2. ¿Ha disminuido o abandonado muchos de sus intereses o actividades previas? Si No
3. ¿Siente que su vida está vacía? Si No
4. ¿Se siente aburrido frecuentemente? Si No
5. ¿Está Ud. de buen ánimo la mayoría del tiempo? Si No
6. ¿Está preocupado o teme que algo malo le va a pasar? Si No
7. ¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo? Si No
8. ¿Se siente con frecuencia desamparado? Si No
9. ¿Prefiere Ud. quedarse en casa a salir a hacer cosas nuevas? Si No
10. ¿Siente Ud. que tiene más problemas con su memoria que otras personas de su edad? Si No
11. ¿Cree Ud. que es maravilloso estar vivo? Si No
12. ¿Se siente inútil o despreciable como está Si No Gracias por tu colaboración 9 Ud. actualmente?
13. ¿Se siente lleno de energía? Si No
14. ¿Se encuentra sin esperanza ante su situación actual? Si No
15. ¿Cree Ud. que las otras personas están en general mejor que Usted? Si No

MATRIZ DE CONSISTENCIA

Problema	Objetivos	Hipótesis	Variables	Metodología	Población
<p>Problema General</p> <p>¿De qué manera influyen los signos y síntomas de artrosis en el nivel de depresión del adulto mayor en el Asilo Ignacia Rodolfo Viuda De Canevaro Lima 2014?</p> <p>Problemas Específicos</p> <p>¿Cuáles son los signos y síntomas de la artrosis que afectan la salud mental hasta llevarlos a la depresión al adulto mayor del Asilo Ignacia Rodolfo Viuda De Canevaro Lima 2014?</p> <p>¿Qué signos y síntomas evidencian depresión en el adulto mayor del asilo Ignacia Rodolfo Viuda De Canevaro Lima 2014?</p> <p>¿Qué nivel de depresión presenta el adulto mayor en el Asilo Ignacia Rodolfo Viuda De Canevaro Lima 2014?</p> <p>¿Será la enfermedad de artrosis la que influye en la</p>	<p>Objetivo general</p> <p>Conocer la influencia de los signos y síntomas de la artrosis en el nivel de depresión del adulto mayor en El Asilo Ignacia Rodolfo Viuda De Canevaro Lima 2014.</p> <p>Objetivos específicos</p> <p>Identificar los signos y síntomas de la artrosis que afectan la salud mental hasta llevarlos a la depresión al adulto mayor del Asilo Ignacia Rodolfo Viuda De Canevaro Lima 2014.</p> <p>Reconocer los signos y síntomas que evidencian depresión en el adulto mayor del asilo Ignacia Rodolfo Viuda De Canevaro Lima 2014.</p> <p>Identificar el nivel de depresión del adulto mayor del Asilo Ignacia Rodolfo Viuda De Canevaro Lima 2014.</p> <p>Determinar si enfermedad de artrosis es la que influye en la depresión en el adulto mayor del asilo Ignacia Rodolfo Viuda De</p>	<p>Hipótesis General</p> <p>Los signos y síntomas de la artrosis afectan la salud mental del adulto mayor del Ignacia Rodolfo Viuda De Canevaro Lima 2014.</p> <p>Hipótesis Específicas</p> <p>Los signos y síntomas de artrosis influyen en la depresión en el adulto mayor del Ignacia Rodolfo Viuda De Canevaro Lima 2014.</p> <p>El nivel de depresión del adulto mayor del Ignacia Rodolfo Viuda De Canevaro Lima 2014, es moderada</p> <p>El nivel de depresión que presenta es producto de la artrosis y de la falta de apoyo emocional en el adulto mayor del Asilo Ignacia Rodolfo Viuda De Canevaro Lima 2014</p>	<p>✓ Variable independiente</p> <p>Influencia de signos y síntomas de artrosis</p> <p>✓ Variable dependiente</p> <p>Nivel de depresión del adulto mayor</p> <p>Definición conceptual de la variable</p> <ul style="list-style-type: none"> • Influencia de signos y síntomas de artrosis: Son las manifestaciones clínicas que presenta el paciente, en este caso es lo que refiere el adulto mayor como dolor, deformidad de los miembros o zonas afectadas entre otros. • Nivel de depresión del adulto mayor: Es el trastorno del estado de ánimo y su síntoma habitual es un estado de 	<p>El tipo de estudio en la presente investigación es:</p> <p>Es descriptivo, porque se pretende determinar y describir una realidad un hecho conforme se presenta.</p> <p>Es correlacional, Porque determinaremos la relación existente entre las variables</p> <p>Es prospectivo, porque se registrará la información según la ocurrencia de los hechos.</p> <p>Es de corte transversal, porque el estudio se realizará en un</p>	<p>Población:</p> <p>La población de estudio estuvo conformada por Adultos mayores albergados en el asilo de Ancianos Ignacia Rodolfo Viuda De Canevaro Lima 2014.</p> <p>Muestra:</p> <p>La muestra está constituida por pacientes adultos mayores siendo elegidos de manera intencional, 50 pacientes para evitar discriminar a la población muestral.</p>

<p>depresión en el adulto mayor del asilo Ignacia Rodolfo Viuda De Canevaro Lima 2014?</p>	<p>Canevaro Lima 2014.</p>		<p>abatimiento e infelicidad que puede ser transitorio o permanente.</p> <p>Definición operacional de la variable</p> <ul style="list-style-type: none"> • Influencia de signos y síntomas de artrosis: ES la aceptación y no aceptación de estos signos y síntomas en el adulto mayor que muchas veces se evidencia con el aspecto físico o facial, que se refleja en su forma de actuar e interactuar con los demás. • Nivel de depresión del adulto mayor: Es la manifestación del ánimo del adulto mayor que se evidencia como alto medio o bajo. 	<p>tiempo determinado..</p>	
--	----------------------------	--	--	-----------------------------	--