



UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA  
FACULTAD DE ENFERMERÍA  
CÁTEDRA DE SALUD MENTAL

# DEPRESIÓN EN EL ADULTO MAYOR

**Autores:**

Br. Alvez, Claudia  
Br. Pimienta, Lorena  
Br. González, Marina  
Br. Berriel, Natalia  
Br. Blanco, Verónica

**Tutores:**

Prof. Lic. Margarita Garay  
Prof. Asist. Lic. Cecilia Luquez

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

Montevideo, 2014

## INDICE

RESUMEN DEL PROYECTO .....	3
INTRODUCCIÓN .....	4
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA .....	5
JUSTIFICACIÓN (Revisión bibliográfica) .....	6
MARCO TEORICO.....	8
SISTEMA NACIONAL DE SALUD .....	10
NIVELES DE ATENCION EN LA SALUD .....	10
PRIMER NIVEL DE ATENCION.....	10
ADULTO MAYOR.....	11
ANSIEDAD.....	11
DEPRESION .....	12
SÍNDROME DEPRESIVO EN EL ANCIANO.....	13
OBJETIVO GENERAL .....	16
OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	16
DISEÑO METODOLOGICO .....	17
UNIVERSO DE ESTUDIO.....	17
UNIDAD DE ANALISIS Y OBSERVACION.....	17
PLAN DE ANALISIS DE LOS RESULTADOS.....	18
RESULTADO .....	21
ANÁLISIS .....	30
CONCLUSIÓN .....	40
SUGERENCIAS.....	35
BIBLIOGRAFÍA.....	36
ANEXO.....	37
ESCALA DE DEPRESIÓN DE YESAVAGE (GDS VERSIÓN REDUCIDA)0...38	
INSTRUMENTO DE VALIDACIÓN.....	39
PRESUPUESTO.....	40
CRONOGRAMA.....	41
CARTA MODELO.....	42

## RESUMEN

La investigación es realizada por un grupo de cinco estudiantes de la Universidad de la República pertenecientes a la carrera escalonada de Enfermería generación 2010, en la instancia que corresponde al trabajo de investigación final.

El tema que investigamos es depresión en el adulto mayor. El objetivo de esta investigación es conocer la prevalencia de la depresión en la población adulto mayor, que asiste a un centro de salud del primer nivel de atención. Con este fin aplicamos la escala de Yesavage de forma abreviada que consiste en un formulario dicotómico, que contiene 15 preguntas con respuestas en SI-NO, el cual resulta fácil de contestar para el adulto mayor y se puede llevar a cabo en tiempo estimado de 15 minutos.

Se trata de una investigación de corte transversal de diseño cuantitativo, descriptivo.

La muestra de población es de 100 usuarios que asisten a consulta de medicina general en los dos turnos, mañana y tarde en el mes de noviembre de 2013.

## INTRODUCCIÓN

Uruguay se caracteriza por ser uno de los países más envejecidos de América Latina<sup>1</sup>, con un 17% de su población mayor de 60 años, de los cuales el 13.4% es mayor de 65 años. Dentro de ellos, el subgrupo que crece más aceleradamente es el de mayor de 75 años, es decir, aquellos con mayor demanda de cuidados y mayor probabilidad de pérdida de autonomía. Las proyecciones para el año 2025 prevén que esta población alcance el 20% y que los mayores de 75 años constituirán el 40% del grupo etario.

El 20% de los adultos mayores viven solos, sin quien les cuide ante la probabilidad de discapacidad y enfermedades médico quirúrgicas, hechos más frecuentes a mayor edad, planteándose un enorme desafío para un sistema de salud basado exclusivamente en la responsabilidad y capacidad individual o el soporte familiar.

Aproximadamente el 10% de los adultos mayores en la comunidad tiene trastornos depresivos, situación que se incrementa en la población institucionalizada (15% a 35%) o internada en hospitales (10% a 20%).

Aunque existen escasos registros nacionales se calcula que más del 10% de los mayores de 65 años padecen de alguna forma de demencia, lo que supone más de 40.000 personas.

---

<sup>1</sup> Ministerio de Desarrollo social. Plan Nacional de Envejecimiento y Vejez Montevideo; octubre 2012.

## PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Cuál es la prevalencia de la depresión en la población adulto mayor que se atiende en un centro de salud del primer nivel de atención en el período comprendido entre noviembre de 2013?

## JUSTIFICACIÓN

En 1996 la OMS daba la voz de alarma "los problemas mentales serán la plaga del siglo XXI" modificando los métodos que hasta ahora, había utilizado para estimar la gravedad de una enfermedad.

En este sentido, insisten los expertos, "el mayor problema de salud en el año 2020 en todo el mundo, países en vías de desarrollo incluidos, no serán las infecciones, las enfermedades cardiovasculares ni el cáncer.

Lo que más hará sufrir a la humanidad serán las enfermedades mentales y la depresión estará a la cabeza". Al inicio de este siglo, la OMS emite un informe dedicado a la Salud Mental, centrado en la prevención de la patología psiquiátrica, destacando que la depresión, que actualmente es la quinta causa de discapacidad, será la segunda en el plazo de 20 años.<sup>2</sup>

En nuestro país, aproximadamente el 10% de los adultos mayores en la comunidad tiene trastornos depresivos, situación que se incrementa en la población institucionalizada (15% a 35%) o internada en hospitales (10% a 20%).

Si bien no existen registros nacionales se estima que más del 10% de los mayores de 65 años padecen de alguna patología relacionada a la salud mental.

Docentes de la Facultad de Enfermería de la Universidad de la República pertenecientes a la Cátedra de Enfermería en Salud Mental, por su experiencia en el primer nivel de atención, editaron el libro "Emergencias emocionales, abordaje interdisciplinario en el primer nivel de atención". Estos autores relacionan la situación de crisis psicosocial y económica que se vivía en el país, como un factor determinante de vulnerabilidad en la causa de las emergencias emocionales.<sup>3</sup>

Como comparación tomamos los datos epidemiológicos de Perú que hacen referencia a personas que viven en la comunidad aportando datos, que un 30% padeció alguna vez sintomatología depresiva. En población hospitalizada

---

<sup>2</sup> Luis Agüera Ortiz. Inés Francés Román. María Jesús Gayoso Orol, Pedro Gil Gregorio. Manuel Martín Carrasco. Manuel Sánchez Pérez. Guía de la buena práctica clínica en geriatría. Depresión y Ansiedad. España; 2004.

<sup>3</sup> Prof. Ag. Margarita Garay. Prof. Ag. Lic. Psi. Rosario Tuzzo. Prof. Ag. Lic. Enf. Alvaro Díaz. Emergencias Emocionales: Abordaje interdisciplinario en el primer nivel de atención. (2<sup>o</sup> tomo). Montevideo; 2004-2005.

Síntomas depresivos entre un 11% y 45%. En población institucionalizada de 30% a 75%.

En México, se realizó un estudio que muestra una prevalencia de depresión de 36% en adultos mayores.<sup>4</sup>

En un estudio realizado en nueve países europeos, entre ellos España, se encontró diferentes tasas de prevalencia de depresión, cuyos extremos se sitúan entre 8,8% y el 23,6%. Se estima que hasta un 30% de las personas mayores de 65 años que viven en comunidad pueden padecer, alguna vez, sintomatología depresiva. La prevalencia de depresión es mayor en las mujeres, sin embargo, en los ancianos, esta proporción se iguala e incluso llega a invertirse en los mayores de 80 años, en los que se atribuye una mayor fragilidad al varón.<sup>5</sup>

El estudio se efectúa tomando una muestra de 100 pacientes, que se atienden en un centro de salud de primer nivel de atención donde se identifican carencias sobre el manejo del paciente con depresión y su entorno. Incluso hay un vacío en el seguimiento de estos usuarios porque nuestro sistema de salud no cuenta con un equipo multidisciplinario en condiciones de brindar una asistencia integral.

---

<sup>4</sup> Pilar Gamerra Samaniego. Depresión y ansiedad en el adulto mayor. <http://www.enfermerasperu.com/monografiasenfermeriageriatrica.php,4/10/13,11:00hs>.

<sup>5</sup> Luis Agüero Ortiz, Inés Francés Román, María Jesús Gayoso Orol, Pedro Gil Gregorio, Manuel Martín Carrasco, Manuel Sánchez Pérez. Guía de la buena práctica clínica en geriatría. Depresión y Ansiedad. España; 2004.

## MARCO TEORICO

Basándonos en la teoría de autocuidado de Orem y conociendo dichos requisitos, los objetivos requeridos universalmente que deben alcanzarse durante el autocuidado tienen sus orígenes en lo que se conoce y lo que se valida sobre la integridad estructural y funcional humana en las diversas etapas del ciclo vital. Se proponen 8 requisitos comunes a hombres, mujeres y niños, de ellos son cuatro los aplicables a nuestro proyecto:

- El mantenimiento de un equilibrio entre la actividad y el descanso.
- El mantenimiento de un equilibrio entre la interacción social y la soledad.
- La prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano.
- La promoción del funcionamiento humano y el desarrollo en los grupos sociales de acuerdo con el potencial humano, las limitaciones humanas conocidas y el deseo humano de ser normal. La normalidad se define como aquello que es esencialmente humano y es acorde con las características genéticas y constitucionales, y con el talento de las personas.<sup>6</sup>

Orem establece que las personas están sujetas a las limitaciones relacionadas o desviadas de su salud, que las incapacita para el autocuidado continuo o hacen que el autocuidado sea ineficaz o incompleto. Existe un déficit de autocuidado cuando la demanda de acción es mayor que la capacidad de la persona para actuar.

Ella describe tres etapas de cuidados de enfermería como pudimos reconocer y aplicar en la instancia práctica:

La primera etapa implica el diagnóstico de enfermería, esto es, determinar la demanda terapéutica de autocuidado del paciente o cualquier deficiencia que pudiera existir en la realización de las actividades de cuidado propio, y las metas futuras más convenientes.

La segunda etapa incluye el diseño de un sistema de enfermería que tenga como resultado la consecución de las metas de salud, etapa donde se planifican acciones e intervenciones para satisfacer las necesidades de autocuidado teniendo en cuenta las limitaciones existentes.

---

<sup>6</sup> Dorotea E. Orem. Conceptos de enfermería en la práctica. Ediciones científicas y técnicas, S.A. Masson- Salvat; 2001.



La tercera etapa se refiere a la implementación y evaluación de las acciones diseñadas para superar las limitaciones de autocuidado.

Es importante la aplicación de dicho modelo de auto cuidado ya que el cuidado no es innato, son acciones intencionadas que realiza la persona para controlar los factores internos y externos que pueden comprometer su vida y su desarrollo a posterior. Es una conducta que se aprende a lo largo de nuestro crecimiento y desarrollo.

Se destaca la importancia del rol de enfermería como gestor administrativo y de coordinación por ser el nexo entre el equipo de salud y el usuario, asesorando sobre los recursos disponibles y necesarios para asistir al paciente durante su proceso de salud enfermedad.

El objetivo primordial del equipo de enfermería y de los demás profesionales de salud mental es ayudar a los usuarios a desarrollar estrategias para lograr la armonía consigo mismo, y con los demás, con la naturaleza y con el mundo; abordando a las personas en su totalidad. La atención en salud mental, desde un enfoque holístico, considera a la persona como algo más que la suma de sus partes, estas son dinámicas, en un mundo sujeto a permanentes cambios.

La enfermería como profesión, necesita su propia autonomía y como forma de unificar su accionar se sirve del Proceso de Atención de Enfermería que contribuye a aclarar, organizar y consolidar sus conocimientos de manera independiente, evalúa y pone en evidencia el éxito o fracaso de nuestra actuación.

Por medio de la aplicación del Proceso de Atención Enfermería elaboramos acciones en busca de un estado óptimo de salud, ya sea identificando la demanda de autocuidado, o regulando su acción.

Para llevar a cabo una atención integral dirigida al usuario adulto mayor que presenta síntomas de patologías depresivas es necesario contar con equipo multidisciplinario para mejorar la calidad de vida de las personas, ganar calidad en el tratamiento, que no es solamente un beneficio para el centro de salud sino que se proyecta a la sociedad entera.

Es de fundamental importancia brindar aquellas herramientas necesarias que potencien el auto cuidado del usuario, siendo éste nuestro deber como profesionales haciendo énfasis desde el primer nivel de atención, evitando de esta manera llegar a un nivel más complejo en el problema de salud del usuario.

## **SISTEMA NACIONAL DE SALUD**

Es el conjunto de servicios públicos y privados de una nación integrados en forma de red en una estructura única de organización, con un organismo central de gobierno que define políticas y normas generales.

- Niveles de atención definidos e interrelacionados
- Niveles administrativos intermedios y locales descentralizados, cuyo propósito esencial es: cobertura universal, equidad en las prestaciones y en la financiación, atención integral a la Salud.

## **NIVELES DE ATENCION EN LA SALUD**

Los niveles de atención son una forma ordenada y estratificada de organizar los recursos, a fin de satisfacer las necesidades de atención a la salud de la población.

Estos niveles se establecen basándose en los requerimientos de atención necesaria para organizarlos:

- Recursos humanos y materiales
- Insumos y equipos
- Organizados en escalones decreciente complejidad.

Cada país se establece la clasificación de las unidades y niveles de atención que conformaran su sistema de salud, con el objetivo de racionalizar los recursos y favorecer la accesibilidad de los usuarios a los mismos.

En Uruguay el Ministerio de Salud Pública reconoce actualmente tres niveles de atención:

- Primer nivel de atención
- Segundo nivel de atención
- Tercer nivel de atención

## **PRIMER NIVEL DE ATENCION**

Es la puerta de entrada del usuario al sistema de salud, bien organizado permite resolver las necesidades básicas y más frecuentes y la atención de salud de una población dada, con tecnología simples.<sup>7</sup>

---

<sup>7</sup> Prof. Ag. Margarita Garay, Prof. Ag. Lic. Psi. Rosario Tuzzo, Prof. Ag. Lic. Enf. Alvaro Díaz. Emergencias Emocionales: Abordaje interdisciplinario en el primer nivel de atención. (2<sup>do</sup> tomo). Montevideo; 2004-2005.

## ADULTO MAYOR

El concepto de adulto mayor presenta un uso relativamente reciente, ya que ha aparecido como alternativa a los clásicos personas de tercera edad y ancianos. En tanto un adulto mayor es aquel individuo que se encuentra en la última etapa de la vida, la que sigue tras los adultos que antecede al fallecimiento de la persona.

Porque es precisamente durante esta fase que el cuerpo y las facultades cognitivas de las personas se van deteriorando.<sup>8</sup>

## ANSIEDAD

Es una respuesta emocional o conjunto de respuestas que engloban aspectos subjetivos o cognitivos de carácter displacentero, aspectos corporales o fisiológicos caracterizados por un alto grado de actividades del sistema periférico, aspectos observables o motores que suelen implicar comportamientos poco ajustados y escasamente adaptados.

La ansiedad tiene una unión muy importante relacionada con la supervivencia, junto con el miedo, la ira, la tristeza o la enfermedad. Para preservar la integridad física ante amenazas, el ser humano ha tenido que poner en marcha respuestas eficaces adaptativas, durante millones de años, como la reacción de lucha o huida.

Clásicamente se ha asociado a unos denominados factores de vulnerabilidad (sexo femenino, bajo nivel educativo, vivir en soledad, enfermedad crónica concomitante y limitación funcional, institucionalización, pérdida de algún familiar, pérdida de la independencia). Otra característica de gran interés es su asociación con dos síndromes geriátricos: depresión y demencia. De hecho, hasta el 80% de pacientes con diagnóstico primario de trastorno depresivo tienen niveles altos de ansiedad, y alrededor del 50% de los diagnosticados de ansiedad generalizada presentaban a su diagnóstico, síndrome depresivo. Paralelamente, hasta el 35% de los pacientes con demencia presentaban síntomas de ansiedad que, sin embargo, no se correlacionaba con la propia gravedad de la demencia.<sup>9</sup>

---

<sup>8</sup> [www.definiciónabc.com/social/adulto-mayor.php](http://www.definiciónabc.com/social/adulto-mayor.php). 05/01/14, 19:25 hs.

<sup>9</sup> Luis Agüera Ortiz. Inés Francés Román. María Jesús Gayoso Orol, Pedro Gil Gregorio. Manuel Martín Carrasco. Manuel Sánchez Pérez. Guía de la buena práctica clínica en geriatría. Depresión y Ansiedad. España; 2004.

## DEPRESION

Trastorno mental que se caracteriza por fuerte decaimiento del estado de ánimo que en el ámbito afectivo, se expresa mediante tristeza profunda, vacío existencial, auto culpa y soledad, en tanto que en el mental ocasiona ofuscación, pesimismo, inseguridad, y baja autoestima. Este padecimiento se puede presentar en niños, adolescentes, adultos y ancianos, pero afecta con mayor frecuencia a mujeres debido a los cambios hormonales propios de su organismo.

Muchos signos y síntomas del anciano suelen identificar depresión:

- Los cambios del envejecimiento y varias enfermedades frecuentes pueden conducir a la apariencia física de depresión, aun cuando esta no exista.
- Los síntomas más físicos inespecíficos quizás representen varias enfermedades tratables, además de depresión (debilidad y anorexia).
- La depresión logra exacerbar los síntomas de las enfermedades físicas.

Los factores de riesgos que se destacan en la depresión del adulto son biológicos, físicos, psicológico, socioeconómico.<sup>10</sup>

### Causas:

- Alteración en las sustancias cerebrales serotonina (regula el estado de ánimo) y dopamina (satisfacción y placer), sus niveles se encuentran disminuidos.
- Antecedentes familiares.
- Estructura psicológica: importante en la resistencia o fragilidad frente a la depresión, por ejemplo, baja autoestima tienden a abatirse fácilmente ante los problemas. Individuos con personalidad compulsiva, rígida y perfeccionista pueden verse afectados en forma severa.
- Estrés excesivo.
- Problemas en el hogar, trabajo o escuela.
- Maltrato, abuso
- Abuso sexual

---

<sup>10</sup> Luis Aguera Ortiz. Inés Francés Román. María Jesús Gayoso Orol, Pedro Gil Gregorio. Manuel Martín Carrasco. Manuel Sánchez Perez. Guía de la buena práctica clínica en geriatría. Depresión y Ansiedad. España; 2004.

- Conflictos en la relación de pareja o divorcio.
- Perdida de un ser querido
- Consumo de bebidas alcohólicas y sustancias
- Cambios en el trabajo o en lugares de residencia
- Cirugías (amputación)
- Enfermedades graves
- Administración de algunos medicamentos
- Trastornos emocionales
- Post parto
- Otoño e invierno: reducción de la luz solar

¿Dónde se presentan las emergencias emocionales?

- Policlínicas.
- Centros de Salud.
- Instituciones Educativas, Laborales.
- Sociales.
- Vida Cotidiana.

Las Emergencias Emocionales más frecuentes en el Primer Nivel Atención son:

- Angustia.
- Depresión.
- Intentos de Autoeliminación.
- Violencia familiar.
- Abuso sexual.
- Maltrato Infantil.
- Adicciones.
- Crisis de pánico.
- Dolor precordial.
- Dolor epigástrico.
- Vértigos, mareos.

**SÍNDROME DEPRESIVO EN EL ANCIANO**

La depresión es un estado de ánimo triste, una alteración del humor en que la tristeza es patológica, desproporcionada, profunda abarcando la totalidad del ser. El paciente deprimido pierde el interés e incluso la ilusión de vivir sintiéndose incapaz de realizar sus actividades previas. Junto a la tristeza aparecen otras series de síntomas, como alteración del sueño, del apetito, síntomas somáticos y alteraciones del contenido del pensamiento que complican más la vida del paciente deprimido, interfiriendo gravemente en la calidad de la misma. Sin embargo, se calcula que menos de un 2% de pacientes, en Atención Primaria, consulta explícitamente por tristeza.

Es una afirmación clásica que el anciano tiene más dificultades para identificar y reconocer ante otros los síntomas depresivos, para decir que está triste y por ello consultará menos por este motivo. Con más frecuencia la queja puede ser somática o hipocondríaca. Además, la depresión puede afectar el funcionamiento cognitivo, sobre todo a la capacidad de concentración y a la memoria dificultando la evaluación. El deterioro cognitivo muchas veces ya está presente en el anciano deprimido lo que hace más difícil dicho reconocimiento y complica, en no pocas ocasiones, la evolución del síndrome.

Muchos síntomas físicos pueden ser causa de una depresión: fatiga, anorexia, insomnio, palpitaciones, dolor torácico, dolor musculoesquelético difuso, cefaleas, parestesias, entre otros.

#### CONSECUENCIA DE LA DEPRESIÓN EN EL ANCIANO

- Asilamiento social. Soledad.
- Baja calidad de vida.
- Incremento del uso de los servicios de salud.
- Deterioro cognitivo.
- Riesgo de cronicidad.
- Mayor riesgo de evento vascular y mortalidad.
- Riesgo de pérdida funcional y de incapacidad.
- Alto riesgo de suicidio.

#### DEPRESIÓN EN EL ANCIANO.FACTORES DE RIESGO PSICOSOCIAL DEMOSTRADO.

- Muerte del conyugue o ser querido (riesgo mayor en el primer año, mantenido 3 años).
- Enfermedad médica o quirúrgica. Mala auto percepción de salud.
- Incapacidad y pérdida de funcionalidad.
- Escaso soporte social.

La depresión en el anciano está asociada al aumento del riesgo vascular, a mayor morbilidad, a mayores tasas de deterioro funcional y a mayor institucionalización y muerte. Los esfuerzos destinados a identificar a los ancianos en situación de mayor fragilidad afectiva, por ejemplo, aquellos con bajo soporte social, incapacidad funcional o enfermedad vascular, y a intentar paliar el riesgo de enfermedad depresiva que pudiera desarrollarse y conocer



mejor esta patología aumentando la sensibilidad hacia la misma, además de disminuir el sufrimiento de muchas personas, contribuirán a prevenir la dependencia en el anciano y a mejorar el uso de los recursos sanitarios y sociales.<sup>11</sup>

---

<sup>11</sup> Luis Aguera Ortiz. Inés Francés Román. María Jesús Gayoso Orol, Pedro Gil Gregorio. Manuel Martín Carrasco. Manuel Sánchez Pérez. Guía de la buena práctica clínica en geriatría. Depresión y Ansiedad. España; 2004.

## OBJETIVO GENERAL

Determinar la prevalencia de la depresión en la población adulto mayor que se atiende en un centro de salud, aplicando la escala de Yesavage.

## OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Caracterizar la población en estudio según las variables.
- Cuantificar el número de adultos mayores que padecen de depresión aplicando la escala de Yesavage.
- Determinar si la población en estudio cuenta con redes de apoyo: familiar, amigos u otros.



## DISEÑO METODOLOGICO

### Tipo y diseño general de estudio

Es una investigación cuantitativa, descriptiva de corte transversal.

Área de Estudio: Centro de Salud del Primer nivel de atención

### UNIVERSO DE ESTUDIO

- **UNIVERSO:** Todos los usuarios que concurren al Centro de Salud de primer nivel de atención.
- **MUESTRA:** Usuarios adultos mayores que concurren al centro de salud entre los primeros días de noviembre estipulados para realizar la investigación en los turnos mañana y tarde.
- **Tipo de Muestra:** Por conveniencia (consiste en seleccionar los casos que se encuentran disponibles o por comodidad para el investigador. Además, casi siempre es posible idear algunos criterios sobre los que se puede escoger la muestra).<sup>12</sup>  
Consiste en la elección por métodos no aleatorios de una muestra cuyas características sean similares a la de la población objetivo.<sup>13</sup>

### UNIDAD DE ANALISIS Y OBSERVACION

#### Usuario adulto mayor

- **Criterio de inclusión:** Todos los usuarios adulto mayor que asistieron al Centro de Salud en el periodo que se realiza la investigación y aceptaron realizar la encuesta en el turno mañana y tarde.
- **Criterio de exclusión:** Todos los usuarios adulto mayor que no asistieron al Centro de Salud en el periodo que se realiza la investigación o no aceptaron realizar la encuesta.

Procedimientos para recolección de información e instrumentos a utilizar, métodos para el control de calidad de datos, y para garantizar aspectos éticos en las investigaciones con sujetos humanos.

<sup>12</sup> EliaB. Pineda. Eva Luz de Alvarado. Metodología de la investigación. (3<sup>ra</sup> edición). Washington, D.C.:OPS; 2008.

<sup>13</sup> [www.Slideshare.net/selene1524/muestreo-porconveniencia](http://www.Slideshare.net/selene1524/muestreo-porconveniencia). Casal y Mateu.3/1/14 hora 19:55 hs.

- Se presenta el protocolo de investigación en el lugar donde se realiza la misma pidiendo la autorización para su aplicación.
- Se le explica la finalidad de la encuesta al usuario y se realiza solo bajo su consentimiento siendo esta de estricta confidencialidad y anonimato.
- Para la recolección de información se utiliza el test de Yesavage.<sup>14</sup>
- Se realiza validación de instrumento mediante la realización de una prueba piloto. (Se aplica esta prueba piloto en una población de característica sociodemográficas similares a la población objetivo, en lugar físico diferente a donde se realiza la investigación con el total de la muestra).

## PLAN DE ANALISIS DE LOS RESULTADOS

- Métodos y modelos de análisis según tipo de variables

El marco de análisis de esta investigación se determina según el logro de los objetivos del estudio, teniendo en cuenta las características de los instrumentos que nos permita hacer la descripción de lo que medimos para conocer y poder brindar sugerencias de cambios necesarios en la forma del seguimiento del tratamiento del usuario con esta patología.

Se realiza un plan piloto con el fin de validar el instrumento para luego realizar la investigación.

Luego de recolectar los datos definimos las variables a utilizar presentando en tablas de distribución y frecuencias.

Las variables a utilizar serán edad, sexo, situación de pareja, procedencia, ocupación, nivel de instrucción, composición núcleo familiar, redes de apoyo.

### Sexo

- Definición conceptual: Diferencias físicas y constitutivas del hombre y de la mujer.
- Definición operativa: Masculino o femenino.
- Escala: Cualitativa nominal.

### Edad

- Definición conceptual: Período de tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta la fecha actual.
- Definición operativa: Años cumplidos.
- Escala: Cuantitativa discreta.

<sup>14</sup> Ver Anexo (escala de depresión de Yesavage, GDS versión reducida).

**Situación de Pareja**

- Definición conceptual: Situación de pareja o vínculo sentimental en que se encuentra el usuario.
- Definición operativa: Soltero, casado, viudo, divorciado, unión libre.
- Escala: Cualitativa nominal.

**Procedencia**

- Definición conceptual: Es el lugar en el que reside habitualmente.
- Definición operativa: Montevideo e Interior
- Escala: Cualitativa nominal

**Ocupación**

- Definición conceptual: Condición en la que se encuentre el usuario de recibir remuneración por actividades que realiza.
- Definición operativa: Jubilado, Pensionista, Ama de casa, en Actividad.
- Escala: Cualitativa nominal.

**Nivel de instrucción**

- Definición conceptual: Nivel máximo alcanzado por el usuario mediante la educación.
- Definición operativa: Primaria incompleta, completa; secundaria incompleta, completa; educación terciaria incompleta, completa.
- Escala: Cualitativa nominal.

**Composición núcleo familiar:**

- Definición conceptual: Conjunto de individuos que conviven bajo el mismo techo
- Definición operativa: Viven con sus padres, hijos, nietos, pareja o solo.
- Escala: Cualitativa nominal.

**Redes de apoyo.****Red familiar de apoyo:**

- Definición: Son las relaciones personales que se establecen al interior del hogar o fuera de él a partir de los lazos de parentesco se considera la base de las diferentes redes de apoyo social.

**Red comunitaria:**

- Definición: Las redes comunitarias se distingue de otras redes sociales por que se habla de colectividades y no de individuos o familias. Las

redes comunitarias se gestan a través de grupos organizados en un espacio territorial e identitario.

## RESULTADOS

TABLA N° 1.

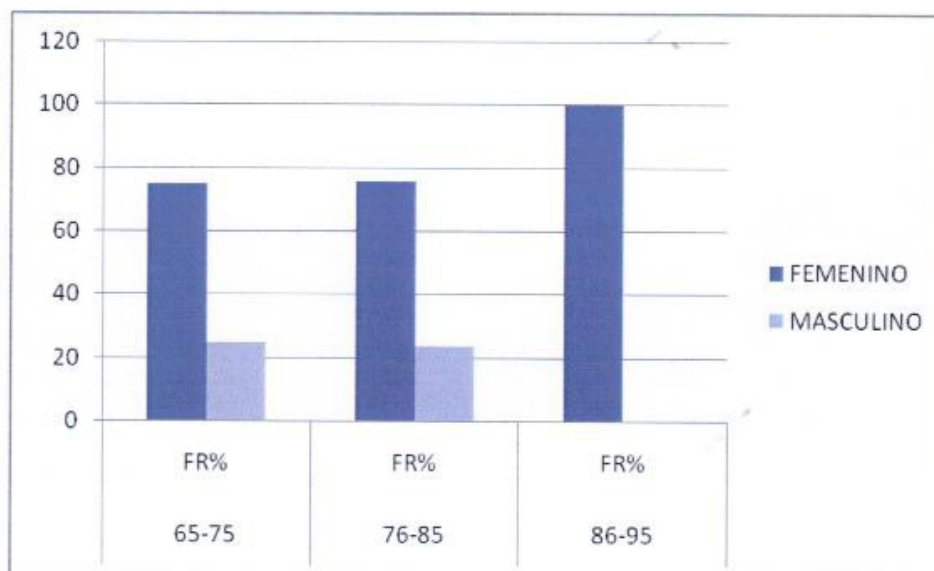
DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN ADULTO MAYOR SEGÚN SEXO Y EDAD. NOVIEMBRE 2013. MONTEVIDEO

SEXO	EDAD						TOTAL
	65-75		76-85		86-95		
	FA	FR%	FA	FR%	FA	FR%	
FEMENINO	57	75	16	76	3	100	76
MASCULINO	19	25	5	24	0	0	24
TOTAL	76	100	21	100	3	100	100

Fuente: Elaboración propia a partir de datos obtenidos del instrumento de validación.

GRÁFICA N° 1.

DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN ADULTO MAYOR SEGÚN SEXO Y EDAD. NOVIEMBRE 2013. MONTEVIDEO



De la población estudiada el 76% pertenece al sexo femenino.

**DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN ADULTO MAYOR SEGÚN  
PROCEDENCIA. NOVIEMBRE 2013 MONTEVIDEO**

El 100% de la población estudiada reside en Montevideo.

Datos obtenidos a partir de la aplicación del instrumento de validación.

Procedencia	Nº de personas	%
Montevideo	100	100%

Gráfico 1. Distribución de la población adulta mayor según procedencia. Montevideo, noviembre 2013.

DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN ADULTO MAYOR SEGÚN PROCEDENCIA. NOVIEMBRE 2013 MONTEVIDEO



**TABLA N° 2.**

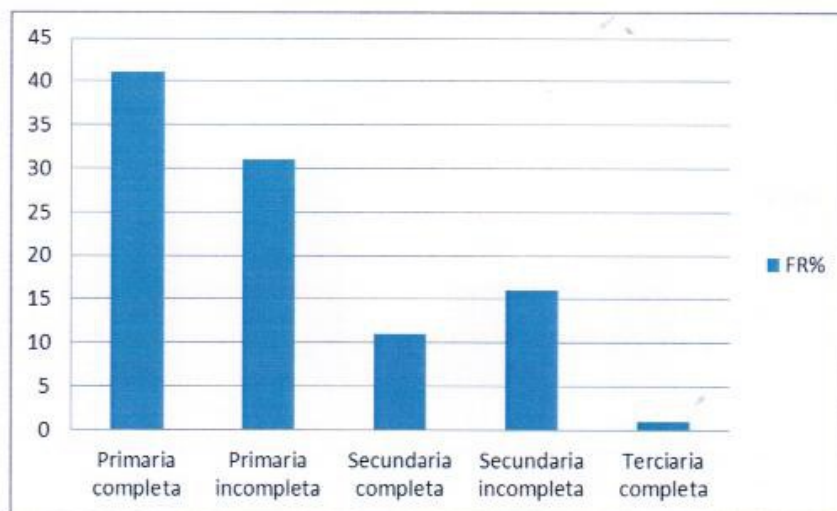
**DISTRIBUCIÓN DE LA VARIABLE NIVEL DE INSTRUCCIÓN EN LA POBLACIÓN ADULTO MAYOR. NOVIEMBRE 2013 MONTEVIDEO.**

NIVEL DE INSTRUCCIÓN	FA	FR%
PRIMARIA COMPLETA	41	41
PRIMARIA INCOMPLETA	31	31
SECUNDARIA COMPLETA	11	11
SECUNDARIA INCOMPLETA	16	16
TERCIARIA COMPLETA	1	1
TOTAL	100	100

Fuente: Elaboración propia a partir de datos obtenidos del instrumento de validación.

**GRÁFICA N° 2.**

**DISTRIBUCION DE LA VARIABLE NIVEL DE INSTRUCCIÓN EN LA POBLACIÓN ADULTO MAYOR. NOVIEMBRE 2013 MONTEVIDEO.**



De la población estudiada, el 41% tiene primaria completa.



**TABLA N° 3.**

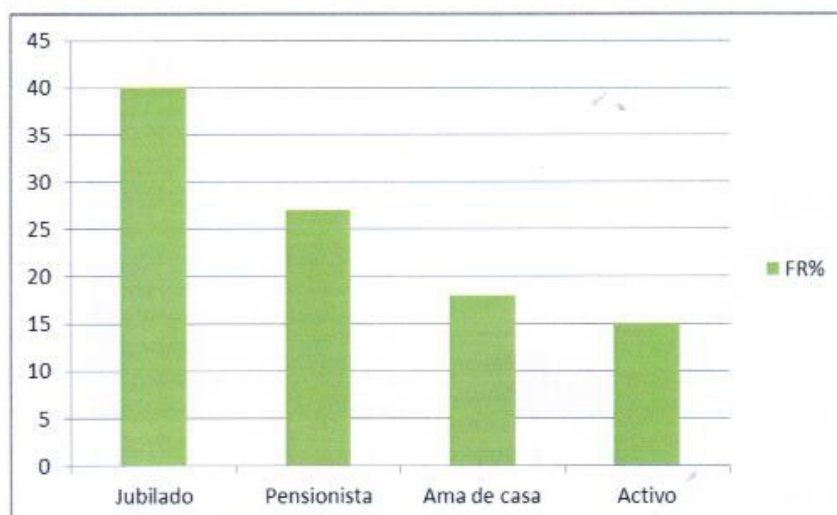
**DISTRIBUCIÓN DE LA VARIABLE OCUPACIÓN EN LA POBLACIÓN ADULTO MAYOR. NOVIEMBRE 2013 MONTEVIDEO.**

OCUPACIÓN	FA	FR%
JUBILADO	40	40
PENSIONISTA	27	27
AMA DE CASA	18	18
ACTIVO	15	15
TOTAL	100	100

Fuente: Elaboración propia a partir de datos obtenidos del instrumento de validación.

**GRÁFICA N° 3.**

**DISTRIBUCIÓN DE LA VARIABLE OCUPACIÓN EN LA POBLACIÓN ADULTO MAYOR. NOVIEMBRE 2013 MONTEVIDEO**



El 67% de la población investigada es jubilada o pensionista, mientras que un 15% aún se encuentra en actividad.



**TABLA N° 4.**

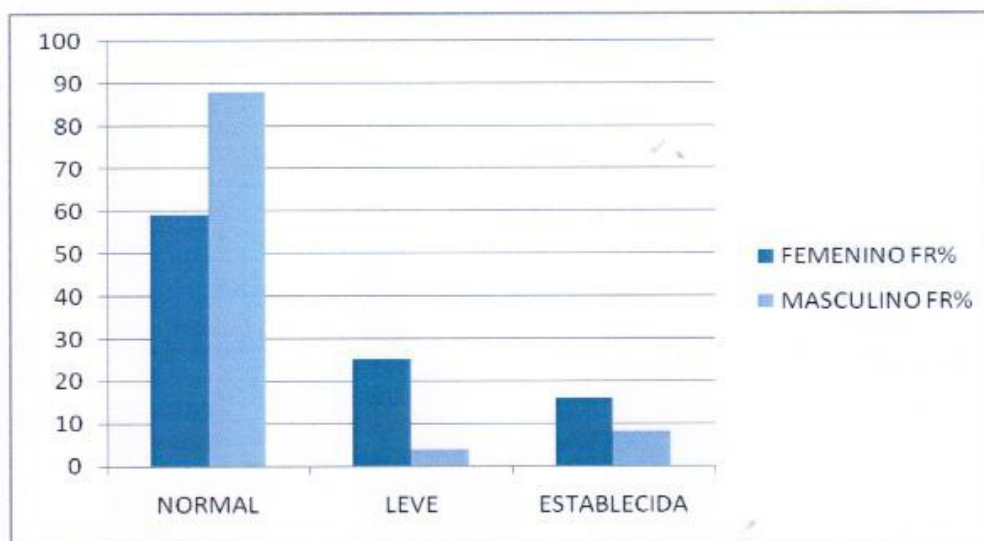
**DISTRIBUCIÓN DE LA DEPRESIÓN EN EL ADULTO MAYOR RELACIONADA AL SEXO. NOVIEMBRE 2013. MONTEVIDEO.**

DEPRESION	FEMENINO		MASCULINO		TOTAL	
	FA	FR%	FA	FR%	FA	FR%
NORMAL	45	59	21	88	66	66
LEVE	19	25	1	4	20	20
ESTABLECIDA	12	16	2	8	14	14
TOTAL	76	100	24	100	100	100

Fuente: A partir de la aplicación de la escala abreviada de Yesavage y el instrumento de validación.

**GRÁFICA N° 4.**

**DISTRIBUCION DE LA DEPRESION EN EL ADULTO MAYOR RELACIONADA CON EL SEXO. NOVIEMBRE 2013. MONTEVIDEO.**



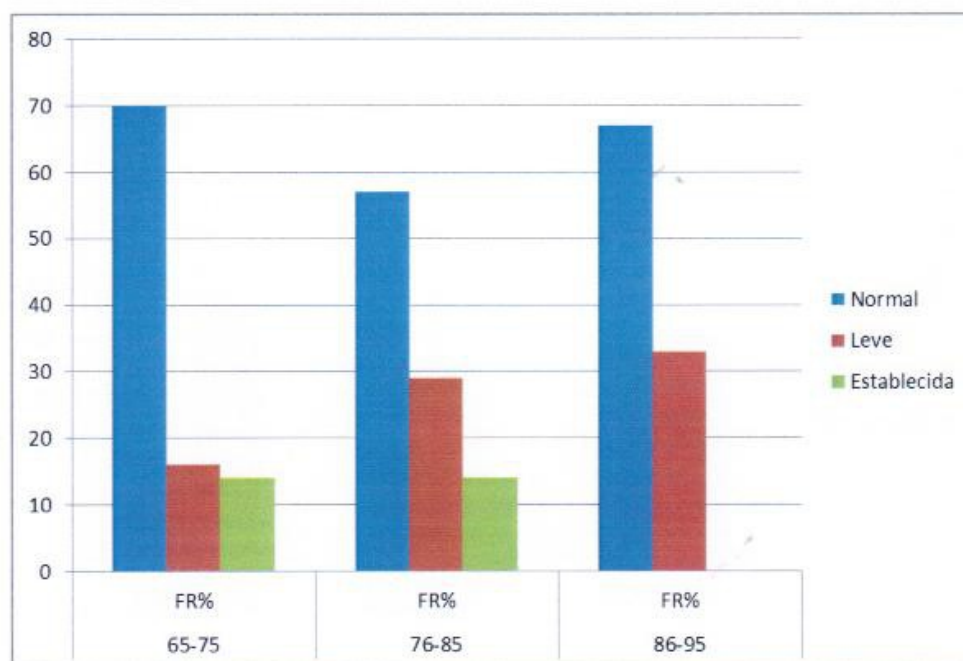
El 25% de las mujeres presenta depresión leve y un 4% en los hombres y establecida un 16% en el sexo femenino y en el masculino un 8%.

**TABLA N° 5. DISTRIBUCIÓN DE LA DEPRESIÓN EN EL ADULTO MAYOR RELACIONADA A LA EDAD. NOVIEMBRE 2013. MONTEVIDEO.**

DEPRESIÓN	EDAD							
	65-75		76-85		86-95		Total	
	FA	FR%	FA	FR%	FA	FR%	FA	FR%
<b>NORMAL</b>	48	70	16	57	2	67	66	66
<b>LEVE</b>	11	16	8	29	1	33	20	20
<b>ESTABLECIDA</b>	10	14	4	14	0	0	14	14
<b>TOTAL</b>	69	100	28	100	3	100	100	100

Fuente: Aplicación de la escala de Yesavage y el instrumento de validación.

**GRÁFICA N°5. DISTRIBUCIÓN DE LA DEPRESIÓN EN EL ADULTO MAYOR RELACIONADA A LA EDAD. NOVIEMBRE 2013. MONTEVIDEO.**



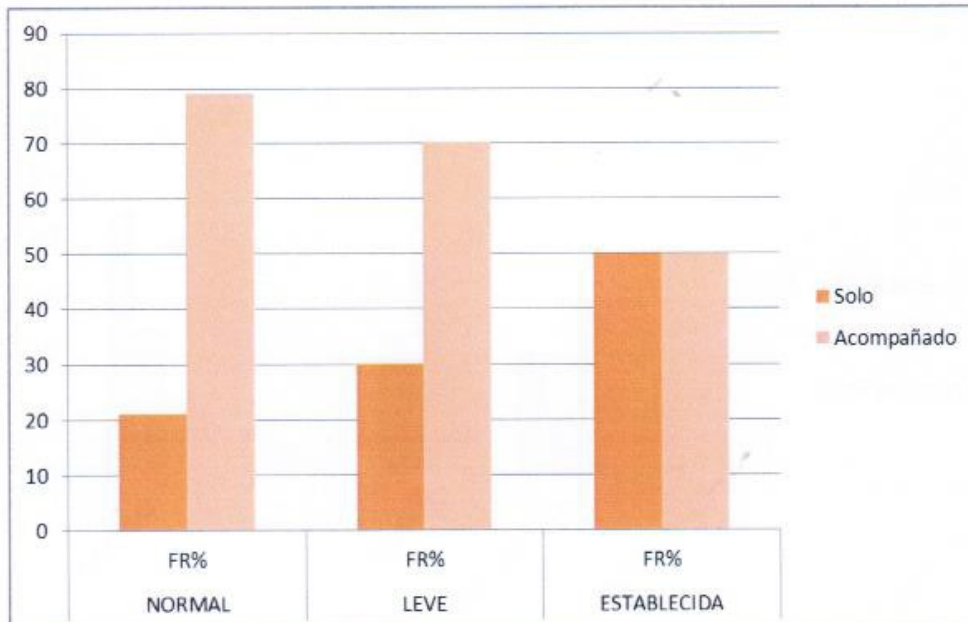
La población más vulnerable a la depresión está entre los 76 y 85 años en un 43%.

**TABLA N° 6. DISTRIBUCION DE LA DEPRESIÓN EN EL ADULTO MAYOR RELACIONADO CON SITUACIÓN FAMILIAR. NOVIEMBRE 2013. MDEO.**

SIT. FAMILIAR	DEPRESIÓN							
	NORMAL		LEVE		ESTABLECIDA		TOTAL	
	FA	FR%	FA	FR%	FA	FR%	FA	FR%
SOLO	14	21	6	30	7	50	27	27
ACOMPañADO	52	79	14	70	7	50	73	73
TOTAL	66	100	20	100	14	100	100	100

Fuente: Aplicación de la escala de Yesavage y el instrumento de validación.

**GRÁFICA N° 6. DISTRIBUCIÓN DE LA DEPRESIÓN EN EL ADULTO MAYOR RELACIONADO CON SITUACIÓN FAMILIAR. NOVIEMBRE 2013. MONTEVIDEO.**



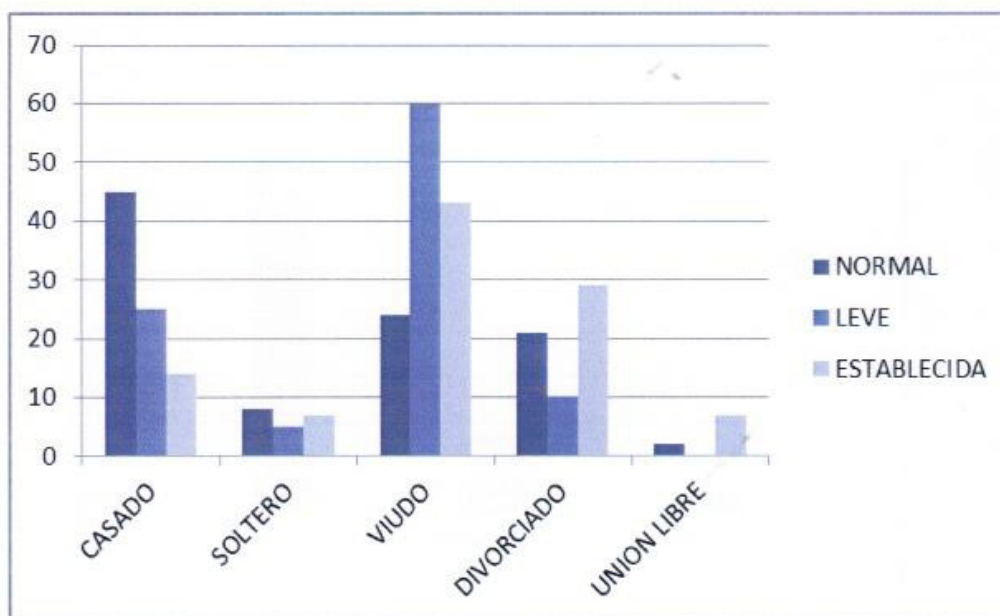
La población que vive acompañada tiene menor incidencia de depresión.

**TABLA N° 7. DISTRIBUCION DE LA DEPRESIÓN RELACIONADA CON SITUACIÓN DE PAREJA. NOVIEMBRE 2013. MONTEVIDEO.**

SITUCION PAREJA	DEPRESION							
	NORMAL		LEVE		ESTABLECIDA		TOTAL	
	FA	FR %	FA	FR %	FA	FR %	FA	FR%
CASADO	30	45	5	25	2	14	37	37
SOLTEROS	5	8	1	5	1	7	7	7
VIUDO	16	24	12	60	6	43	34	34
DIVORCIADO	14	21	2	10	4	29	20	20
UNION LIBRE	1	2	0	0	1	7	2	2
TOTAL	66	100	20	100	14	100	100	100

Fuente: Aplicación de la escala de Yesavage y el instrumento de validación.

**GRÁFICA N° 7. DISTRIBUCION DE LA DEPRESIÓN RELACIONADO CON SITUACIÓN DE PAREJA. NOVIEMBRE 2013. MONTEVIDEO.**



La depresión es independiente de la situación de pareja del usuario.

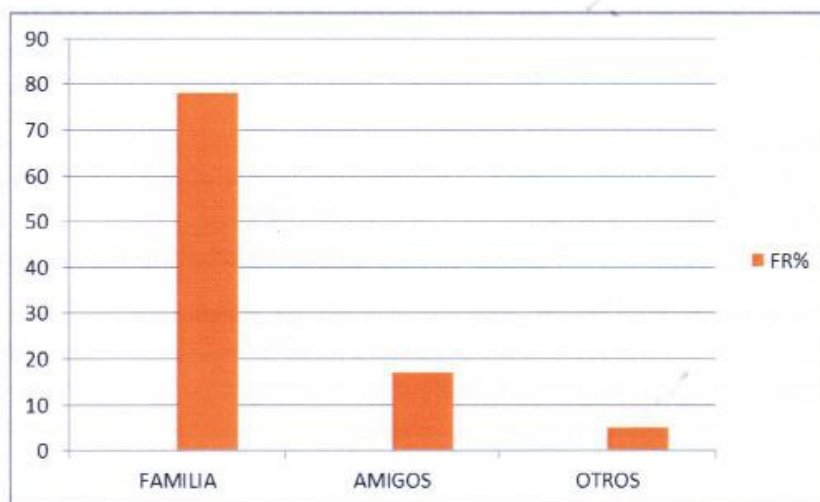


**TABLA N° 8. DISTRIBUCIÓN DE LA VARIABLE REDES DE APOYO.  
NOVIEMBRE DE 2013. MONTEVIDEO.**

RED DE APOYO	FA	FR%
FAMILIA	78	78
AMIGOS	17	17
OTROS	5	5
TOTAL	100	100

Fuente: Elaboración propia a partir de datos obtenidos del instrumento de validación.

**GRAFICA N° 8. DISTRIBUCION DE LA VARIABLE REDES DE APOYO.  
NOVIEMBRE DE 2013. MONTEVIDEO.**



La familia es la red de apoyo más frecuente.

Facultad de Enfermería  
P.O. BOX 10754  
Hospital de Clínicas  
Montevideo - Uruguay

## ANÁLISIS

Para realizar la investigación se tomó una muestra de 100 usuarios, mayores a 65 años que asistieron al Centro de Salud de Primer Nivel de Atención, donde se aplicó el cuestionario de Yesavage en los turnos mañana y tarde, en el mes de noviembre 2013.

Los datos que resultaron del relevamiento, fueron presentados mediante gráficas de barras y tablas, de las cuales se deducen las frecuencias relativas para el análisis y la discusión de los mismos.

La variable **sexo** reveló que de la población estudiada el 76% es del sexo femenino, y el 24% masculino. Este dato coincide con la situación actual de la población del país ya que la proporción de mujeres es superior a la de hombres y las diferencias se acentúan a medida que se consideran los grupos de edades más avanzadas. Este fenómeno se conoce como feminización del envejecimiento.<sup>15</sup>

Este dato coincide con la bibliografía consultada donde el sexo femenino es considerado como factor de vulnerabilidad ante la depresión.

Con respecto a la **edad**, un 76% está comprendido entre los 65 y 75 años, entre 76-85 años, comprende a un 21%, y siendo un 3 % entre 86-95 años .

La edad es considerada un factor de riesgo frente a la depresión ya que crea mayor probabilidad de pérdida de autonomía, mayor posibilidades de enfermedades, siendo esta la población de mayor demanda de cuidados, ya sea para la familia, sistema de salud y comunidad.

Las proyecciones para nuestro país así como para el resto de América Latina indican que el envejecimiento de la población se continuará acentuando. CEPAL estima que para el 2030 la proporción de personas mayores de 60 años ascenderá al 22,3% del total de la población.<sup>16</sup>

En la variable **situación de pareja** encontramos que el 37% corresponde a usuarios casados, lo sigue con un 34% los viudos, 20% divorciados, solteros el 7%, y un 2% que se encuentra en unión libre. Nuestra investigación aporta que la depresión es independiente de la situación de pareja del usuario.

---

<sup>15</sup> Ministerio de Desarrollo social. Plan Nacional de Envejecimiento y Vejez. Montevideo; octubre 2012.

<sup>16</sup> [http://www.eclac.cl/celade/proyecciones/basedatos\\_BD.htm](http://www.eclac.cl/celade/proyecciones/basedatos_BD.htm) 18/12/13.21:20 hs.

La bibliografía utilizada nos aporta que una de las causas de la depresión es la pérdida de un ser querido y comparando con la investigación realizada, un 34% de la población investigada se encuentra en situación de viudez, siendo esta población la que presenta mayor vulnerabilidad ante la depresión.

Respecto a la **procedencia**, se destaca que el 100% de los usuarios pertenece a Montevideo.

Relacionado con la **ocupación** de los usuarios, en esta variable un 40% son jubilados, continúa un 27% de usuarios pensionistas, amas de casa 18%, activos en un 15%.

El 85% de los usuarios se encuentra inactivo. Estos son más propensos a la depresión. Basándonos en los requisitos de auto cuidado de Orem, en esta situación no se mantiene el equilibrio entre la interacción social y la soledad.

Hay un 15% que aún permanece activo. Esto se debe a la situación socioeconómica del país.

La variable **nivel de instrucción** reveló que la población investigada presenta primaria completa en un 41%, incompleta 31%, Secundaria incompleta 16% y completa 11%, Terciaria completa 1%. Esta información está acorde con la tasa de alfabetización de nuestro país que corresponde a un 98,3%, entendiéndose por alfabetización la capacidad de leer y escribir a una determinada edad.<sup>17</sup>

Con respecto a la **composición familiar**, un 72% vive acompañado y solos un 28%. Como la tasa de envejecimiento tiende a aumentar, continuará siendo un desafío para nuestro sistema de salud contemplar esta población que se encuentra sola.

---

<sup>17</sup> <http://www.tacuarembó2030.com/uruguay/810-uruguay-con-el-menor-analfabetismo-regional.html>. 18/12/3. 21:58 hs.

De nuestra investigación se deduce que hay menor incidencia de signos de depresión en aquellas personas que viven acompañadas, ya sea por familiar, amigos o pareja

En cuanto a la **escala aplicada de Yesavage** los datos aportan que un 66% no presentan depresión, un 20% depresión leve y un 14 % depresión establecida. La aplicación de esta herramienta fue productiva, ya que nos aportó los datos de interés que se desconocían hasta el momento.

La aplicación de esta escala no reemplaza la entrevista de diagnóstico realizada por el profesional de salud. Es una herramienta de detección útil en el entorno clínico que investiga síntomas cognoscitivos de un episodio depresivo mayor durante los últimos 15 días. Esta escala abreviada excluye intencionalmente los síntomas depresivos somáticos debido a la alta prevalencia en el adulto mayor.

De los datos estadísticos encontrados en el programa nacional del adulto mayor, del MSP (2005-2010), revela que el 10% de los adultos mayores de la comunidad tiene trastornos depresivos en comparativa con nuestra investigación, el 34 % de la población investigada presenta depresión leve y establecida.

Como profesionales de la salud la utilización y aplicación de esta herramienta nos brindó pautas para realizar prevención y detección precoz de depresión enriqueciendo nuestros conocimientos.



## CONCLUSIÓN

El objetivo de nuestra investigación era conocer la prevalencia de la depresión en la población adulto mayor que asiste a un Centro de Salud del Primer Nivel de Atención.

Para alcanzar nuestro objetivo cumplimos sucesivas etapas mediante objetivos específicos que consistieron en:

- Caracterizar la población en estudio según las variables.
- Cuantificar en número de adultos mayores que padecen depresión aplicando la escala de Yesavage.
- Determinar si la población en estudio cuenta con redes de apoyo.
  - Con respecto a los objetivos planteados se logró cumplirlos, conociendo la prevalencia de la depresión en la población adulto mayor que se atiende en el Centro de Salud del primer nivel, aplicando la escala abreviada de Yesavage.
  - Se cumplió con la caracterización de la población en estudio según las variables: edad, sexo, situación de pareja, procedencia, ocupación, nivel de instrucción, composición de grupo familiar y redes de apoyo.
  - Se cuantifico el número de adultos mayores que padecen depresión aplicando la escala abreviada de Yesavage.
  - Se logró determinar que el 100% de la población estudiada cuenta con alguna red de apoyo
  - Con respecto a la muestra elegida, fue adecuada para la investigación.

Con respecto a los resultados:

Para poder llevar a término una buena intervención desde el ámbito de salud, necesitamos poner en evidencia información del usuario obtenida a través del

cuestionario de Yesavage, que nos permita visualizar y detectar signos y síntomas de depresión, con el fin de ser diagnosticados por el profesional y así poder brindarle una atención integral a través de un equipo multidisciplinario desde la prevención, detección precoz, tratamiento y orientación, ya que es una dificultad que se presenta cada vez más frecuente en nuestro país y día a día se incrementa el número de usuarios con esta patología.

## SUGERENCIAS

- ✓ Contar desde el primer nivel de atención con una herramienta que permita a enfermería la detección de signos de patología depresiva en el adulto mayor, por ejemplo la escala de Yesavage.
- ✓ Sugerimos la implementación de un equipo multidisciplinario de salud mental para tratamiento y seguimiento del usuario de manera más profunda.
- ✓ Se puede profundizar esta línea de investigación como punto de partida para futuros estudios.
- ✓ Implementación de acciones por parte del Licenciado de Enfermería con el fin de prevenir la depresión mediante:
  - La creación de grupos de lecturas.
  - Intercambio de opiniones.
  - Actividad física.
  - Espacio audiovisuales.
  - Formación de grupos de viajes.
  - Brindar espacio de escucha para considerar necesidades reales del usuario.
- ✓ Si bien esta investigación se realiza con una población adulto mayor, consideramos importante también realizar la detección precoz en población adulta con el fin de prevenir esta patología y así disminuir la incidencia en el adulto mayor.

## BIBLIOGRAFÍA

- Dorotea E. Orem. Conceptos de enfermería en la práctica. Ediciones científicas y técnicas, S.A. Masson- Salvat; 2001.
- Ministerio de Desarrollo social. Plan Nacional de Envejecimiento y Vejez Montevideo; octubre 2012.
- Prof. Ag. Margarita Garay. Prof. Ag. Lic. Psi. Rosario Tuzzo. Prof. Ag. Lic. Enf. Alvaro Díaz. Emergencias Emocionales: Abordaje interdisciplinario en el primer nivel de atención. (2<sup>do</sup> tomo). Montevideo; 2004-2005.
- EliaB. Pineda. Eva Luz de Alvarado. Metodología de la investigación. (3<sup>ra</sup> edición). Washington, D.C:OPS; 2008.
- M. en C. Roberto Hernandez Sampieri. Dr. Carlos Fernandez Collado. Dra. Pilar Baptista Lucio. Metodología de la Investigación. (3<sup>ra</sup> edición) .Mexico. Mc Graw- Hill. Interamericana; 2003.
- Luis Aguera Ortiz. Inés Francés Román. María Jusús Gayoso Orol, Pedro Gil Gregorio. Manuel Martín Carrasco. Manuel Sánchez Perez. Guía de la buena práctica clínica en geriatría. Depresión y Ansiedad. España; 2004.
- Programa Nacional de Adulto Mayor. Ministerio de Salud Pública Dirección General de la Salud División Salud de la Población. Uruguay; 2005- 2010.
- Manuel Antón Jiménez. Noemi Gálvez Sanchez. Raquel Esteban Sáiz. Depresión y Ansiedad. Síndromes Geriátricos. España; 2004;p.243-249.
- [www.msp.gub.uy/andocasociado.aspx?4603,19940,24/10/13,09:00hs](http://www.msp.gub.uy/andocasociado.aspx?4603,19940,24/10/13,09:00hs).
- Pilar Gamarra Samaniego. Depresión y ansiedad en el adulto mayor <http://www.enfermerasperu.com/monografiasenfermeria geriatria.php,4/10/13,11:00hs>.
- <http://www.cepal.org/celade/noticias/paginas/7/13237/PP18.pdf.7/11/13,20:10hs>.
- [www.definiciónabc.com/social/adulto-mayor.php](http://www.definiciónabc.com/social/adulto-mayor.php). 05/01/14, 19:25 hs.

RESUMEN DE RESION BY YESAVAGE (BUS  
VERSION) PEDDION)

# ANEXOS

## ESCALA DE DEPRESIÓN DE YESAVAGE (GDS VERSIÓN REDUCIDA)

		SI	NO
1	¿Está satisfecho/a con su vida?	0	1
2	¿Ha renunciado a muchas actividades?	1	0
3	¿Siente que su vida está vacía?	1	0
4	¿Se encuentra a menudo aburrido/a?	1	0
5	¿Tiene a menudo buen ánimo?	0	1
6	¿Teme que algo malo le pase?	1	0
7	¿Se siente feliz muchas veces?	0	1
8	¿Se siente a menudo abandonado/a?	1	0
9	¿Prefiere quedarse en casa a salir?	1	0
10	¿Cree tener más problemas de memoria que la mayoría de la gente?	1	0
11	¿Piensa que es maravilloso vivir?	0	1
12	¿Le cuesta iniciar nuevos proyectos?	1	0
13	¿Se siente lleno/a de energía?	0	1
14	¿Siente que su situación es desesperada?	1	0
15	¿Cree que mucha gente está mejor que usted?	1	0
Puntuación total _____			
Interpretación: <ul style="list-style-type: none"> <li>• 0 a 5 normal.</li> <li>• 6 a 9 depresión leve.</li> <li>• 10 depresión establecida.</li> </ul>			

\* Adaptado de: Sheikh JI, Yesavage JA, *Geriatric depression scale (gds): recent evidence and development of shorter versión*. In: Brink TL, eds. *Clinical Gerontology: A Guide to Assessment and Intervention*. New York: Haworth, 1986.

## INSTRUMENTO DE VALIDACIÓN

### **DATOS PATRONIMICOS DEL USUARIO**

- EDAD
- SEXO
- PROCEDENCIA
- OCUPACIÓN
- NIVEL DE INSTRUCCIÓN
- SITUACIÓN DE PAREJA
- NUCLEO FAMILIR
- CUENTA CON REDES DE APOYO

## PRESUPUESTO

Fotocopia	\$ 300
Transporte para recolección de información	\$ 1800
Artículo de papelería	\$ 200
Impreso para corrección	\$ 750
Impreso para defensa	\$ 1000
Cd	\$ 100



## CRONOGRAMA

ACTIVIDAD	Set. Octubre 2013	nov-13	dic-13	ene-14
Busqueda y org. De información	X			
Organización del protocolo	X			
Validación del instrumento		X		
Recolección de los datos de la información		X		
Organización de datos			X	
Discusión y presentación de resultados			X	X

## CARTA MODELO DE TESIS

Montevideo, 11 de Noviembre de 2013.

Centro de Salud Dr. Antonio Giordano.  
Sr. Directora.  
Dra. Raquel Brener.  
PRESENTE.

Por medio de la presente quienes suscriben, estudiantes de la Facultad de Enfermería, solicitan a Ud. la autorización para llevar a cabo el protocolo de investigación: "Prevalencia de la Depresión en el adulto mayor".

El estudio de corte descriptivo, consiste en entrevistas a usuarios que asistan al centro, en los turnos mañana y tarde, en el período de noviembre, con un formulario anónimo; el cual será aplicado por los estudiantes:

- Lorena Pimienta
- Marina González
- Verónica Blanco
- Claudia Alvez
- Natalia Berriel

El presente protocolo tiene la aprobación académica y ética de los tutores de los estudiantes de la Cátedra de Enfermería en Salud Mental, Facultad de Enfermería, Universidad de la República.

Prof. Asist. Lic. Cecilia Luquez.

Prof. Ag. Lic. Enf. Margarita Garay