

**UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR  
FACULTAD DE MEDICINA  
ESCUELA DE MEDICINA**



**PREVALENCIA DE DEPRESIÓN EN EL ADULTO MAYOR EN UNIDAD DE  
SALUD “EL ROSARIO” CUSCATLÁN, DE JUNIO A SEPTIEMBRE DEL  
2023**

**Presentado por:**

**INGRID BEATRIZ ROSALES DE PORTILLO  
LOURDES ALEJANDRA ROSALES MOLINA  
MARLON EDUARDO SERRANO MALDONADO**

**Para Optar al grado de:**

**DOCTOR EN MEDICINA**

**Asesor:**

**DR. JOSÉ ANTONIO RICARDO MÉNDEZ FLAMENCO**

**Ciudad Universitaria “Dr. Fabio Castillo Figueroa”, El Salvador, noviembre 2023**

## CONTENIDO

I.	RESUMEN .....	i
II.	INTRODUCCIÓN .....	ii
III.	OBJETIVOS .....	4
	CAPÍTULO I. MARCO TEÓRICO .....	5
	1.1 Definición de depresión .....	5
	1.2 Epidemiología de la depresión en el adulto mayor .....	7
	1.3 Etiopatogenia de la depresión en el adulto mayor .....	9
	1.4 Manifestaciones clínicas de la depresión .....	13
	1.5 Clasificación y diagnóstico de la depresión .....	16
	1.6 Escala de Yesavage .....	17
	CAPÍTULO II. METODOLOGÍA .....	20
	2.1 Tipo de investigación .....	20
	2.2 Período de investigación .....	20
	2.3 Universo .....	20
	2.4 Muestra .....	20
	2.5 Criterios de inclusión .....	20
	2.6 Criterios de exclusión .....	20
	2.7 Criterios de no inclusión .....	21
	2.8 Variables .....	21
	2.9 Operacionalización de variables .....	22
	2.10 Fuente de información .....	26
	2.11 Técnica de obtención de información .....	26
	2.12 Procesamiento y análisis de información .....	26
	2.13 Criterios éticos .....	26
	CAPÍTULO III. RESULTADOS .....	28
	CAPÍTULO IV. DISCUSIÓN .....	31
	CAPÍTULO V. CONCLUSIONES .....	33
	CAPÍTULO VI. RECOMENDACIONES .....	35

CAPÍTULO VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	36
ANEXOS .....	45
Anexo 1: Cuestionario.....	45
Anexo 2: Consentimiento informado.....	47
Anexo 3: Autorización del estudio.....	49
Anexo 4:Correspondencia de recibido .....	50

## I. RESUMEN

La depresión en el adulto mayor es la patología psiquiátrica más infradiagnosticada en la consulta general, a menudo este fenómeno ocurre por la confusión con muchos síntomas que pertenecen al síndrome geriátrico. Además, dicha población consulta en el primer nivel únicamente por síntomas físicos que no se atribuyen a un cuadro psiquiátrico como tal, manejándose dichos malestares con un enfoque más curativo y no biopsicosocial, enmascarando así un cuadro que con las herramientas adecuadas se diagnosticaría oportunamente, disminuyendo las consultas frecuentes de esta población.

Este estudio de tipo descriptivo y diseño transversal pretende determinar la prevalencia de la depresión en el adulto mayor mediante la identificación de los signos y síntomas principales en dicha población, establecer el nivel de esta según la escala de depresión geriátrica de Yesavage y definir los factores sociodemográficos que acompañan a esta patología. Los participantes fueron 50 adultos mayores, es decir, 60 años o más muestra obtenida a través de un muestreo no probabilístico por conveniencia. Al implementar el instrumento se obtuvo que los 3 signos y síntomas más frecuentes son cefalea, adinamia e insomnio. De acuerdo con el nivel de depresión hubo predominio de depresión leve con 23 personas, depresión grave 13 y sin depresión 14. El resto de los factores característicos de la población fueron predominio del sexo femenino, la mayoría de los encuestados pertenecía al rango de edad entre 70-80 años, principalmente desempleados y solteros, residentes del área rural.

## II. INTRODUCCIÓN

En la vejez, con frecuencia predominan las morbilidades que se caracterizan por una multicausalidad. Por lo tanto, en esta etapa de la vida adquieren una manifestación clínica distinta; como ocurre en los trastornos psiquiátricos, en estos, se puede alterar la capacidad de las personas para mantener su independencia, presentar síntomas físicos en su mayoría y no psicológicos-emocionales; este fenómeno es significativamente menospreciado y con frecuencia pasado por alto, ya que se considera un problema propio del envejecimiento mas no una patología. Los trastornos afectivos, cognoscitivos y conductuales en la edad avanzada constituyen un problema de salud pública de enormes proporciones, dada su alta prevalencia, alto costo social y económico.

A nivel mundial, la esperanza de vida es de 72,7 años en hombres y 78,1 años en mujeres<sup>1</sup>, por lo que es de vital importancia hacer de conocimiento como estas enfermedades tan comunes pueden ser identificadas de forma oportuna y precoz. El Salvador no es ajeno a este escenario, siendo importante cuestionarse si se tiene la capacidad para tratar esta morbilidad propia de la vejez o existen las herramientas necesarias para su diagnóstico. El primer nivel se considera el inicio del contacto de los pacientes con el sistema sanitario, es aquí donde se debe tomar acción para implementar estrategias que permitan al personal detectar oportunamente esta morbilidad, tratarla de forma eficaz y prevenirla.

Con dicha investigación se pretende, dar a conocer la existencia de esta problemática, midiendo la prevalencia en la población, brindar alternativas para identificar los síntomas, obteniendo un diagnóstico temprano y conocer las características sociodemográficas que presentan los participantes para diseñar planes de trabajo más enfocados y específicos y abordar a la población adecuada; todo esto para brindar un

---

<sup>1</sup> Calderón M Diego. Epidemiología de la depresión en el adulto mayor. Revista Médica Herediana 2018

tratamiento integral del problema. El estudio se lleva a cabo con la necesidad de formar conocimiento y con ello plantear, elaborar, efectuar y evaluar políticas a futuro que reduzcan la carga de estas condiciones; la metodología será a través de la aplicación de una escala ya establecida y aprobada (escala de depresión geriátrica de Yesavage) en el primer nivel de atención del Ministerio de Salud de El Salvador.

### **III. OBJETIVOS**

#### Objetivo General

- Determinar la prevalencia de la depresión en el adulto mayor que consulta en la unidad de salud intermedia El Rosario, Cuscatlán utilizando la escala de depresión geriátrica de Yesavage Abreviada de junio a septiembre del 2023

#### Objetivos específicos:

- Definir los factores sociodemográficos de los adultos mayores que consultan en la unidad de salud intermedia El Rosario.
- Identificar los signos y síntomas principales de la depresión en el adulto mayor que consulta en la unidad de salud intermedia El Rosario.
- Establecer el nivel de depresión del adulto mayor que consulta en la unidad de salud intermedia El Rosario utilizando la escala de depresión geriátrica de Yesavage abreviada.

## CAPÍTULO I. MARCO TEÓRICO

### 1.1 Definición de depresión

Es la presencia de cinco (o más) de los siguientes síntomas durante un período de 2 semanas, que representan un cambio respecto a la actividad previa; uno de los síntomas debe ser 1 estado de ánimo depresivo o 2 pérdida de interés o de la capacidad para el placer<sup>2</sup>.

A. No se incluyen los síntomas que son claramente debidos a enfermedad médica o las ideas delirantes o alucinaciones no congruentes con el estado de ánimo.

1. Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, casi cada día según lo indica el propio sujeto o la observación realizada por otros (p. ej., llanto).

2. Disminución acusada del interés o de la capacidad para el placer en todas o casi todas las actividades, la mayor parte del día, casi cada día

3. Pérdida importante de peso sin hacer régimen o aumento de peso o pérdida o aumento del apetito casi cada día.

4. Insomnio o hipersomnias casi cada día.

5. Agitación o enlentecimiento casi cada día.

6. Fatiga o pérdida de la energía casi cada día .

7. Sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados .

8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión, casi cada día (ya sea una atribución subjetiva o una observación ajena)

9. Pensamientos recurrentes de muerte (no sólo temor a la muerte), ideación suicida

---

<sup>2</sup> American Psychiatric Association. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. (DSM 5), 5º Madrid, Editorial Médica Panamericana 2014.



recurrente sin un plan específico o una tentativa de suicidio o un plan específico para suicidarse.

B. Los síntomas no cumplen los criterios para un episodio mixto.

C. Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

D. Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) una enfermedad médica (p. ej., hipotiroidismo).

E. Los síntomas no se explican mejor por la presencia de un duelo los síntomas persisten durante más de 2 meses o se caracterizan por una acusada incapacidad funcional, preocupaciones mórbidas de inutilidad, ideación suicida, síntomas psicóticos o enlentecimiento psicomotor.

La depresión es una enfermedad que altera de manera intensa los sentimientos y los pensamientos. La forma más frecuente de manifestarse es: tristeza, decaimiento, sensación de incapacidad para afrontar las actividades y retos diarios, y la pérdida de interés en actividades que previamente resultaban placenteras.

La depresión es una enfermedad común pero grave que interfiere con la vida diaria, con la capacidad para trabajar, dormir, estudiar, comer y disfrutar de la vida. La depresión es causada por una combinación de factores genéticos, biológicos, ambientales y psicológicos. Algunas investigaciones indican que el riesgo genético para la depresión es el resultado de la influencia de varios genes que actúan junto con factores ambientales y otros factores de riesgo.

Algunos tipos de depresión tienden a darse en familias. Sin embargo, la depresión también puede ocurrir en personas sin antecedentes familiares de depresión. No todas las personas con enfermedades depresivas experimentan los mismos síntomas. La gravedad, frecuencia y duración de los síntomas varían dependiendo de la persona y su enfermedad en particular. Estados de duelo y de tristeza, podrían sugerir patología depresiva. En ambos el humor es triste, con tendencia al pesimismo y a la desesperanza, pero se impone el diagnóstico diferencial en estos

casos. La depresión se acompaña de un sentimiento profundo de futilidad e incapacidad para experimentar placer. Las personas que sufren depresión tienen un enlentecimiento o descenso en prácticamente todos los aspectos de la emoción y el comportamiento. Las actividades básicas (alimentación, sueño y autocuidado) están afectadas, así como el curso del pensamiento, del lenguaje, y la sexualidad.

## 1.2 Epidemiología de la depresión en el adulto mayor

La depresión es uno de los síndromes psiquiátricos más frecuentes y, probablemente, el segundo trastorno que más discapacidad produce en la población anciana. Es de particular interés en este grupo etario por su frecuencia, etiología, expresión clínica, relación con otras enfermedades, tratamientos no siempre exitosos y deterioro de la calidad de vida. Los cambios biológicos, psicológicos, económicos y sociales que ocurren durante el proceso de envejecimiento, asociados a diversas enfermedades, fundamentalmente crónicas, conllevan a pensar que en los ancianos existen factores que favorecen la aparición de la depresión.

La prevalencia de depresión en el adulto mayor varía según la población y el desarrollo económico de los países<sup>3</sup>. El estudio Eurodep, utilizando un cuestionario para ese continente, reportó 8,8% en Islandia y 23,6% en Alemania. En Suecia se reporta una prevalencia de 12 a 14% y en Taiwán 21,2 %. Un estudio reciente en población de adultos mayores (n=17 000) utilizando los criterios CIE-10 reportó prevalencias de 2,3% en Puerto Rico, 13,8% en República Dominicana, 4,9% en Cuba, 0,3% en China urbana, 0,7% en China rural, 3,9% India urbana, 12,6% India rural y 0,5% en Nigeria. Cabe recalcar que las cifras son menores cuando se utilizan instrumentos diagnósticos, como los del CIE 10 o los de DSM-V en comparación con instrumentos de tamizaje, como la escala de Yesavage o el Euro-de. En Latinoamérica los datos de prevalencia en el adulto mayor también son variados. En México, varía entre 26% y 66%; un estudio en población marginal reportó depresión de 60%. En Perú, se reporta 15,97%

---

<sup>3</sup> Calderón M Diego. Epidemiología de la depresión en el adulto mayor. Revista Médica Herediana 2018

de depresión en pacientes hospitalizados y 9,8% en la comunidad. En Colombia, un estudio en pacientes ambulatorios encontró depresión en 11,5% de mujeres y 4% de hombres; otro estudio multicéntrico encontró 47% de depresión en pacientes hospitalizados y encuesta nacional de salud reportó de 49 a 60% de depresión en adultos mayores. En Chile, la prevalencia de depresión se ha reportado entre 7,6% y 16,3%.

Con base a las proyecciones del CDC, para el año 2020, la depresión será la segunda causa de morbilidad a nivel mundial, solamente por detrás de las enfermedades cardíacas, radicando en esto la importancia de su diagnóstico temprano y oportuno uno de los últimos estudios acerca del tema y de mayor relevancia, lo llevo a cabo Elaine Murphy , quien durante un año siguió a un grupo de 124 pacientes ancianos deprimidos, encontrando que solo una tercera parte de los pacientes se recuperó al cabo de ese tiempo. Estos ponen de manifiesto, la necesidad de un enfoque interdisciplinario en el tratamiento de los ancianos deprimidos y la necesidad implícita del trabajo conjunto con los distintos sectores para un abordaje objetivo de este problema de salud.

## DEPRESION DEL ADULTO MAYOR EN LA ATENCION PRIMARIA

Según la guía práctica de atención primaria de la depresión, una de las formas más comunes de manifestación de la depresión en la atención primaria son las consultas excesivamente frecuentes a los establecimientos de salud, múltiples síntomas inexplicables, fatiga crónica y alteraciones del sueño<sup>4</sup>.

En principal medida la fatiga crónica, de la cual al menos un 39 % de quienes la padecen tienen como base algún cuadro depresivo (eliminando la posibilidad antes de un cuadro orgánico de base) El NIMH (National Institute of Mental Health), sostiene

---

<sup>4</sup> Ministerio de Sanidad SSEI. Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto. 2014.

que entre algunos de los síntomas de depresión más comunes sentirse triste o “vacío”, sentirse sin esperanza, irritable, ansioso o culpable, pérdida de interés en actividades favoritas, sentirse muy cansado, no poder concentrarse o recordar detalles, no poder dormir o dormir demasiado, comer demasiado o no querer comer de todo. Pensamientos de suicidio, intentos de suicidio, dolores o malestares, dolores de cabeza, cólicos o problemas digestivos. A pesar de que la mayoría de estos aparentan ser síntomas “vagos” deben siempre alertar al profesional de la salud a cargo.

### 1.3 Etiopatogenia de la depresión en el adulto mayor

En la depresión del adulto mayor influyen varios factores, tanto genéticos, biológicos, psicológicos y ambientales. Varios factores anatómicos tratan de explicar la depresión, entre ellos el tamaño diferente de hipocampo, para hipocampo, amígdala y corteza prefrontal<sup>5</sup>. También se ha postulado, a neuronas con alteración de su metabolismo y tamaño, acción de las monoaminas y otros neurotransmisores, vulnerabilidad genética, estrés, e inflamación. La etiología vascular parece relacionarse con la depresión tardía. Por mucho tiempo, se ha estudiado el papel de la serotonina y se considera que en la depresión la alteración de la serotonina afecta a personas vulnerables. A continuación, se analizan los factores de riesgo más importantes:

#### a. Demográficos

La gran mayoría de estudios reporta que la proporción de depresión es más alta en mujeres que en hombres. Las viudas, ancianos aislados, pobres, institucionalizados y sometidos a estrés presentan depresión más frecuentemente. La prevalencia es mayor en el área rural que en la urbana. Un estudio en Arabia encontró relación entre depresión y desempleo, divorcio, viudez, soledad y bajo nivel de instrucción.

---

<sup>5</sup> Neurobiología de la depresión de la depresión mayor, Universidad de Colina, México, 2016

## b. Biológicos

### Enfermedad orgánica

Varias enfermedades han sido relacionadas con la depresión en el adulto mayor, quienes, por características propias, tienen mayor comorbilidad. Un estudio reciente de comorbilidades en adultos menores y mayores de 65 años realizado en los Estados Unidos de Norteamérica (USA) en 201 711 personas, concluyó que para disminuir la carga de enfermedades crónicas, los adultos menores de 65 años con enfermedades crónicas deben recibir el tratamiento que necesitan para reducir la probabilidad de desarrollar más enfermedades crónicas a medida que envejecen, el objetivo final es mejorar el estado de salud y reducir los costos de atención médica para padecimientos crónicos en adultos mayores. Se ha demostrado asociación entre enfermedad cardiovascular y depresión, en muchos casos la depresión se presenta antes que el trastorno cardiovascular; además se han encontrado patrones de morbilidad más frecuentes en adultos mayores, por ejemplo, enfermedades cardio-metabólicas y depresión, ansiedad y depresión, y dolor-desórdenes neuropsiquiátricos y depresión. Diabetes y cardiopatías han sido relacionadas con la depresión; el estudio ELSA (English Longitudinal Study of Ageing), realizado en 4454 pacientes diabéticos adultos mayores, demostró asociación entre depresión-diabetes y diabetes-trastornos cardiovasculares. Se observa una alta prevalencia de depresión en pacientes con enfermedades cerebrovasculares, por lo que, hacen referencia al término “Depresión vascular” para describir los trastornos depresivos consecutivos a enfermedad cerebrovascular. Un estudio de cohorte retrospectivo realizado en Taiwán en 9991 pacientes con depresión y 39 964 controles, sugiere que la depresión es un factor de riesgo independiente de la demencia vascular.

## Deterioro funcional

La limitación funcional en los adultos mayores está relacionada con depresión y sentimientos de inutilidad. Un estudio en USA encontró asociación entre síntomas depresivos y alteraciones en la marcha. En México, un estudio en pacientes hospitalizados encontró que 62% era dependiente y que existía relación directa entre depresión y disfunción<sup>6</sup>. En Turquía, un estudio transversal sobre una población de 19 853 personas mayores de 60 años reportó un aumento de la depresión con relación a una disminución de las actividades de la vida diaria (Escala de Katz) y un aumento ante la disminución de la calidad de vida. La fragilidad en adultos mayores se entiende como pérdida de energía, masa, fuerza muscular reserva fisiológica disminuida e intolerancia al ejercicio; depresión y fragilidad coexisten en 10% de adultos mayores.

## Deterioro cognitivo

La depresión y su relación con el deterioro cognitivo tiene amplia evidencia científica. La depresión puede ser un signo de demencia incipiente y algunos pacientes con depresión permanecen sin síntomas mientras no tienen demencia. La relación causa-efecto entre depresión y demencia es muchas veces difícil de establecer, además, se ha observado que la depresión en el adulto mayor puede preceder a la demencia. Un estudio realizado en 195 adultos mayores con deterioro cognitivo encontró más relación entre depresión y Alzheimer que con otros tipos de demencia. Una revisión sobre la relación entre cognición y depresión encontró que la dificultad de integración social en la depresión mayor puede deberse, en parte, a la dificultad de interpretar los estímulos en la demencia. Algunos estudios han reportado que la demencia puede influir en la respuesta al tratamiento de la depresión; sin embargo, la evidencia no es clara, un estudio realizado en 302 adultos mayores encontró que la coexistencia de deterioro cognitivo dificulta el tratamiento de la depresión en estos pacientes y que la valoración de la cognición debe realizarse en todos los pacientes

---

<sup>6</sup> Calderón M Diego. Epidemiología de la depresión en el adulto mayor. Revista Médica Herediana 2018

con depresión, en Australia en cambio, un estudio prospectivo encontró similar proporción de uso de antidepresivos en ancianos con y sin demencia.<sup>7</sup>

### Insomnio

Como la demencia, el insomnio está relacionado con la depresión, pero puede ser un factor o un efecto. El estudio multicéntrico IMPACT, en 1 801 adultos mayores, encontró que los pacientes con insomnio tenían mayor probabilidad de tener depresión y mayor persistencia de la enfermedad. Otro estudio, en USA, reportó que el insomnio en un año aumenta la prevalencia de depresión al siguiente año, recomendando incluso la detección de alteraciones del sueño para un mejor tratamiento de la depresión. Un estudio en tres ciudades de Francia en 3 824 adultos mayores concluyó que los síntomas del insomnio y el uso de medicación aumentan el riesgo de depresión.

### c. Sociales

El aislamiento es un factor importante asociado con la depresión en el adulto mayor ya que puede por sí mismo provocar depresión o agravarla. Puede además influir de manera negativa en el estado de salud y la calidad de vida. En Irán, reportaron 90% de depresión en adultos mayores asilados. En China se encontró una prevalencia de 36,94% en ancianos abandonados de zonas rurales. La depresión es más frecuente en situación de riesgo social y con baja condición socio económica, además en una revisión reciente encontraron que la depresión es más frecuente y grave en adultos mayores con menor calidad de vida. Un estudio prospectivo a 6 años con 1991 adultos mayores encontró fuerte asociación entre dolor generalizado y depresión, con reducción de la participación social. También se ha demostrado que la depresión mayor, bajos ingresos económicos, enfermedades crónicas y dependencia influyen en la ideación suicida. En Brasil, un estudio transversal en 1

---

<sup>7</sup> Calderón M Diego. Epidemiología de la depresión en el adulto mayor. Revista Médica Herediana 2018

012 personas mayores de 60 años encontró menor frecuencia de depresión en personas con indicadores de envejecimiento activo, como tener amigos, trabajo y hábito de leer.

#### d. Económicos

Es evidente que la situación económica influye en el estado de ánimo de las personas, es más probable que la persona con bajos ingresos económicos se encuentre triste, esto se aplica a todas las edades. Una encuesta a adultos mayores en China y Rusia atribuyó el menor nivel de depresión en China a mayores niveles de seguridad económica y cohesión social, es decir, a los efectos de los recursos económicos y sociales sobre la depresión. Las crisis financieras en los países influyen directamente sobre la situación económica de sus habitantes, el estudio MEDIS analizó como la crisis financiera en el Mediterráneo afectó los determinantes de salud de los adultos mayores; en efecto, la crisis aumentó la depresión, el aislamiento social, tabaquismo, y afectó la calidad de dieta y disminuyó la actividad física. Las circunstancias económicas pueden ser importantes para determinar la satisfacción y el estado de ánimo de la vida, no sólo por la situación objetiva, sino también por su interpretación subjetiva. Lo que para una persona puede ser una quiebra financiera para otra persona puede no serlo, por tanto, variables subjetivas como la autoestima de la salud, la situación económica y la satisfacción con la vida deben considerarse al abordar al paciente deprimido.

#### 1.4 Manifestaciones clínicas de la depresión

La depresión en el anciano con frecuencia difiere en su presentación comparada con otras etapas de la vida, hay mayor comorbilidad, que oculta o disimula manifestaciones a través de quejas somáticas, así como a la presencia de deterioro cognoscitivo. Erróneamente, se llega a considerar esto como parte del envejecimiento y no como un evento mórbido tratable. Valorar clínicamente a los ancianos, amerita un entrenamiento especial. Por ejemplo, detectar anergia o



inhibición psicomotriz, no es fácil, ya que ese menor nivel de actividad puede atribuirse al cúmulo de años. En la anergia, cambios bruscos, o una sensación constante de agotamiento aún en periodos de descanso, suelen ser indicadores certeros. A pesar de los prejuicios de algunos médicos, no hay por qué considerar la anhedonia, como un estado propio de los ancianos. Para diagnosticarla, es necesario identificar primero aquellos aspectos de la vida que solía disfrutar el paciente, por ejemplo: ver televisión, recibir visitas, la compañía de los miembros más jóvenes de la familia, escuchar música, etcétera, y posteriormente interrogarle sobre su capacidad de disfrute actual de tales situaciones.<sup>8</sup>

El insomnio es un síntoma de los trastornos del ánimo, o llega a ser un factor de riesgo al aumentar la incidencia de depresión en la vida tardía. Es importante conocer los cambios que la función de dormir presenta con la edad. Para el anciano, se va acortando el tiempo total de sueño, y duerme menos en las etapas profundas. Su sueño es fragmentado, con más despertares e inquietud en la cama, la latencia es mayor, y su eficacia es menor. En algunas personas se puede observar, una clara alteración en las funciones cognoscitivas como: enlentecimiento psicomotor y alteración de la memoria de trabajo, así como de las funciones ejecutivas (planificación, secuenciación, organización y abstracción) y disminución en la fluidez verbal. Algunos autores han hipotetizado que estas alteraciones tienen relación con enfermedades vasculares, porque en los estudios de neuroimagen, se observa la presencia de leucoaraiosis. Los síntomas resultan compatibles con lesiones que pueden afectar las vías estriatopálido-talamocorticales, lo cual se manifiesta como un síndrome frontal con depresión caracterizado por enlentecimiento, falta de introspección y alteraciones en las funciones ejecutivas. El proceso neurodegenerativo por factores vasculares actúa sobre el sistema serotoninérgico, provocando la depresión. Esto podría explicar la irreversibilidad de las alteraciones cognoscitivas después de la remisión ya que una de las principales características

---

<sup>8</sup> Universidad de Santiago de Compostela (España). DEPRESIÓN: DIAGNÓSTICO, MODELOS TEÓRICOS Y TRATAMIENTO A FINALES DEL SIGLO XX.

de la depresión de inicio tardío son las alteraciones neuropsicológicas que se asocian a la gravedad del trastorno y que tiene implicaciones en el tratamiento y el curso pronóstico de la enfermedad. Es importante hacer hincapié en la evaluación de la funcionalidad, tanto para las actividades básicas de la vida cotidiana (alimentación, higiene, traslado, vestido, continencia de esfínteres); como actividades instrumentales cotidianas (compras, manejo de finanzas, empleo del teléfono, traslado en el exterior).

Sin embargo, posee características típicas, con respecto a la que tiene lugar en otras etapas de la vida. Entre sus síntomas predominan la inhibición psicomotriz, ambivalencia, tristeza y llanto, angustia corporal, aislamiento social, desesperanza y abulia. En un grado más avanzado, se pueden citar la sensación de vacío interno, profunda pena y dolor anímico, negativismo extremo, anorexia, auto reproches, sentimientos de inferioridad y culpa.

Otro grupo de síntomas que con relativa frecuencia acompañan a la depresión grave son los síntomas psicóticos. Las ideas delirantes de ruina o pobreza, de culpa o de inutilidad, ideas de persecución, alucinaciones visuales y auditivas o delirios hipocondríacos. Las ideas suicidas deben ser consideradas una urgencia médica y habitualmente requieren hospitalización y/o una vigilancia estrecha por los familiares y supervisión médica. Las quejas somáticas desproporcionadas con relación a la condición médica de base o sin ninguna etiología explicable como la hipocondriasis, son más habituales en los ancianos deprimidos que en los pacientes más jóvenes y llegan a observarse hasta en el 65 por ciento de los casos, constituyéndose en un hallazgo común en la presentación clínica de la depresión en este grupo de edad.

Por la elevada frecuencia de síntomas depresivos en el adulto mayor, es muy útil, desde la consulta de primer nivel, agregar de rutina al examen mental una evaluación propositiva del afecto, teniendo en mente las manifestaciones clínicas propias del síndrome depresivo. Es recomendable aplicar un instrumento clinimétrico como la escala de Depresión Geriátrica de Yesavage (GDS), es auto aplicable de 30 preguntas, de respuestas dicotómicas. Fue diseñada para valorar

depresión en adultos mayores con y sin alteración cognoscitiva; ha sido traducida y validada en diversos idiomas incluyendo el español.

### 1.5 Clasificación y diagnóstico de la depresión

La depresión se considera un trastorno del estado del ánimo (TAE) debido a que se trata de una condición clínica que se caracteriza especialmente por cambios del estado del ánimo y del afecto. Dentro de este espectro de patologías podemos encontrar los estados depresivos. Se han desarrollado diferentes clasificaciones diagnósticas para ayudar a organizar y promover la comprensión de la psicopatología de la depresión, actualmente una de las más utilizadas y fidedignas es la de DSM-IV en la que se han establecido una serie de criterios para tratar de hacer diagnósticos más precisos; los trastornos depresivos se dividen en formas estándares, sub sindrómicas y atípicas. Dentro de los estándares tenemos los episodios de depresión mayores puede tratarse de un único episodio o de varios episodios depresivos (recurrente). La distimia es una forma crónica, sub sindrómicas de la depresión no bipolar. Las formas atípicas depresivas que no son clasificables en las otras categorías se incluyen en la depresión no especificada. En la depresión se manifiestan ciertos síntomas que caracterizan a dicha patología y que el DSM-IV toma en cuenta para realizar su clasificación (ver tabla anexo 5)

El DSM-IV contempla distintos grados de gravedad de la depresión: ligera, moderada o grave (no psicótico y sin síntomas psicóticos), en remisión parcial y remisión total. Los trastornos más comunes que vemos en el tratamiento son el trastorno depresivo grave y el trastorno depresivo distímico.<sup>9</sup> El trastorno depresivo grave, también llamado depresión grave, se caracteriza por una combinación de síntomas que interfieren con la capacidad para trabajar, dormir, estudiar, comer y disfrutar de actividades que antes resultaban placenteras. La depresión grave incapacita a la persona y le impide desenvolverse con normalidad. Un episodio de

---

<sup>9</sup> American Psychiatric Association. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. (DSM 5), 5° Madrid, Editorial Médica Panamericana 2014

depresión grave puede ocurrir una sola vez en el curso de la vida de una persona, pero generalmente ocurre de vez en vez, durante toda su vida. El trastorno distímico, también llamado distimia, se caracteriza por sus síntomas menos graves y de larga duración (dos años o más). Los síntomas menos graves pueden no incapacitar a una persona, pero sí impedirle desarrollar una vida normal o sentirse bien. Las personas con distimia también pueden padecer uno o más episodios de depresión grave a lo largo de sus vidas. No todas las personas con enfermedades depresivas padecen los mismos síntomas. La gravedad, frecuencia, y duración de los síntomas puede variar según la persona y su enfermedad en particular; no sólo los médicos, sino también los pacientes, suelen tener dificultades para identificar los síntomas. Los más comunes son: sentimientos de tristeza, pérdida de interés en las actividades que antes se disfrutaban, ausencia de sentimientos y actividades placenteras, además de, incomodidades físicas que no se alivian ni siquiera con tratamiento, como malestares persistentes, dolores de cabeza o problemas digestivos. Los dos síntomas más importantes para el diagnóstico son los sentimientos de tristeza y la pérdida de interés en las actividades que antes se disfrutaban.

### 1.6 Escala de Yesavage

La Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage (o Geriatric Depression Scale, GDS) diseñada por Brink y Yesavage en 1982, fue especialmente concebida para evaluar el estado afectivo de las personas mayores, ya que otras escalas tienden a sobrevalorar los síntomas somáticos o neurovegetativos, de menor valor en el paciente geriátrico.<sup>10</sup> La versión original, de 30 ítems, fue desarrollada a partir de una batería de 100 ítems, de la que se seleccionaron los que se correlacionaban más con la puntuación total y mostraban una validez test-retest mayor, eliminando los ítems de contenido somático. Los mismos autores desarrollaron en 1986 una versión más abreviada, de 15 ítems, que ha sido también muy difundida y utilizada. Con

---

<sup>10</sup> Sheikh JI, Yesavage JA. Geriatric Depression Scale (GDS): Recent evidence and development of a shorter version.

posterioridad, otros autores han presentados versiones aún más abreviadas (4, 5, 10 ítems). Se trata de un cuestionario de respuestas dicotómicas si / no, diseñado en su versión original para ser autoadministrado, si bien se admite también su aplicación hetero administrada, leyendo las preguntas al paciente y comentándole que la respuesta no debe ser muy meditada; en este caso el entrevistador no debería realizar interpretaciones sobre ninguno de los ítems, incluso si es preguntado respecto al significado de alguno de ellos. El sentido de las preguntas está invertido de forma aleatoria, con el fin de anular, en lo posible, tendencias a responder en un solo sentido. El marco temporal se debe referir al momento actual o durante la semana previa, con tendencia a utilizar más este último en la aplicación autoadministrada. Su contenido se centra en aspectos cognitivo- conductuales relacionados con las características específicas de la depresión en el anciano.

Con relación a la validación psicométrica, el instrumento obtuvo elevados índices de sensibilidad (84%) y especificidad (95%), presentando adecuadas evidencias de validez concurrente con otras escalas clásicas utilizadas para el cribado de depresión. Además, la escala total presentó un coeficiente de consistencia interna Alfa de Cronbach de 0.87 en estudios piloto previos.

Debido a la transversalidad de la depresión geriátrica, este instrumento suele incluirse en evaluaciones de índole clínica, psiquiátrica y neuropsicológica. La herramienta presenta, también, adecuados índices de fiabilidad en adultos mayores con déficit cognitivos y demencia.

Considerando la posible fatiga o disminución de atención de los participantes, se han elaborado y validado versiones abreviadas de la escala. En este sentido, la primera reducción de la Geriatric Depression Scale (GDS) quedó compuesta por 15 ítems (10 positivos y 5 negativos), demostrando una sensibilidad y especificidad equiparable a la versión original.

La versión original fue desarrollada por Brink y Yesavage en 1982, tiene una sensibilidad del 95% y especificidad del 84% con punto de corte de 11; en 1986, Sheikh y Yesavage desarrollaron la versión abreviada de 15 preguntas con punto de

corte de  $\geq 6$ , tiene una sensibilidad de 72% y especificidad del 85%<sup>11</sup>, se correlaciona positivamente con otras escalas similares, pero con la ventaja de requerir menos tiempo de aplicación, lo que facilita su administración.

---

<sup>11</sup> Tartaglini MF, Hermida PD, Ofman SD, Feldberg C, Freiberg-Hoffmann A. Cuestionario de Depresión Geriátrica de Yesavage abreviado (GDS-VE): Análisis de su estructura interna en adultos mayores residentes en Buenos Aires, Argentina. Psicol Conoc Soc [Internet]. 2021

## **CAPÍTULO II. METODOLOGÍA**

### 2.1 Tipo de investigación

Cuantitativa de enfoque descriptivo y diseño transversal.

### 2.2 Período de investigación

Se llevó a cabo en el periodo de abril a septiembre de 2023.

### 2.3 Universo

Adultos mayores de 60 años que consultaron en Unidad de Salud Intermedia de El Rosario

### 2.4 Muestra

Se obtuvo por medio de un muestreo no probabilístico por conveniencia, debido a que la investigación ameritaba una muestra que cumpliera con requisitos específicos, con una muestra mínima de 50 pacientes.

### 2.5 Criterios de inclusión

- Adultos mayores de 60 años
  
- Adultos que asistan a la unidad de salud El Rosario
  
- Sintomatología sugestiva de depresión
  
- Que tenga pleno uso de sus facultades mentales
  
- Que deseen participar voluntariamente

### 2.6 Criterios de exclusión

- Adultos menores de 60 años
- Sin sintomatología de depresión
- Deterioro cognitivo
- Que no deseen participar

-Con diagnóstico ya establecido de depresión

-Con tratamiento por depresión

## 2.7 Criterios de no inclusión

-Diagnóstico previo de depresión

-Que la sintomatología se atribuya a causas orgánicas

## 2.8 Variables

<b>Objetivo Específico</b>	<b>Variable</b>
Definir los factores sociodemográficos de los adultos mayores que consultan en la unidad de salud intermedia El Rosario.	Factores sociodemográficos
Establecer el nivel de depresión de los adultos mayores que consultan en la unidad de salud intermedia El Rosario utilizando la escala de depresión geriátrica de Yesavage abreviada.	Nivel de depresión
Identificar los signos y síntomas principales de la depresión en el adulto mayor que consulta en la unidad de salud intermedia El Rosario.	Síntomas de depresión



## 2.9 Operacionalización de variables

OBJETIVO ESPECIFICO	VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADOR	VALOR	INSTRUMENTO/ HERRAMIENTA
Identificar los signos y síntomas principales de la depresión en el adulto mayor que consulta en USI El Rosario	Signos y síntomas de Depresión	Son síntomas emocionales, psicológicos, físicos y conductuales, mediados por mecanismos neurobiológicos y que tienen como etiología una gran diversidad.	Síntomas físicos y conductuales que no son explicados por una causa orgánica y que han sido descartados por exámenes de laboratorio y gabinete.	Tristeza	0- Ausente 1- Presente	Entrevista estructurada / Escala de Yesavage Abreviada (cuestionario)
				Sentimiento de desesperanza		
				Sentimiento de minusvalía		
				Fatiga		
				Adinamia		
				Distimia		
				Insomnio		
				Sentimientos de minusvalía		
				cefalea		
				Ideas suicidas		
				Hiporexia		
Hipersomnias						
Pérdida de peso						

<p>Establecer los niveles de depresión utilizando la escala de depresión geriátrica abreviada de Yesavage que presentan los adultos mayores de 60 años.</p>		<p>Son las categorías de dicha enfermedad que</p>	<p>Mediante la utilización de escalas se identifican</p>	Normal	0 - 5	<p>Entrevista estructurada / Escala de</p>
			<p>síntomas de depresión a los cuales se le asignan puntajes y de esa manera se</p>	Depresión moderada	6-10	

	Niveles de depresión	se dividen de acuerdo con la gravedad de la enfermedad.	pueden realizar la clasificación en los distintos niveles del espectro de la enfermedad.	Depresión severa	Más de 10	Yesavage Abreviada (cuestionario)
--	----------------------	---	--	------------------	-----------	-----------------------------------

Definir los factores sociodemográficos de los adultos mayores de 60 años que consultan en la	Factores socio demográficos	Son todos aquellos relativos a los aspectos y modelos culturales, creencias, actitudes, que brindan información general sobre grupos de personas y	Son aquellos presentes en la población de estudio que están relacionados e influyen en el padecimiento de los trastornos de ansiedad, así como aquellos que nos permitan	Ocupación	Desempleado	Entrevista estructurada/ Cuestionario
					Informal	
					Formal	
				Grupo etario	60-80 años	
					80-100 años	
				Sexo	Masculino	
					Femenino	
					Soltero/a	
					Casado/a	
					Divorciado/a	
Viudo/a						
	Acompañado/a					

USI El Rosario.		aque- llos relati- vos a la genética que son inher- entes a cada ser en particular.	identi- ficar caracterís- ticas propias dentro de la población.	Estado civil		
-----------------	--	---	--	--------------	--	--

## 2.10 Fuente de información

La fuente de información de investigación fue primaria ya que los datos se obtuvieron de manera directa mediante una entrevista dirigida a pacientes que consulten en la USI el Rosario Cuscatlán. Dicha entrevista será realizada por médicos consultantes en servicio social de USI el Rosario Cuscatlán

Además, como fuente secundaria de información, se hizo una revisión bibliográfica en diversos libros, revistas médicas y páginas web para fundamentar el tema en estudio.

## 2.11 Técnica de obtención de información

Se obtuvo información por medio de la entrevista utilizando La Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage abreviada, para identificar los síntomas de depresión en el adulto mayor y sus diferentes espectros, de esta manera se pudo determinar la síntomas, clasificar el tipo de depresión y determinar la prevalencia de dicha patología en la población de estudio.

## 2.12 Procesamiento y análisis de información

Los datos obtenidos se procesaron en tablas y se analizaron en gráficos de columnas utilizando Microsoft Word y Excel; de los cuales cada uno se analizó con base a porcentajes y a lo propuesto a lo largo del marco teórico, comparando los resultados con la teoría expuesta.

Se realizó un análisis interpretativo según los datos obtenidos de la escala de geriátrica de Yesavage abreviada utilizada para trastorno depresible en el adulto mayor.

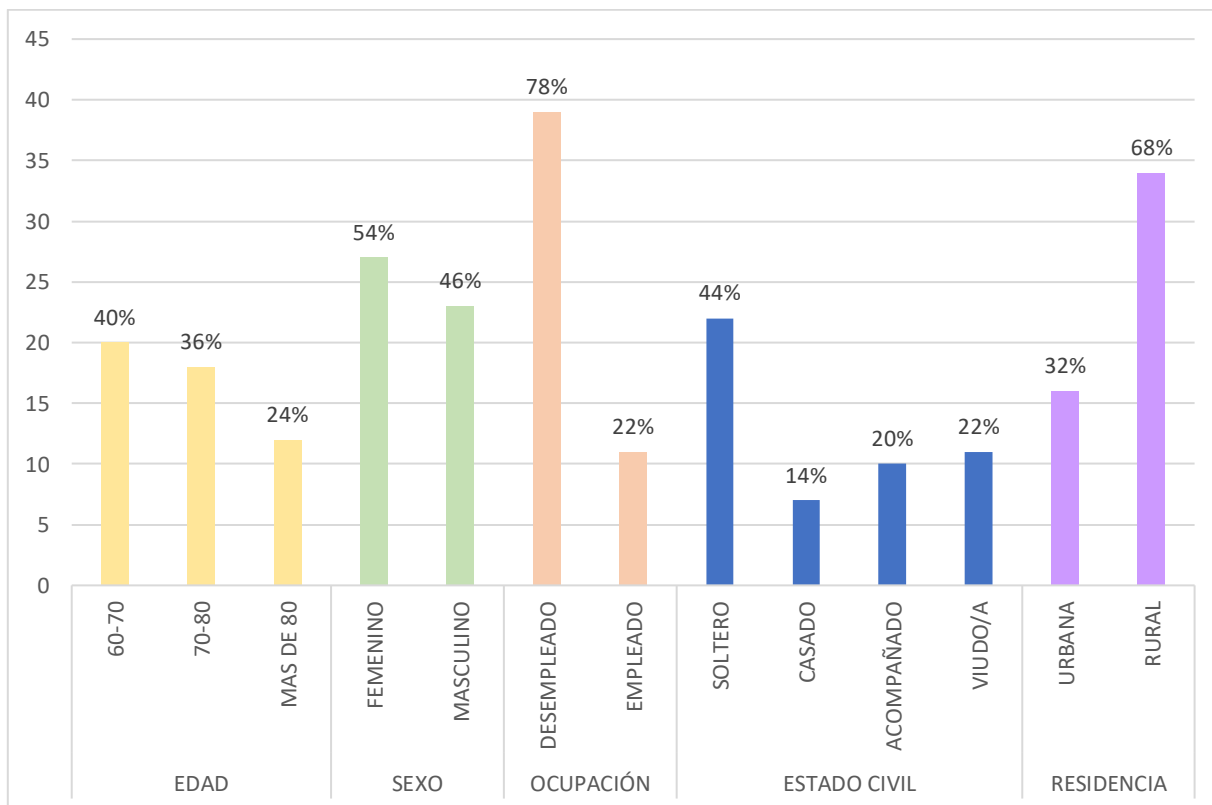
## 2.13 Criterios éticos

Este estudio se apegó a lo establecido por la Declaración de Helsinki (2013) dispuesto en la Legislación de Salud en materia de investigación. Se realizó un consentimiento informado para poder resguardar la confidencialidad de la información del paciente.

La información obtenida en la presente investigación será utilizada únicamente para fines educativos, sin dañar el honor a ninguna de las personas y/o instituciones que nos brindaron su información personal, con la finalidad de aportar una investigación dentro de marco de la legalidad y respeto a la privacidad. El cual se logrará al realizar una entrevista al participante y un consentimiento informado para establecer la plena confianza de los participantes en la presente investigación.

### CAPÍTULO III. RESULTADOS

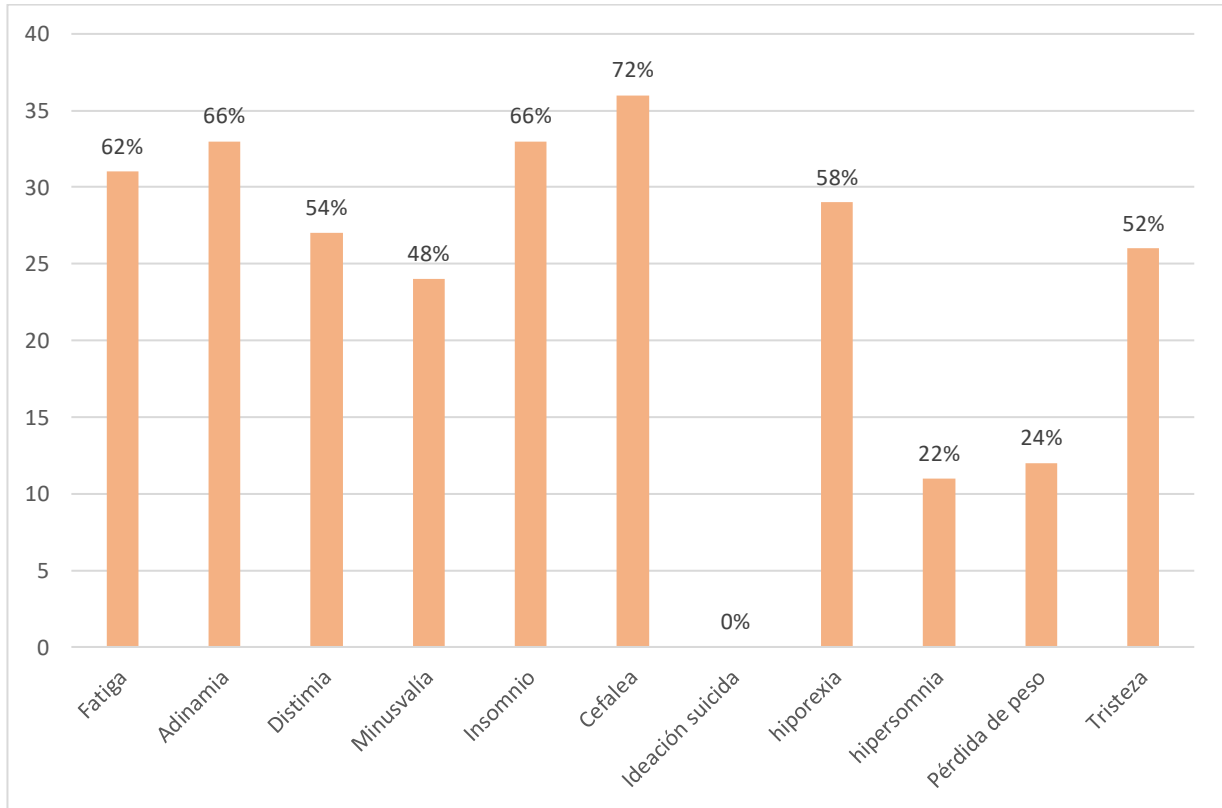
**Objetivo específico 1:** Definir los factores sociodemográficos de los adultos mayores que consultan en la unidad de salud intermedia El Rosario, Cuscatlán.



FUENTE: INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS SOBRE PREVALENCIA DE LA DEPRESIÓN DEL ADULTO MAYOR EN LA USI EL ROSARIO CUSCATLÁN, UTILIZANDO LA ESCALA DE YESAVAGE ABREVIADA, DE JUNIO A SEPTIEMBRE DEL 2023.

**Análisis:** El rango de edad que predomina en la población estudiada es entre los 70-80 años; con respecto al sexo de la mayoría es el femenino. Además, un 78% se encuentra desempleado. A partir de la recolección de datos del estado civil el 44% son solteros siendo este el sector más sobresaliente; seguido por los viudos con 22%, acompañados con 20% y casados con 14%. En referencia al lugar de vivienda de los participantes se evidencia que un 68% pertenece al área rural y un 32% a la urbana.

**Objetivo específico 2:** Identificar los signos y síntomas principales de la depresión en el adulto mayor que consulta en la unidad de salud intermedia El Rosario.

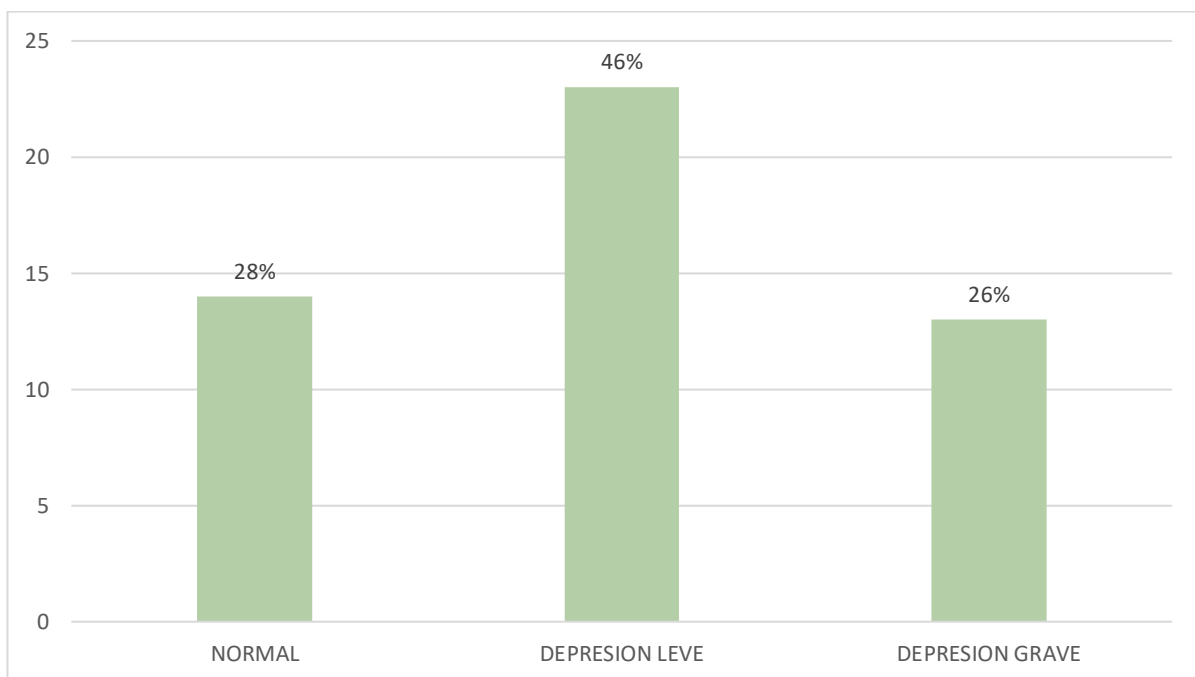


*FUENTE: INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS SOBRE PREVALENCIA DE LA DEPRESIÓN DEL ADULTO MAYOR EN LA USI EL ROSARIO CUSCATLÁN, UTILIZANDO LA ESCALA DE YESAVAGE ABREVIADA, DE JUNIO A SEPTIEMBRE DEL 2023*

Análisis: Se observa que 3 son los síntomas y signos más prevalentes, estos son la cefalea con un 72%, adinamia 66% e insomnio 66% y el menos prevalente es la ideación suicida con 0%.



**Objetivo específico 3:** Establecer el nivel de depresión de los adultos mayores que consultan en la unidad de salud El Rosario Cuscatlán utilizando la escala de depresión geriátrica de Yesavage abreviada.



*FUENTE: INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS SOBRE PREVALENCIA DE LA DEPRESIÓN DEL ADULTO MAYOR EN LA USI EL ROSARIO CUSCATLÁN, UTILIZANDO LA ESCALA DE YESAVAGE ABREVIADA, DE JUNIO A SEPTIEMBRE DEL 2023.*

**Análisis:** Se observa que predomina el diagnóstico de depresión leve con un 46%, sin depresión 28% y depresión grave 26%.

## CAPÍTULO IV. DISCUSIÓN

Con dicha investigación se pretende aportar nuevos hallazgos en el ámbito de la salud mental, área de la medicina en la cual El Salvador no posee suficiente información debido al enfoque curativo que persiste hasta la fecha; además la población encuestada es también de poco interés a pesar de que el adulto mayor, representa uno de los grupos etarios que más consulta en todos los niveles de atención. Se comprueba que dicha patología está presente en esta población, y que se necesitan más herramientas que permitan el diagnóstico oportuno y clasificación adecuada, además de personal capacitado para implementarlas o capacitar al personal ya existente para poder detectar esta patología, además se demuestra que la utilidad de la escala es adecuada para la detección temprana de la depresión, pudiendo servir a futuro como tamizaje en los controles de adulto mayor que ya existen a nivel nacional.

Los resultados indican que los signos y síntomas de depresión presentados en orden decreciente son: cefalea, adinamia e insomnio, pero hay que tomar en cuenta que exista sesgo de los datos, debido a que la encuesta fue realizada por personal no capacitado en el ámbito psicológico/psiquiátrico, además se llevó a cabo en horario de atención de la consulta general en donde se abordó a los pacientes con síntomas sugerentes de un cuadro depresivo, pero por la alta demanda de atención hubo poco tiempo para descartar si dichos síntomas eran de causa orgánica, sin embargo, se observa una concordancia con la teoría expuesta, ya que la cefalea a pesar de ser muy inespecífica, forma parte de los más comunes, además el insomnio constituye uno de los síntomas más frecuentes en los cuadros depresivos en el anciano pero se menosprecia por ser parte también en los cuadros de demencia senil; asimismo se presenta la adinamia entre los más frecuentes en estudios anteriores que se tomaron como referencia.

Entre las manifestaciones clínicas menos frecuentes están pérdida de peso, hipersomnia e ideación suicida, esto explica que el cuadro depresivo de los encuestados no posee síntomas de gravedad, como lo es la pérdida de peso y la

ideación suicida que son características de cuadros más severos. Lo anterior concuerda con lo obtenido en la clasificación de la depresión de los adultos mayores, se obtuvo que 23 pacientes poseen depresión leve y 13 depresión grave, esto explica por qué una minoría de la población si presentaba síntomas de depresión grave, en cambio la gran mayoría presentaba síntomas de depresión leve como el insomnio.

A pesar de que 14 personas no tienen depresión, la mayoría, específicamente 36 personas sin tienen un diagnóstico de depresión variando la gravedad de esta, esto puede estar condicionado por factores como lo es el sexo; siendo el femenino el que predomina en la población, esto se atribuye al hecho que las mujeres consultan con mayor frecuencia por poseer un mayor interés en su salud y auto cuidado en comparación con los hombres quiénes tienen menor interés en su estado de salud en general, tanto en lo curativo como en lo psicológico; además se debe de sumar el hecho de que las mujeres como tal son más susceptibles a trastornos psicológicos por factores sociales ya que el género sufre mayor discriminación en muchos ámbitos sociales, no solo en el laboral sino también en el económico, claro que dicho fenómeno va disminuyendo, el área geográfica donde residen los encuestados en su mayoría fue en el área rural, que coincide con la ubicación geográfica de la unidad de salud donde se realizó el estudio, donde se conoce que existen muchos patrones de machismo, obligando a la mujer a quedarse en casa, cuidando de los hijos y realizando tareas del hogar, por lo que es expuesta a más sentimientos de minusvalía y desesperanza.

Otro factor que se relaciona con el nivel económico es la actividad laboral, a pesar de que el adulto mayor por sus limitantes físicas no debería laboral, no es un realidad que ocurra en El Salvador, ya que la población se ve en la necesidad de desempeñar trabajos informales en su mayoría para obtener una remuneración que le permita acceder a las necesidades básicas como la canasta de alimentos y una vivienda, pero se obtuvo que 39 de los encuestados no poseían un trabajo y por lo tanto no podían acceder de forma idónea a necesidades básicas, dependiendo de otra persona para ello, contribuyendo al sentimiento de minusvalía.

## CAPÍTULO V. CONCLUSIONES

1. De acuerdo con los ítems que establece la Escala de depresión geriátrica de Yesavage, se obtuvo que el nivel de depresión que predomina en la población es depresión leve, en segundo lugar, pacientes sin depresión y en tercero depresión grave.
2. De acuerdo con los datos obtenidos mediante la Escala de depresión geriátrica de Yesavage se ha podido determinar que la mayoría de los adultos mayores participantes en el estudio padecen en un grado de depresión.
3. En la población estudiada se encontró que los signos y los síntomas principales de la depresión son la cefalea en primer lugar, le continúan en orden decreciente de frecuencia, adinamia e insomnio y el menos frecuente la ideación suicida; pero se debe tener en cuenta que es un dato sesgado ya que fue realizado por personal no capacitado para estudiar el comportamiento, a diferencia de un especialista en Psiquiatría.
4. De las características sociodemográficas de la población más relevantes fue el sexo, observándose que predomina el femenino esto, solo es el reflejo de factores socioculturales que influyen en que las mujeres busquen más frecuentemente la atención medica que los hombres.
5. Continuando con las características de la población se puede inferir que el desempleo de la mayoría de los pacientes representa una limitante económica que genera síntomas depresivos a largo plazo, además de pertenecer al área rural, es otra limitante para un abordaje adecuado de su patología.

6. Mantener redes de apoyo, relaciones interpersonales y amorosas juegan un papel fundamental como prevención de cuadros depresivos, de acuerdo con la teoría previa siendo más propensos a desarrollarla los adultos mayores en abandono, viudos, relaciones interpersonales inestables o solteros. Siendo el estado civil de la mayoría de los encuestados la soltería, factor de riesgo presente.
  
7. Otro factor importante es la edad dentro del mismo grupo etario ya que el deterioro fisiológico progresivo conlleva a la pérdida de la independencia y acentuación del sentimiento de minusvalía y desesperanza, se observa que la población mayoritaria pertenece a los 70-80 años, de la mano de este factor viene la ocupación siendo los adultos mayores desempleados más propensos a experimentar dichas sensaciones.
  
8. Se observa que la depresión en el adulto mayor es una enfermedad psiquiátrica infradiagnosticada dentro de la consulta general debido a que muchos de los participantes del estudio tenían controles previos en la unidad de salud y no habían sido diagnosticados.

## **CAPÍTULO VI. RECOMENDACIONES**

1. Se debe desarrollar este tipo de estudio en las demás regiones del país, utilizando escalas de tamizaje en la población adulto mayor que consulta en Unidades de Salud Locales.
2. Presentar los resultados obtenidos a las diferentes autoridades locales para concientizar sobre la problemática y generar soluciones en conjunto con la población.
3. Es necesario implementar estrategias o grupos de apoyo para la prevención y/o reducir la incidencia de estos trastornos.
4. Incluir en los lineamientos actuales de adulto mayor, tamizajes psiquiátricos de forma periódica, para la detección oportuna.
5. Se debe capacitar académicamente y en técnicas de abordaje de estos padecimientos al personal de salud local.
6. Debe existir una estructuración en la atención de la salud mental en las Unidades de Salud del primer nivel, de tal manera que el mecanismo de referencia sea accesible y fácil para dicha población.
7. Considerar añadir al equipo multidisciplinario en la unidades de salud, psicólogos y psiquiatras que permitan un abordaje más orientado de esta problemática.

## CAPÍTULO VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Calderón M Diego. Epidemiología de la depresión en el adulto mayor. Rev Med Hered [Internet]. 2018 Jul [citado 2023 Mayo 12] ; 29( 3 ): 182-191. Disponible en:  
[http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1018130X201800300009&lng=es](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1018130X201800300009&lng=es). <http://dx.doi.org/https://doi.org/10.20453/rmh.v29i3.3408>.
2. American Psychiatric Association. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. (DSM 5), 5° Madrid, Editorial Médica Panamericana 2014.
3. Roman MW, Callen BL. Screening instruments for older adult depressive disorders: updating the evidence-based toolbox. Issues Ment Health Nurs [Internet]. 2008;29(9):924–41. <http://dx.doi.org/10.1080/01612840802274578>
4. Ministerio de Sanidad SSEI. Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto. 2014.
5. Neurobiología de la depresión de la depresión mayor, Universidad de Colina, México, 2016.
6. Hernández Zamora ZE, Ehrenzweig Sánchez Y, Navarro Hernández AM. Factores psicológicos, demográficos y sociales asociados al estrés y a la Personalidad Resistente en adultos mayores. Pensam Psicol [Internet]. 2009;5(12):13–27. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80111899002>
7. Jongenelis K, Pot AM, Eisses AMH, Gerritsen DL, Derksen M, Beekman ATF, et al. Diagnostic accuracy of the original 30-item and shortened versions of the Geriatric Depression Scale in nursing home patients. Int J Geriatr Psychiatry [Internet]. 2005 ;20(11) :1067–74. Disponible en : <http://dx.doi.org/10.1002/gps.1398>
8. Universidad de Santiago de Compostela (España). DEPRESIÓN:

DIAGNÓSTICO, MODELOS TEÓRICOS Y TRATAMIENTO A FINALES DEL SIGLO XX.

9. Marrón LM, Schinka JA. Desarrollo y validación inicial de una versión informante de 15 ítems de la Escala de Depresión Geriátrica. *Int J Geriatr Psiquiatría* [Internet]. 2005;20(10):911–8. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1002/gps.1375>
10. Sheikh JI, Yesavage JA. Geriatric Depression Scale (GDS): Recent evidence and development of a shorter version. En: Brink TL eds. *Clinical Gerontology: A guide to assessment and intervention*. New York: Haworth Press, 1986, p 165.
11. Tartaglini MF, Hermida PD, Ofman SD, Feldberg C, Freiberg-Hoffmann A. Cuestionario de Depresión Geriátrica de Yesavage abreviado (GDS-VE): Análisis de su estructura interna en adultos mayores residentes en Buenos Aires, Argentina. *Psicol Conoc Soc* [Internet]. 2021 [citado el 1 de mayo de 2023];11(2):69–83. Disponible en: [http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1688-70262021000200069](http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-70262021000200069)
12. Aguilar-Navarro S, Avila-Funes JA. La depresión: particularidades clínicas y consecuencias en el adulto mayor [Depression: clinical features and consequences among the elderly]. *Gac Med Mex*. 2007;143(2):141–8.
13. Simkhada R, Wasti SP, Gc VS, Lee ACK. Prevalence of depressive symptoms and its associated factors in older adults: a cross-sectional study in Kathmandu, Nepal. *Aging Ment Health* [Internet]. 2018;22(6):802–7. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1080/13607863.2017.1310803>
14. Sergio Sánchez–García, Teresa Juárez–Cedillo, Katia Gallegos–Carrillo, Joseph J. Gallo, Fernando A. Wagner, Carmen García–Peña. Frecuencia de los síntomas depresivos entre adultos mayores de la Ciudad de México [Internet]. *SciElo*. [citado el 7 de otoño de 2023]. Disponible en:



[https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0185-33252012000100011&lng=es](https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252012000100011&lng=es)

15. Hernández DOM, editor. Depresión del adulto mayor [Internet]. Revista Médica Electrónica, HOSPITAL PSIQUIÁTRICO DOCENTE PROVINCIAL “ANTONIO GUITERAS HOLMES”.; 2007. Disponible en: <http://www.cpimtz.sld.cu/revista%20medica/ano%202007/vol5%202007/tema10.htm>
16. Fernando L. Vázquez<sup>1</sup> Universidad de Santiago de Compostela (España) Ricardo F. Muñoz University of California at San Francisco (Estados Unidos) y Elisardo Becoña Universidad de Santiago de Compostela (España). DEPRESIÓN: DIAGNÓSTICO, MODELOS TEÓRICOS Y TRATAMIENTO A FINALES DEL SIGLO XX. En: Psicología Conductual [Internet]. 2000. p. 417–49. Disponible en : [https://www.behavioralpsycho.com/wp-content/uploads/2020/04/02.Vazquez\\_8-3oa.pdf](https://www.behavioralpsycho.com/wp-content/uploads/2020/04/02.Vazquez_8-3oa.pdf)
17. Sotelo-Alonso I, Rojas-Soto JE, Sánchez-Arenas C, et al. La depresión en el adulto mayor: epidemiológica desde el primer nivel de atención. Arch Med Fam. 2012;14(1):5-13.
18. Nance DC. DEPRESION EN EL ADULTO MAYOR. En: Robledo LMG, Ávila JHG, editores. Envejecimiento humano: una visión transdisciplinaria. Av. San Fernando No. 2 Puerta 2 Col. Belisario Domínguez. Sección XVI. Deleg. Tlalpan. México D.F. 14080: Mariana López Ortega ,Gabriela Ríos Cázares; 2010. p. 239–48.
19. Valdés King M, González Cáceres JA, Salisu Abdulkadir M. Prevalencia de depresión y factores de riesgo asociados a deterioro cognitivo en adultos mayores. Rev Cuba Med Gen Integral [Internet]. 2017 [citado el 1 de mayo de 2023];33(4):0–disponible en:

[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-21252017000400001](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252017000400001)

20. Compartida UV. La salud de los adultos mayores [Internet]. Paho.org. [citado el 01 de mayo de 2023]. Disponible en: [https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/51598/9789275332504\\_spa.df](https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/51598/9789275332504_spa.df)
21. La salud mental y los adultos mayores [Internet]. Quién.int. [citado el 12 de mayo de 2023]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/la-salud-mental-y-los-adultos-mayores>.
22. Abellán A, Esparza C, Castejón P, Pérez J. Epidemiología de la discapacidad y la dependencia de la vejez en España. Gac Sanit [Internet]. 2011 [citado el 23 de octubre de 2023];25:5–11. Disponible en: <https://www.gacetasanitaria.org/es-epidemiologia-discapacidad-dependencia-vejez-espana-articulo-S021391111100255X>
23. Bustamante N José, Salazar R Rocío, Zamorano V Carolina, Peña S Miguel, Salazar V Alex. Prevalencia de Síntomas Depresivos en pacientes Adultos Mayores hospitalizados en el Servicio de Medicina Interna del Hospital Dr. Hernán Henríquez Aravena de Temuco. Rev. chil. neuro-psiquiatr. [Internet]. 2021 Sep [citado 2023 Mayo 12] ; 59( 3 ): 197-203. Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-92272021000300197&lng=es](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-92272021000300197&lng=es). <http://dx.doi.org/10.4067/s0717-92272021000300197>
24. Sable JA, Dunn LB, Zisook S. Late-life depression. How to identify its symptoms and provide effective treatment. Geriatrics [Internet]. 2002 [citado el 09 de Septiembre de 2023];57(2). Disponible en:

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11851203/>

25. DEPRESIÓN: EN 2020 SERÁ LA ENFERMEDAD MENTAL PRINCIPAL EN MÉXICO [Internet]. APM. [citado el 1 de mayo de 2023]. Disponible en: <https://asociacionpsicoanaliticamexicana.org/depresion-en-2020-sera-la-principal-causa-de-discapacidad-en-mexico/>
26. Rojas LF, Balart MG, Pérez AP, Borges EP, Preval FL. Depresión en gerontes institucionalizados, Municipio Isla de la Juventud 2011. Revista de Medicina Isla de la Juventud [Internet]. 2013 [citado el 05 de septiembre de 2023];13(2):68–79. Disponible en: <https://remij.sld.cu/index.php/remij/article/view/41>
27. Cruz blanca H, Centro Universitario de Investigaciones Biomédicas, Universidad de Colima, Colima, Col., México., Lupercio P, Collas J, Castro E. Neurobiología de la depresión mayor y de su tratamiento farmacológico. Salud Ment (Mex) [Internet]. 2016 ;39(1) :47–58. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.17711/sm.0185-3325.2015.067>
28. Gómez Angulo, C. B., & Campo Arias, A. (2010). Escala de Yesavage para Depresión Geriátrica (GDS-15 y GDS-5): estudio de la consistencia interna y estructura factorial. Universitas Psychologica, 10(3), 735–743. <https://doi.org/10.11144/javeriana.upsy10-3.eydg>
29. Blanco Molina, M., & Salazar, M. (s/f). Ucr.ac.cr. Recuperado el 30 de junio de 2023, de <https://www.kerwa.ucr.ac.cr/bitstream/handle/10669/30350/Escala%20de%20Depresion%20Geri%C3%A1trica%20GDS%20de%20Yesavage.PDF?sequence=4>
30. Consaludmental.org. [citado el 24 de octubre de 2023]. Disponible en: <https://consaludmental.org/publicaciones/GPCtrastornosdepresivos.pdf>
31. Nacional De Normatización D. Ministerio de Salud Pública del Ecuador Av.

República de El Salvador N36-64 y Suecia Quito, Ecuador Teléfono: (593 2) 381 4400 [www.salud.gob.ec](http://www.salud.gob.ec) Edición general [Internet]. Gob.ec. [citado el 24 de octubre de 2023]. Disponible en: [https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2019/02/61069\\_MSP\\_Gui%CC%81a\\_DEPRESION\\_20180228\\_D.pdf](https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2019/02/61069_MSP_Gui%CC%81a_DEPRESION_20180228_D.pdf)

32. Ezquiaga Terrazas E, García López A, Díaz de Neira M, García Barquero MJ. “Depresión”: Imprecisión diagnóstica y terapéutica. Importantes consecuencias en la práctica clínica. Rev Asoc Esp Neuropsiquiatr [Internet]. 2011;31(3):457–75. Disponible en: <https://scielo.isciii.es/pdf/neuropsiq/v31n3/original3.pdf>
33. Calvo Gómez JM, Jaramillo González LE. Detección del trastorno depresivo mayor en atención primaria. Una revisión. Rev Fac Med Univ Nac Colomb [Internet]. 2015;63(3):471–82. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rfmun/v63n3/v63n3a15.pdf>
34. Varela-Montes J, García-Guzmán C, Cobos-Aguilar H. Depresión en el adulto mayor intervenido quirúrgicamente. Cir [Internet]. 2020;88(6). Disponible en: <http://dx.doi.org/10.24875/ciru.20001632>
35. Caycho-Rodríguez T, Barboza-Palomino M, Carranza Esteban RF. Prevalencia de depresión en una muestra de adultos mayores peruanos no institucionalizados. Enferm Clin [Internet]. 2019;29(1):58–9. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.enfcli.2018.09.006>
36. Pérez Cruz E, Lizárraga Sánchez DC, Martínez Esteves MDR. Association between malnutrition and depression in elderly. Nutr Hosp [Internet]. 2014;29(4):901–6. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.3305/nh.2014.29.4.7228>
37. Nazar G, Ulloa N, Martínez-Sanguinetti MA, Leiva AM, Petermann-Rocha F, Martínez XD, et al. Diagnóstico médico de depresión se asocia a sospecha de deterioro cognitivo en adultos mayores. Rev Med Chil [Internet].

2020;148(7):947–55. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4067/s0034-98872020000700947>

38. Patiño Villada FA, Arango Vélez EF, Baena LZ. Ejercicio físico y depresión en adultos mayores: una revisión sistemática. *Rev Colomb Psiquiatr* [Internet]. 2013;42(2):198–211. Disponible en: [http://dx.doi.org/10.1016/s0034-7450\(13\)70007-6](http://dx.doi.org/10.1016/s0034-7450(13)70007-6)
39. Aguilar-Navarro SG, Fuentes-Cantú A, Ávila-Funes JA, García-Mayo EJ. Validez y confiabilidad del cuestionario del ENASEM para la depresión en adultos mayores. *Salud Publica Mex* [Internet]. 2007;49(4):256–62. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1590/s0036-36342007000400005>
40. Ayala-Escudero A, Hernández-Rincón EH, Avella-Pérez LP, del Mar Moreno-Gómez M. Rol del médico de familia en la prevención primaria y secundaria de la depresión en el adulto mayor. *Semergen* [Internet]. 2021;47(2):114–21. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.semerg.2020.09.009>
41. Márquez Cardoso E, Soriano Soto S, García Hernández A, Falcón García MP. Depression in the older adult, frequency, and associated risk factors. *Aten Primaria* [Internet]. 2005;36(6):345–6. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1157/13079874>
42. Martínez-Mendoza JA, Martínez-Ordaz VA, Esquivel-Molina CG, Velasco-Rodríguez VM. Depression's prevalence and risk factors in hospitalized seniors. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*. 2007;45(1):21–8.
43. Santos Vilella F, Rodríguez JR, Martínez M. Determination of psychometric properties of the Geriatric Depression Scale (Yesavage & Brink, 1983) in a sample of aged Puerto Ricans. *Bol Asoc Med P R*. 2000;92(1–3):39–44.
44. Siqueira GR, de Vasconcelos DT, Duarte GC, de Arruda IC, da Costa JAS,

Cardoso R de O. Analysis of depression in elderly living in the shelter “Christ the Redeemer,” applying the Scale of Geriatric Depression (SGD). Cien Saude Colet [Internet]. 2009;14(1):253–9. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1590/s1413-81232009000100031>

45. Félix Eduardo Ramos Melvin Balmore Zelaya Martínez Roberto Alfredo Zelada Quan. “FACTORES INTERVINIENTES EN LA DEPRESION DEL ADULTO MAYOR, EN SAN LUIS DE LA REYNA, PANCHIMALCO Y LAS PILAS, JUNIO-JULIO2015”. [SAN SALVADOR]: UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR; 28 de Octubre 2015.
46. DRA.LETICIA GUADALUPE AMAYA ZAVALA DR. VÍCTOR HUGO LÓPEZ RIVAS. “FACTORES ASOCIADOS A LA DEPRESIÓN EN EL ADULTO MAYOR EN LA COMUNIDAD MINERVA DE MAYO A JUNIO 2016”. [SAN SALVADOR]: UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR; MAYO DE 2017.
47. Xiomara Emelina Flores Escalante. Marvin David Enmanuel Godoy Guerrero. Gerardo Andrés Reyes Chicas. “TRASTORNOS DEPRESIVOS EN ADULTOS MAYORES QUE CONSULTAN EN LOS EQUIPOS COMUNITARIOS DE SALUD FAMILIAR DE COLON Y SAN ISIDRO LEMPA DEL DEPARTAMENTO DE LA LIBERTAD Y SAN CRISTOBAL DEL DEPARTAMENTO DE CUSCATLAN, JULIO 2017”. [SAN SALVADOR]: UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR; 11 de septiembre del 2017.
48. Bojay YH. NIVEL DE DEPRESIÓN DEL ADULTO MAYOR CON ENTORNOS SOCIALES DIFERENTES DE LA COMUNIDAD DE ATOTONILCO DE TULAHUAC. [MEXICO]: UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE HIDALGO; 2023.
49. Torres MPL. “NIVEL DE DEPRESIÓN DEL ADULTO MAYOR EN UN CENTRO DE ATENCIÓN INTEGRAL S.J.M - V.M.T 2014”. [PERÚ]: UNIVERSIDAD

NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS ; 2015.

50. de los Ángeles Flores Henríquez José Armando Flores Jaco JAFCM. “DEPRESIÓN EN LOS ADULTOS MAYORES DE LAS UNIDADES COMUNITARIAS DE SALUD FAMILIAR DE POPOTLAN Y GUALOCOCTI DE JUNIO-JULIO DEL 2014”. [SAN SALVADOR]: UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR; 26 de agosto de 2014.
51. Br. María Alejandra Morales Rodríguez Br. María Gabriela López Espinoza. “Prevalencia de depresión en los adultos mayores residentes de los Hogares de ancianos San Pedro Claver y San Antonio del departamento de Masaya en el periodo de noviembre 2018 a febrero de 2019.” [MANAGUA]: UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA.
52. Gómez MVS. Factores que influyen en la depresión en los adultos mayores que acuden a los centros gerontológicos de la parroquia de Vilcabamba y Malacatos en el año 2016. [ECUADOR]: UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA; 2017.
53. Diago Alfes, Zilma Arévalo Chavarrea, Johanna Nataly Cepeda Asqui, Ana Lucía. Depresión en el adulto mayor REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA. [ECUADOR]: Universidad Nacional de Chimborazo; 07/marzo/2023.

## ANEXOS

Anexo 1: Cuestionario

### ESCALA DE DEPRESIÓN GERIÁTRICA YESAVAGE ABREVIADA

Fecha: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: F \_\_\_ M \_\_\_

Ocupación <input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Desempleado	Estado civil <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Acompañado <input type="checkbox"/> Viudo	Residencia <input type="checkbox"/> Rural <input type="checkbox"/> Urbana
--	--	---

Instrucciones:

Parte I: Elija la respuesta que describa como se ha sentido en el último mes

PUNTAJE	NORMAL: 0-5	DEPRESION LEVE: 6-10	DEPRESION GRAVE: mayor a 10
---------	-------------	----------------------	-----------------------------

PREGUNTAS	SI	NO	PUNTAJE
1. ¿Se considera satisfecho con su vida?			
2. ¿Ha abandonado muchos de sus intereses o actividades?			
3. ¿Se aburre a menudo?			
4. ¿Siente que su vida está vacía?			
5. ¿Está de buen ánimo la mayor parte del tiempo?			
6. ¿Tiene miedo de que le pueda ocurrir algo malo?			
7. ¿Está contento la mayor parte del tiempo?			
8. ¿Se siente a menudo desvalido?			
9. ¿Prefiere quedarse en casa en vez de hacer otras cosas?			
10. ¿Siente que tiene más problemas con su memoria que las otras personas?			
11. ¿Piensa que es maravilloso estar vivo?			
12. ¿Se siente muy inútil como está en este momento?			
13. ¿Se siente lleno de energías?			
14. ¿Se siente sin esperanza?			



15. ¿Cree que los demás están mejor que usted?			
PUNTAJE TOTAL			
CLASIFICACIÓN			

Parte II: Marque con una X si ha presentado o no los siguientes signos en el último mes.

Signos	Ausente	Presente
Tristeza		
Fatiga		
Adinamia		
Distimia		
Insomnio		
Cefalea		
Hiporexia		
Hipersomnia		
Ideación suicida		

## Anexo 2: Consentimiento informado

El propósito de este documento de consentimiento es proveer a los adultos mayores que formarán parte de la investigación en la US-I El Rosario una clara explicación acerca del estudio que se realizará y su participación en este.

Se ejecutan una serie de preguntas divididas en dos bloques, el primer apartado consiste en un cuestionario, utilizando la escala de depresión geriátrica de Yesavage abreviada. En el segundo apartado se recopilan datos sociodemográficos de la población en estudio.

El propósito de estas encuestas es conocer la prevalencia de depresión en el adulto mayor esto con el objetivo de identificar los síntomas principales de la depresión, determinar los niveles de depresión e identificar los factores sociodemográficos en la población. Esto con el fin de identificar de manera oportuna y temprana dicha patología que en muchas ocasiones por no contar con un adecuado instrumento pasa inadvertida; con la recolección de información se pretende actuar con rapidez, orientar de forma adecuada el manejo y tener un impacto directo en la salud mental de los adultos mayores consultantes.

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria, esta no implica ningún gasto para el participante. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Los resultados obtenidos no serán presentados con los nombres de los participantes, los datos se agruparán, presentarán en tablas y su análisis en gráficas con el fin de guardar el anonimato. Si tiene alguna duda sobre esta investigación, puede hacer preguntas en cualquier momento durante el desarrollo de esta. Igualmente, puede retirarse en cualquier momento sin que eso lo perjudique en ninguna forma. Si alguna de las preguntas durante ambos bloques le parece incómodas, tiene usted el derecho de hacérselo saber al investigador o de no responderlas.

Consiento en la participación en el presente estudio.

SI\_\_\_ NO\_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

DUI: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

### Anexo 3: Autorización del estudio

**El Rosario Cuscatlán, 12 de mayo del 2023**

**Dr. Saúl Ayala**

**Director de US-I El Rosario Cuscatlán**

**Presente**

Reciba un cordial saludo, esperando que todos sus proyectos profesionales y personales tengan éxito

El motivo de la presente es para solicitar cordialmente que nos permita desarrollar nuestro trabajo de grado en USI El Rosario, que lleva por nombre "Prevalencia de la depresión en el adulto mayor que consulta en la USI El Rosario Cuscatlán, utilizando la escala de depresión geriátrica de Yesavage abreviada, de mayo a julio del 2023" permitiéndonos la aplicación de dicho instrumento en la población consultante, así como el acceso a la base de datos SIMMOV para la obtención de datos que consideremos de vital importancia. Sin más que agregar y sin ningún otro particular nos despedimos, agradeciendo de antemano su tiempo.

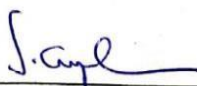
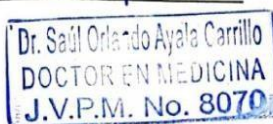
Atentamente

Br. Ingrid Beatriz Rosales Escobar

Br. Lourdes Alejandra Rosales Molina

Br. Marlon Eduardo Serrano Maldonado

Investigadores

Firma director   


e

Anexo 4:Correspondencia de recibido

San Salvador 25 de octubre del 2023  
Dr. Saúl Orlando Ayala Carrillo  
Director USI El Rosario, Cuscatlán

Por medio de la presente se hace entrega a la unidad de salud intermedia El Rosario el informe final correspondiente al trabajo de grado titulado PREVALENCIA DE DEPRESIÓN EN EL ADULTO MAYOR EN UNIDAD DE SALUD "EL ROSARIO" CUSCATLÁN, DE JUNIO A SEPTIEMBRE DEL 2023 elaborado por Ingrid Beatriz Rosales de Portillo, Lourdes Alejandra Rosales Molina y Marlon Eduardo Serrano Maldonado, el cual ha superado las observaciones del jurado calificador para los usos que considere pertinentes así como para su envío a la dirección de la región central tal como fue solicitado.

Atentamente

Lourdes Alejandra Rosales Molina  
Médico en servicio social

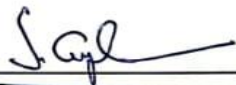
F. \_\_\_\_\_



Lourdes Alejandra Rosales Molina  
DOCTORADO EN MEDICINA  
J.V.P.M. PROVISIONAL

Dr. Saúl Orlando Ayala Carrillo  
Director USI El Rosario

F. \_\_\_\_\_



Dr. Saúl Orlando Ayala Carrillo  
DOCTOR EN MEDICINA  
J.V.P.M. No. 80711

