



Casa abierta al tiempo

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA
Unidad Xochimilco



Universidad Autónoma Metropolitana - Unidad Xochimilco

Ciencias Biológicas y de la Salud

Licenciatura en Medicina

**“Depresión en adultos mayores del centro de salud T-III
Villa Milpa Alta”**

Kevin Aarón Yáñez López

Matricula: 2173062749

Asesora interna: Dra.  Alejandra Gasca García

Asesora externa: Dra. Diana Aguilar Paredes

Inicio del servicio social: 01-Agosto-2023

Término del servicio social: 31-Julio-2024

INDICE

Introducción	3
Objetivo General	4
Objetivos Específicos	4
Antecedentes	4
Planteamiento del problema	6
Marco Teórico	6
Materiales y método	10
Resultados	12
Conclusión	26
Bibliografía	27
Anexos	29

INTRODUCCION

De acuerdo con la encuesta sobre evaluación cognitiva en adultos mayores y la Encuesta Nacional sobre Salud y Envejecimiento en México (ENASEM), se ha identificado un aumento en los sentimientos de depresión entre la población de 60 años y más. En 2018, más del 26% de los adultos mayores presentaba síntomas de depresión, cifra que creció al 35.5% en 2021. Esta población, que enfrenta diversas condiciones de salud, es clave para la formulación de políticas de salud y su evaluación. Actualmente, se han llevado a cabo estudios epidemiológicos sobre la prevalencia e incidencia de trastornos psiquiátricos en países de diversos niveles de ingresos, lo que ha permitido una mejor comprensión de estos trastornos (Botto, A., Acuña 2014). Los más comunes son los trastornos depresivos y de ansiedad. La depresión, que afecta a más de 300 millones de personas a nivel global, tiene a los adultos mayores como uno de sus grupos más vulnerables.

Los síntomas característicos de los trastornos depresivos incluyen pérdida de interés, tristeza, sentimientos de culpa, baja autoestima, alteraciones en el sueño y el apetito, falta de concentración y fatiga. Esta condición puede ser recurrente o persistente, afectando significativamente la capacidad del individuo para llevar a cabo sus actividades diarias (Sotelo-Alonso I, Rojas-Soto JE, 2012). Si no se aborda, la depresión puede llevar al suicidio. Se reconocen dos subcategorías principales de trastornos depresivos:

- **Episodio o trastorno depresivo mayor:** se manifiesta a través de síntomas como pérdida de interés, incapacidad para disfrutar, tristeza y disminución de energía, y se clasifica según la gravedad en leve, moderado o severo.
- **Distimia:** forma crónica de depresión leve con síntomas similares a los de un episodio depresivo, pero menos intensos y más duraderos.

OBJETIVO GENERAL

Preestablecer un diagnóstico oportuno para la atención de la salud mental en adultos mayores de 60 años.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. Aplicar el inventario de depresión de Beck (BDI-2) a los adultos mayores que asisten al centro de salud T-III Villa Milpa Alta, que no se conocen con diagnóstico de depresión ni tienen seguimiento por el área de psicología.
2. Detectar el ítem donde los adultos mayores están más afectados.
3. Comparar el total de pacientes con depresión según el inventario de depresión de Beck con el total de pacientes que ya se encuentran en seguimiento por el área de psicología con diagnóstico de depresión en el centro de salud T-III Villa Milpa Alta.

ANTECEDENTES

La depresión es una enfermedad mental recurrente que requiere diagnóstico y tratamiento oportunos. Su prevalencia en la población general varía entre el 8 y el 12%. A pesar de esto, el diagnóstico sigue siendo un desafío en términos clínicos y conceptuales. Para abordar la confiabilidad y validez de los criterios diagnósticos, se ha utilizado el modelo del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM) y la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE). Sin embargo, su utilidad ha sido cuestionada, y se ha observado que, en atención primaria, la depresión puede ser subdiagnosticada, sobre diagnosticada o tratada inadecuadamente. La depresión debe entenderse como un fenómeno complejo que requiere un análisis desde diversas perspectivas. También se propone un modelo para ayudar a los médicos a mejorar su juicio clínico en la atención de pacientes (Mitjams M, Arias B. 2012).

La depresión es un trastorno afectivo que se manifiesta clínicamente por un descenso del estado de ánimo, baja autoestima, anhedonia y un incremento de la autocrítica o del perfeccionismo. A este núcleo sintomático se puede llegar por diversas vías (ambientales,

neurobiológicas, caracterológicas) con distintos grados de interacción. Según la manera en que se relacionan estas vías la depresión puede tomar diversas formas: psicótica y melancólica (predominio factores biológicos), no melancólica (predominio de elementos caracterológicos), anaclítica/introyectiva (personalidad, configuración de estilos de apego), etc.. En consecuencia, plantean que el abordaje diagnóstico de la depresión consiste en un proceso secuencial que debe responder una serie de preguntas cuyo objetivo final será determinar por qué este individuo se encuentra deprimido en este preciso momento (Mitjams M, Arias B. 2012).

Imagen 1. Recomendaciones y preguntas para el diagnóstico de depresión oportuna en primer nivel de atención

1	Ante la sospecha de depresión, el médico debe explorar la presencia de la tríada sintomática: <i>desánimo, baja autoestima y autorreproches</i> . Luego, debe descartar causas orgánicas y bipolaridad, ubicando dichos síntomas dentro del espectro afectivo (bipolar-monopolar) a través del estudio de los antecedentes familiares, la historia de hipomanía y el perfil clínico. Finalmente, debe definir la presencia de subtipos clínicos: depresión psicótica, melancólica o no melancólica	¿Tiene el paciente una depresión? ¿Su depresión es de origen orgánico o psiquiátrico? ¿Su depresión es de tipo monopolar o bipolar? ¿A qué subtipo de depresión monopolar corresponde?
2	Una vez que ha confirmado la existencia de depresión y la ha ordenado de acuerdo con la recomendación anterior, el médico debe considerar la manera en que la personalidad del paciente influye en la presentación clínica (anaclítica/introyectiva) y la eventual respuesta a los tratamientos. En este punto debiera estudiarse el antecedente de trauma infantil	¿Qué tipo de organización de la personalidad predomina en el paciente: anaclítica o introyectiva? ¿De qué manera la personalidad ha determinado, condicionado o perpetuado la sintomatología?
3	Explorar las situaciones desencadenantes y el contexto relacional en que se desarrollan los síntomas (experiencias de pérdida o fracaso) y el grado de reactividad que presentan	¿De qué naturaleza es la situación ante la cual el paciente está reaccionando o “defendiéndose”? ¿Qué costos ha tenido el problema para el paciente? ¿Qué consecuencias para su vida pudiera tener un cambio psicológico o emocional?
4	Considerar el entorno social, cultural y su relación con los sistemas de salud involucrados	¿De qué manera el ambiente, la cultura, el entorno social y los sistemas de salud en que se encuentra el paciente influyen sobre la aparición de los síntomas, su persistencia o la respuesta a las intervenciones?
5	Establecer un diagnóstico y una indicación diferencial de los tratamientos que involucre un proceso de “negociación” entre las propias teorías etiopatogénicas del paciente, sus expectativas de tratamiento y el juicio del clínico acerca de la naturaleza del problema	¿Cuál será la “hipótesis de trabajo” que guiará la toma de decisiones entre el paciente y el terapeuta? ¿Qué tratamiento es el más indicado para este paciente en particular? ¿Qué resultados se espera obtener con el tratamiento?

Fuente: Botto, A., Acuña, J., & Jiménez, J. P. (2014). La depresión como un diagnóstico complejo: Implicancias para el desarrollo de recomendaciones clínicas.

El diagnóstico de depresión debe ser de exclusión, habiendo descartado previamente bipolaridad, enfermedades médicas, otros trastornos psiquiátricos como el consumo de sustancias y enfermedades comórbidas.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Las causas más comunes que pueden llevar a un adulto mayor a la depresión incluyen la pérdida de vitalidad, cambios en su estilo de vida, y la disminución de sus capacidades. Las pérdidas de seres queridos, como amigos, parejas, y la separación de familiares, así como la aparición de enfermedades crónicas, también contribuyen (Avenevoli S, Swendsen J, 2015).

¿La búsqueda activa de depresión en adultos mayores será relevante? Durante las consultas, se ha observado que la salud mental de los adultos mayores no siempre recibe la atención adecuada, lo cual es crítico dado que muchos requieren soporte debido a problemas de salud o situaciones sociales. La salud, según la OMS, es un estado de bienestar completo y no solo la ausencia de enfermedades. Aunque ha habido un aumento en la atención a la salud mental post-pandemia, la importancia de la salud mental en los adultos mayores aún no se ha abordado con la urgencia necesaria. ¿Ayudaría para complemento de la consulta realizar inventario de Beck a los pacientes adultos mayores?

MARCO TEORICO

La depresión se caracteriza por alteraciones del estado de ánimo, que impactan significativamente en la vida social, familiar y laboral del individuo. La detección temprana de la depresión en atención primaria es esencial, dado que es un problema común en la población (Levine HB, 2003). Aunque el diagnóstico es clínico, el tratamiento es seguro y efectivo. Las enfermedades del estado de ánimo se clasifican según el DSM-IV y la CIE-102, pero existen consideraciones que complican su diagnóstico, ya que la tristeza no es exclusiva del trastorno depresivo mayor. La estigmatización de la depresión a veces lleva a la negación

del tratamiento, mientras que otras condiciones mentales pueden recibir más atención. La depresión puede coexistir con otras enfermedades mentales o físicas, lo que requiere que los médicos de atención primaria conozcan la historia completa del paciente para ofrecer un diagnóstico preciso (Botto, A., Acuña 2014).

Hay varios tipos de depresión que las personas mayores pueden tener:

- Trastorno depresivo mayor: incluye síntomas que duran al menos dos semanas y que pueden interferir con la capacidad de la persona para realizar las tareas diarias.
- Trastorno depresivo persistente (distimia): un estado de ánimo depresivo que dura más de dos años, pero la persona posiblemente aún pueda realizar las tareas diarias, a diferencia de las personas con trastorno depresivo mayor.
- Trastorno depresivo inducido por sustancias o medicamentos: depresión relacionada con el consumo de sustancias, como alcohol o analgésicos.
- Trastorno depresivo debido a una afección médica: depresión relacionada con una enfermedad separada, como una enfermedad cardíaca o esclerosis múltiple.

Otras formas de depresión incluyen la depresión psicótica, la depresión posmenopáusica y el trastorno afectivo estacional (Botto, A., Acuña 2014).

Hay muchas cosas que pueden ser factores de riesgo de depresión. Para algunas personas, los cambios en el cerebro pueden afectar el estado de ánimo y provocar depresión. Otras personas pueden tener depresión después de un acontecimiento importante en la vida, como un diagnóstico médico o la muerte de un ser querido. A veces, las personas sometidas a mucho estrés, especialmente las que cuidan a sus seres queridos con una enfermedad o discapacidad grave, pueden sentirse deprimidas (M,D.C. 2018). Otras pueden deprimirse sin una razón aparente

Las investigaciones han demostrado que los siguientes factores están relacionados con el riesgo de depresión, pero no necesariamente la causan:

- Afecciones médicas, como un accidente cerebrovascular o cáncer.
- Genes, las personas con antecedentes familiares de depresión pueden tener un mayor riesgo.

- Estrés, incluido el estrés de cuidar a una persona enferma.
- Aislamiento social y soledad.
- Falta de ejercicio o actividad física.
- Limitaciones funcionales que dificultan la participación en las actividades de la vida diaria.
- Adicción o alcoholismo, incluyendo el trastorno depresivo inducido por sustancias.

La depresión no es un aspecto normal del envejecimiento. Estudios indican que, a pesar de enfrentar más problemas de salud, muchos adultos mayores están satisfechos con su vida, aunque aquellos con antecedentes de depresión en la juventud tienen mayor riesgo de padecer depresión en la vejez. Es crucial detectar la depresión a tiempo, ya que hay tratamientos disponibles que pueden ser efectivos. Se reconocen varios tipos de depresión en personas mayores, que incluyen trastorno depresivo mayor, distimia, depresión inducida por sustancias, y depresión relacionada con condiciones médicas. Los factores de riesgo incluyen condiciones médicas, genética, estrés, aislamiento social, falta de actividad física, y limitaciones funcionales. La COVID-19 ha puesto de relieve la importancia de la salud mental, y se han implementado medidas preventivas y terapéuticas, incluidas consultas en línea. La depresión en adultos mayores puede ser difícil de identificar, ya que los síntomas pueden diferir de los de los jóvenes, y no siempre se manifiestan como tristeza (Magnil M, Janmarker L, Gunnarsson R, Björkelund C. Course, 2013).

Los signos o síntomas con los que se podría detectar que una persona está pasando por una situación depresiva son:

- Disminución de energía o sentirse fatigado.
- Dificultad para concentrarse, tomar decisiones o recordar.
- Problemas para dormir, quedarse dormido o despertarse demasiado temprano.
- Lentitud para hablar o moverse.
- Estado de ánimo de tristeza persistente o "vacío".

- Aumento o disminución de peso no planeado que se acompaña con comer mayor o menor cantidad.
- Sentimientos de culpa, inutilidad, pérdida de la esperanza o impotencia.
- Irritabilidad, inquietud o hiperactividad.
- Pérdida de interés en actividades, incluido el sexo.
- Pensamientos de muerte o intentos de suicidio.

Los signos y los síntomas de la depresión pueden diferir según la persona y su origen cultural. Las personas de diferentes culturas pueden expresar emociones, estados de ánimo y trastornos del estado de ánimo, incluida la depresión, de diferentes formas. En algunas culturas, la depresión puede manifestarse como síntomas físicos, como dolores o molestias, dolores de cabeza, calambres o problemas digestivos (Avenevoli S, Swendsen J, 2015).

Algunas formas frecuentes de tratamiento para la depresión incluyen:

- Terapia electroconvulsiva: se colocan electrodos en la cabeza de la persona para permitir que una corriente eléctrica suave y segura pase a través del cerebro. Este tipo de terapia generalmente se considera solo si la depresión no ha mejorado con otros tratamientos.
- Estimulación magnética transcraneal repetitiva: utiliza imanes para “activar el cerebro”. No requiere anestesia y está dirigida solo a regiones específicas del cerebro para reducir los efectos secundarios como la fatiga, las náuseas o la pérdida de memoria que podrían ocurrir con la terapia electroconvulsiva.
- Medicamentos que pueden equilibrar las hormonas que afectan el estado de ánimo, como la serotonina. Hay muchos tipos diferentes de medicamentos antidepresivos. Los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) son antidepresivos que se recetan con frecuencia a las personas mayores. Un psiquiatra o un médico general de atención primaria pueden recetar estos y ayudar a controlarla.
- Psicoterapia, o “terapia de diálogo” que puede ayudar a la persona a identificar y cambiar pensamientos, emociones y comportamientos que pueden ser preocupantes. Puede realizarse con un psicólogo certificado, un psiquiatra u otro profesional de la

salud mental debidamente autorizado para ejercer. Algunos ejemplos de enfoques específicos para el tratamiento de la depresión incluyen la terapia interpersonal y la terapia cognitivo-conductual.

Se ha demostrado que la combinación de psicoterapia y medicamentos es eficaz para las personas mayores. Sin embargo, no todos los medicamentos o terapias son adecuados para todos (Avenevoli S, Swendsen J, 2015).

MATERIALES Y METODOS

Se aplicó el inventario de Beck (BDI-2) a pacientes adultos mayores (mayores de 60 años) que acuden al centro de salud T-III Villa Milpa Alta a consulta médica general, que no tienen diagnóstico de depresión ni seguimiento por psicología. Para realizar la comparación con el total de pacientes que ya cuentan con el diagnóstico de depresión y seguimiento por psicología se solicitan los datos con el área de estadigrafía de la unidad.

Inventario de Beck:

Rutina de aplicación

Lo principal es presentarse, establecer confianza para una buena relación medco-paciente, explicar la importancia del diagnóstico oportuno de la depresión y eliminar el pensamiento arraigado en algunos adultos mayores sobre el cuidado de la salud mental. Informar al paciente: “Esto es un cuestionario; en él cual hay grupos de afirmaciones; leeré uno de estos grupos. Después quiero que elija la afirmación en ese grupo que describa mejor cómo se ha sentido en la última semana incluyendo hoy”.

Si el paciente responde mediante un número, volver a leer la afirmación que corresponda con el número, con el fin de evitar confusión sobre cuál de las afirmaciones eligió. Después que se haga evidente que el paciente entiende el sistema de numeración, será suficiente la respuesta numérica para indicar su elección. (Sanz, J. y García-Vera, M. P. 2013)

Instrucciones adicionales

- Verificar que cada elección sea efectivamente la elección del paciente y no palabras que se hayan repetido. Como recomendación se puede hacer que el paciente lea o indique, por su cuenta, cual afirmación ha elegido.
- Si el paciente indica que hay dos o más afirmaciones que se ajustan a la forma en que se siente, entonces anotar la que tenga el mayor de los valores.
- Generalmente el entrevistador debe leer en voz alta las afirmaciones que se encuentran en cada categoría. A veces el paciente toma la iniciativa y empezará a leer en silencio las afirmaciones en una categoría, adelantándose al entrevistador, y empieza a dar las afirmaciones elegidas. Si el paciente está atento, deje que lea en silencio las afirmaciones y que haga su elección. Dígale al paciente que, si está seguro de leer todas las afirmaciones en cada grupo antes de elegir, entonces podrá leer en silencio. Tratar de tener tacto para alentar al paciente para que reflexione las afirmaciones antes de elegir.
- El puntaje de depresión obtenido debe asentarse en la hoja de registro. Simplemente corresponde a la suma de las mayores cargas de respuestas seleccionadas en cada grupo de afirmaciones. La “carga” es el valor numérico que figura al lado de cada afirmación.

Una vez descrito el proceso a los pacientes se les explicó que los resultados serían utilizados en un protocolo.

Se aplicó el inventario de Beck (BDI-II) a un total de 50 pacientes adultos mayores, 36 mujeres y 14 hombres en un lapso de tres meses (mayo, junio, julio) sin repetir pacientes, y de forma anónima para que fueran completamente honestos ya que al mencionarles que los resultados serían utilizados en un protocolo la mayoría no quería participar hasta que se les propuso que pudiera ser anónimo. En apartado de anexo se agrega una copia del cuestionario utilizado con las afirmaciones, las instrucciones y un apartado para datos del paciente y el puntaje obtenido.

RESULTADOS

En este apartado se presentará una tabla de pacientes con diagnóstico de depresión de agosto a junio 2024 que se encuentran en seguimiento por psicología en el centro de salud T-III Villa Milpa alta, información otorgada por el área de estadigrafía de la unidad los cuales se encuentran divididos por sexo y edad de 60 a 64 años y 65 años y más para fines estadísticos del centro de salud, pero en este trabajo se suman ambos grupos de edad como adultos mayores y se dividen por sexo. Se presentan las respuestas del inventario de Beck aplicado a un total de 50 adultos mayores que acuden al centro de Salud T-III Villa Milpa Alta sin diagnóstico de depresión y sin seguimiento por psicología con sus 21 items graficados y al final cómo se clasificarían los pacientes según el total de puntos acumulados en el inventario de Beck.

Tabla 1. Pacientes con diagnóstico de depresión de agosto 2023 a junio 2024				
60 a 64 años		65 años y más		Total
Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	
6	1	5	2	14

Tabla 1. El total de pacientes adultos mayores diagnosticados con depresión en el centro de salud T-III Villa Milpa Alta, registrados en agosto 2023 a junio 2024 son 14, 11 mujeres y 3 hombres. Según datos brindados por estadigrafía.

En la tabla 1 se observa que hay 6 mujeres de 60 a 64 años y 5 de más de 65 años con diagnóstico de depresión dando un total de 11 mujeres adultas mayores con diagnóstico de depresión y ya en seguimiento por psicología. Se observa 1 hombre de 60 a 64 años y 2 de más de 65 años con diagnóstico de depresión dando un total de 3 hombres adultos mayores con diagnóstico de depresión y ya en seguimiento por psicología, si tomamos en cuenta que la población de adultos mayores que asistió al centro de salud en esos meses es de 2000 aproximadamente las cifras son muy mínimas.

	0		1		2		3	
	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres
Tristeza	29	7	6	4	0	2	1	1
Pesimismo	27	7	5	6	3	1	1	0
Fracaso	26	9	7	3	3	2	0	0
Pérdida de placer	23	7	8	3	5	4	0	0
Sentimientos de culpa	26	10	8	4	1	0	1	0
Sentimiento de castigo	24	8	7	4	2	1	3	1
Disconformidad con uno mismo	22	5	7	5	4	3	3	1
Autocrítica	23	3	8	3	5	1	0	0
Pensamiento o deseos suicidas	36	14	0	0	0	0	0	0
Llanto	20	10	9	2	5	2	2	0
Agitación	29	10	6	2	1	2	0	0
Pérdida de interés	30	12	4	2	1	0	1	0
Indecisión	26	8	8	2	2	2	0	2
Desvalorización	25	9	6	4	4	1	1	0
Pérdida de energía	14	8	19	6	3	0	0	0
Cambios en los hábitos de sueño	10	6	21	4	2	2	3	2
Irritabilidad	23	10	8	4	3	0	2	0
Cambios en el apetito	24	12	9	0	3	2	0	0
Dificultad de concentración	22	8	12	4	0	2	2	0
Cansancio o fatiga	10	10	20	4	3	0	3	0
Pérdida de interés en el sexo	9	12	16	2	4	0	7	0

Tabla 2. Registro de respuestas del inventario de Beck (BDI-2) por los adultos mayores que acuden al centro de salud T-III Villa Milpa alta, sin diagnóstico de depresión ni seguimiento por psicología.

Se registraron las respuestas de un total de 36 mujeres y 14 hombres adultos mayores y a continuación se grafica cada ítem del inventario de Beck, según las respuestas de los pacientes en forma de porcentajes.

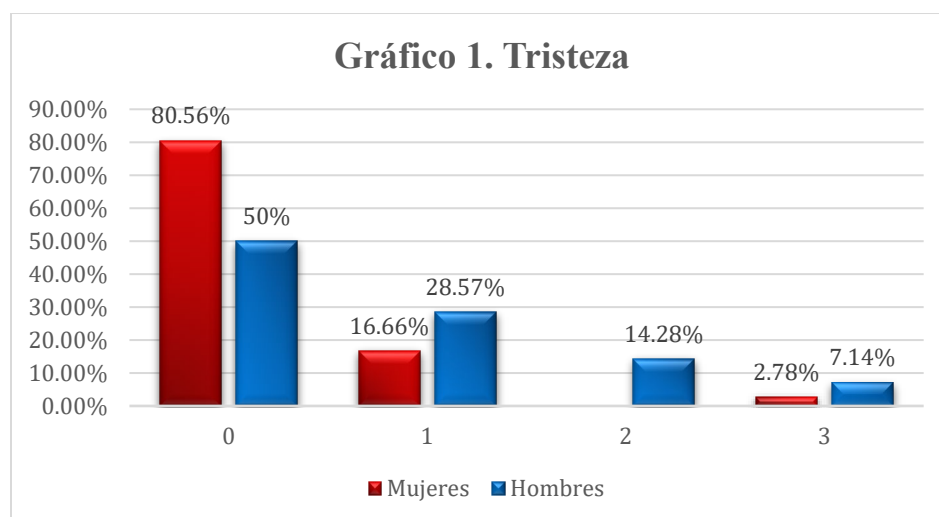


Gráfico 1. De la población total de 50 pacientes adultos mayores (36 mujeres y 14 hombres), 80.56% de las mujeres y 50% de los hombres dijeron no sentirse tristes, 16.66% de las mujeres y 28.57% de los hombres se sienten tristes gran parte del tiempo, 14.28% de los hombres se sienten tristes todo el tiempo y 7.14% de los hombres y 2.78% de las mujeres se sienten infelices.

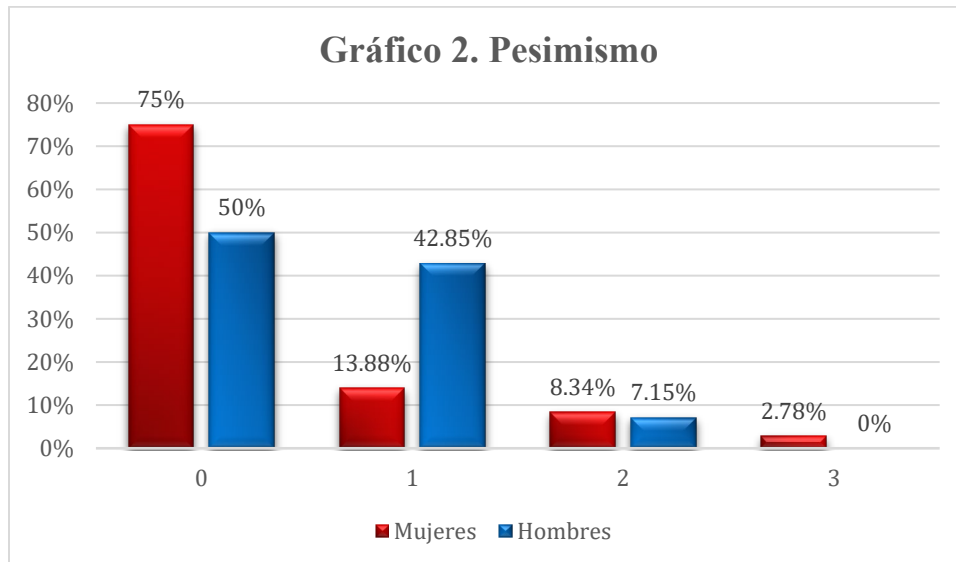


Gráfico 2. De la población total de 50 pacientes adultos mayores (36 mujeres y 14 hombres) 75% de las mujeres y 50 de los hombres dijeron no sentirse desalentados, 13.88% de las mujeres y 42.85% de los hombres se sienten más desalentados que antes, 8.34% de las mujeres y 7.15% de los hombres no esperan que las cosas funcionen y 2.78% de las mujeres se sienten sin esperanzas y que solo puede empeorar.

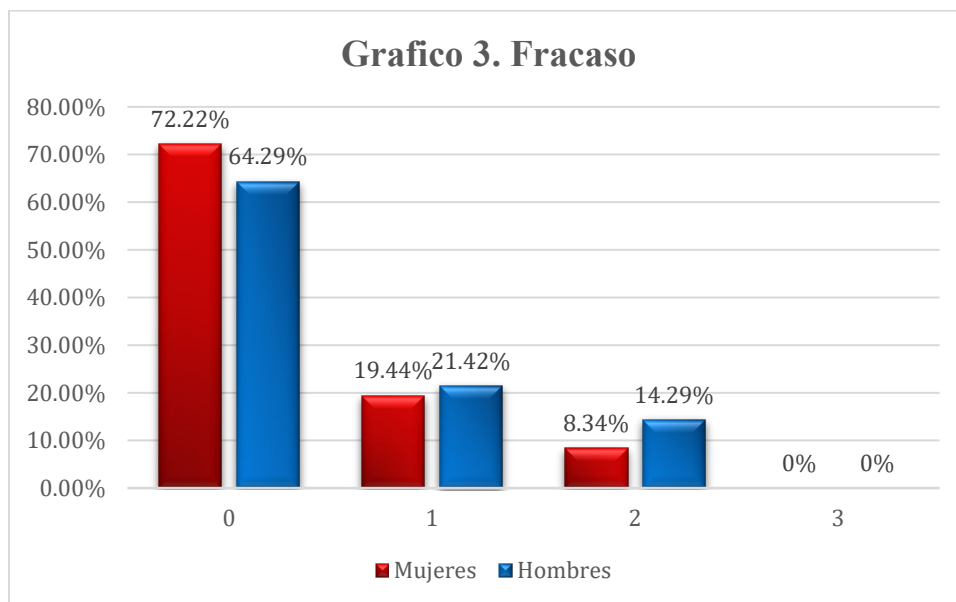


Gráfico 3. De la población total de 50 pacientes adultos mayores (36 mujeres y 14 hombres) 72.22% de las mujeres y 64.29% de los hombres dijeron no sentirse fracasados, 19.44% de las mujeres y 21.42% de los hombres sienten que han fracasado más de lo debido, 8.34% mujeres y 2 hombres ven muchos fracasos en su pasado

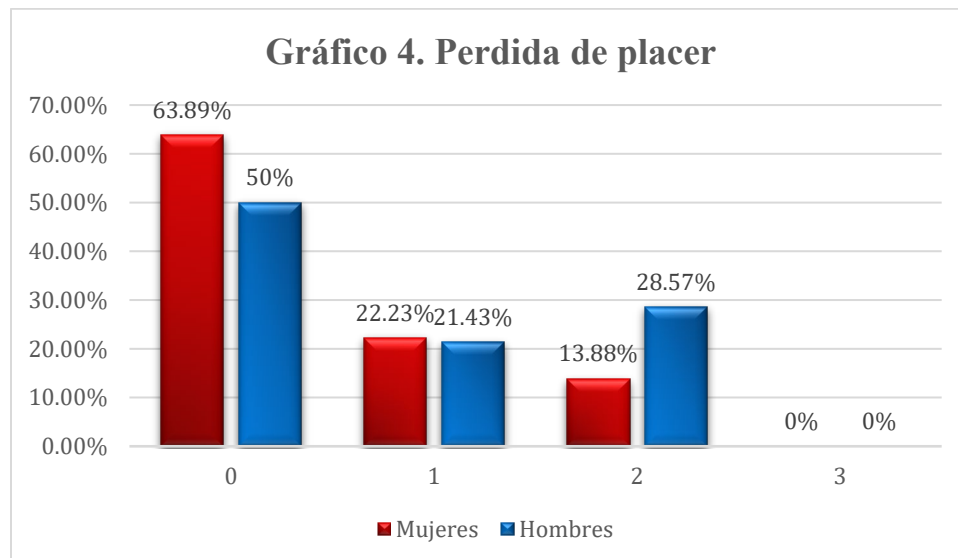


Gráfico 4. De la población total de 50 pacientes adultos mayores (36 mujeres y 14 hombres) 63.89% de las mujeres y 50% de los hombres dijeron obtener tanto placer como siempre, 22.23% de las mujeres y 21.43% de los hombres sienten no disfrutar tanto como antes, 13.88% de las mujeres y 28.57% de los hombres obtienen muy poco placer de lo que hacen

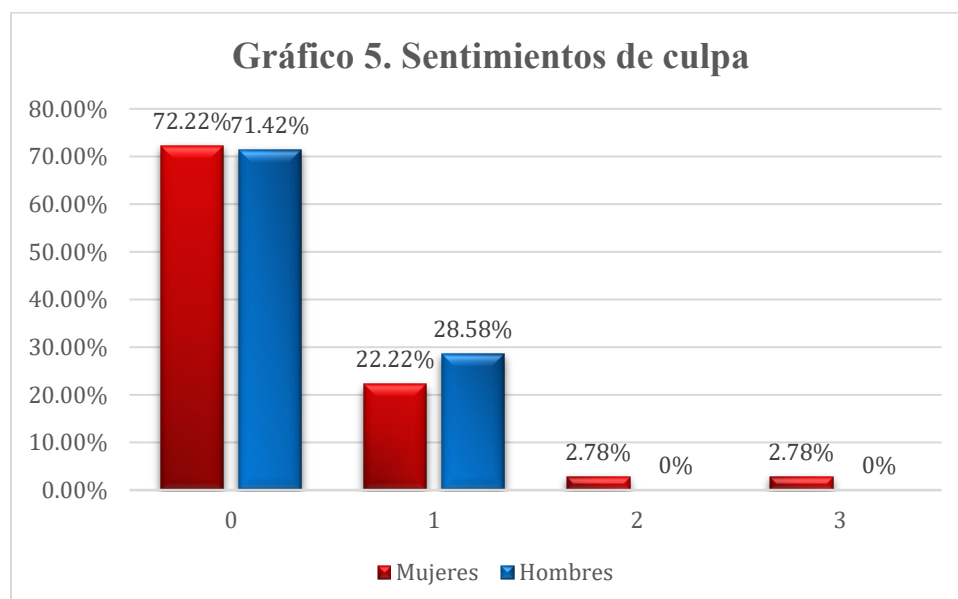


Gráfico 5. De la población total de 50 pacientes adultos mayores (36 mujeres y 14 hombres) 72.22% de las mujeres y 71.42% de los hombres dijeron no sentirse culpables, 22.22% de las mujeres y 28.58% de los hombres se sienten culpables por cosas que hicieron o no hicieron, 2.78% de las mujeres se sienten bastante culpables la mayor parte del tiempo y 2.78% de las mujer se sienten culpables todo el tiempo.

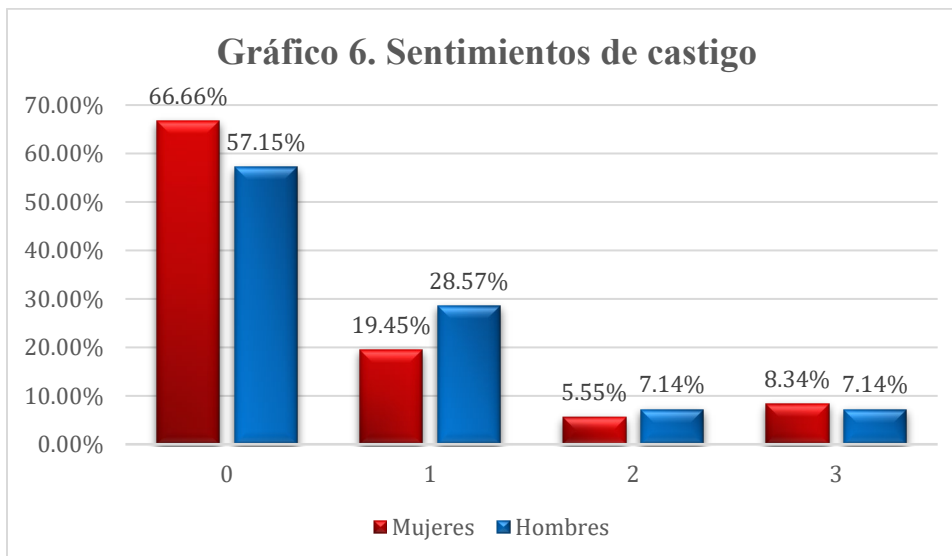


Gráfico 6. De la población total de 50 pacientes adultos mayores (36 mujeres y 14 hombres) 66.66% de las mujeres y 57.15% de los hombres dijeron no sentirse castigados, 19.45% de las mujeres y 28.57% de los hombres sienten poder ser castigados, 5.55% de las mujeres y 7.14% de los hombres esperan ser castigados y 8.34% de las mujeres y 7.14% de los hombres sienten estar siendo castigados.

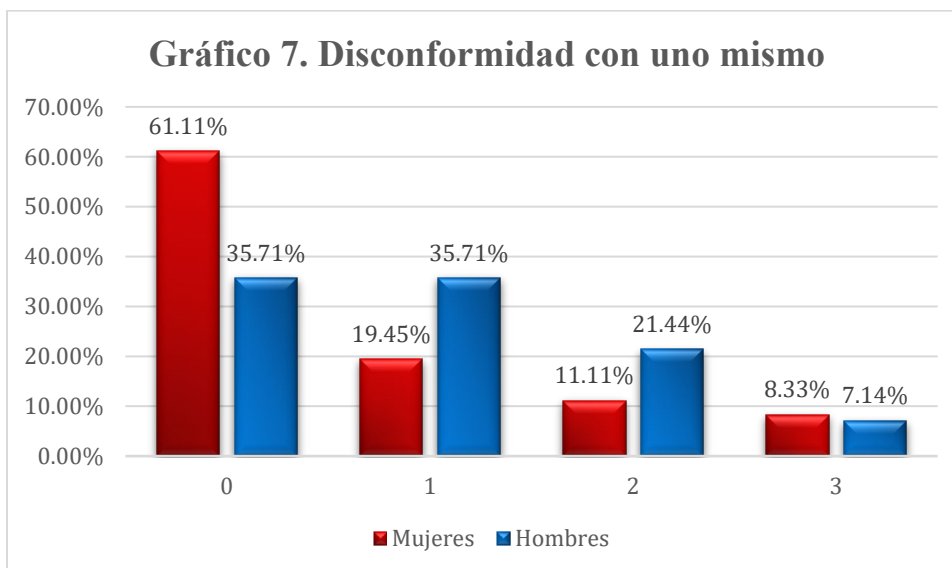


Gráfico 7. De la población total de 50 pacientes adultos mayores (36 mujeres y 14 hombres) 61.11% de las mujeres y 35.71% de los hombres dijeron sentirse conformes con sigo mismos, 19.45% de las mujeres y 35.71% de los hombres sienten perder confianza con sigo mismos, 11.11% de las mujeres y 21.44% de los hombres están decepcionados con sigo mismos y 8.33% de las mujeres y 7.14% de los hombres no se gustan a sí mismos.

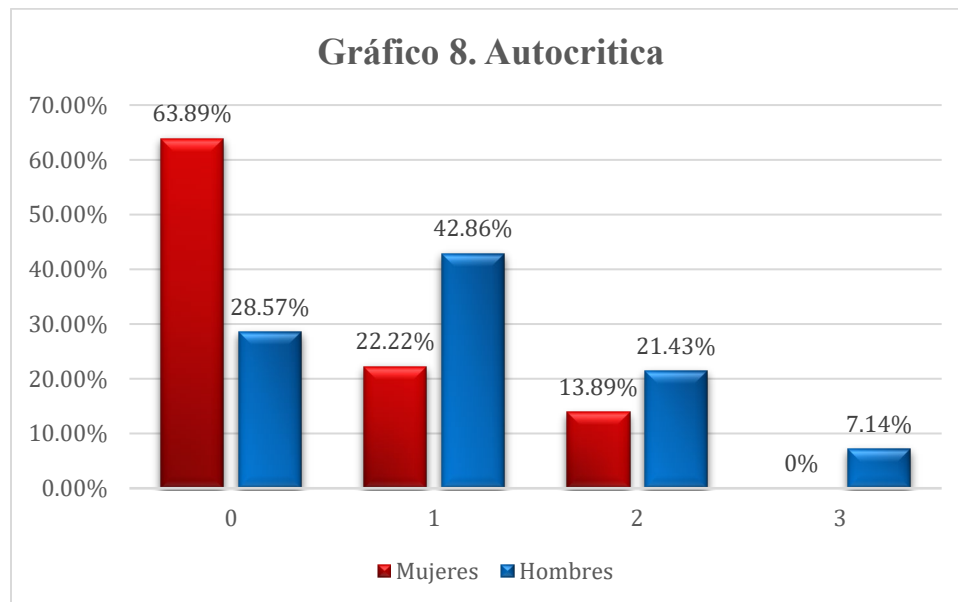


Gráfico 8. De la población total de 50 pacientes adultos mayores (36 mujeres y 14 hombres) 63.89% de las mujeres y 28.57% de los hombres dijeron no criticarse ni culparse, 22.22% de las mujeres y 42.86% de los hombres se critican más que antes, 13.89% de las mujeres y 21.43% de los hombres se critican a sí mismos por todos sus errores y 7.14% de los hombres se culpan por todo lo malo que sucede.

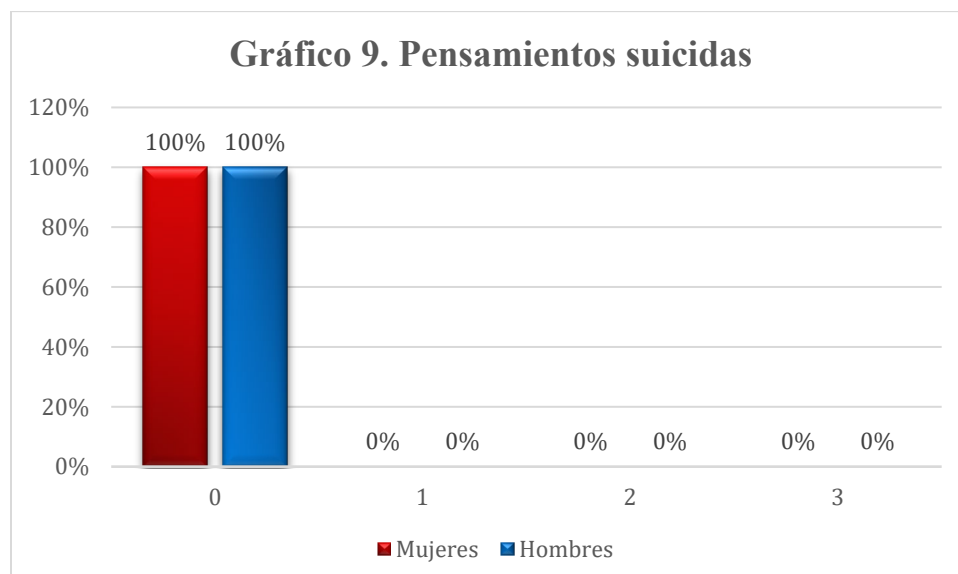


Gráfico 9. De la población total de 50 pacientes adultos mayores (36 mujeres y 14 hombres) ninguno tiene pensamientos de matarse.

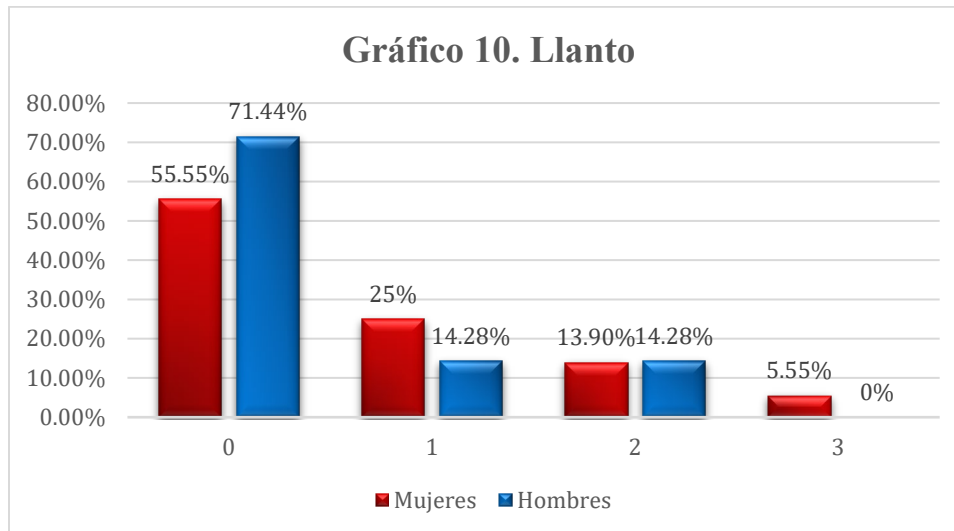


Gráfico 10. De la población total de 50 pacientes adultos mayores (36 mujeres y 14 hombres) 55.55% de las mujeres y 71.44% de los hombres no lloran más de lo habitual, 25% de las mujeres y 14.28% de los hombres lloran más que antes, 13.90% de las mujeres y 14.28% de los hombres lloran por cualquier pequeños y 5.55% de las mujeres tienen ganas de llorar pero no pueden.

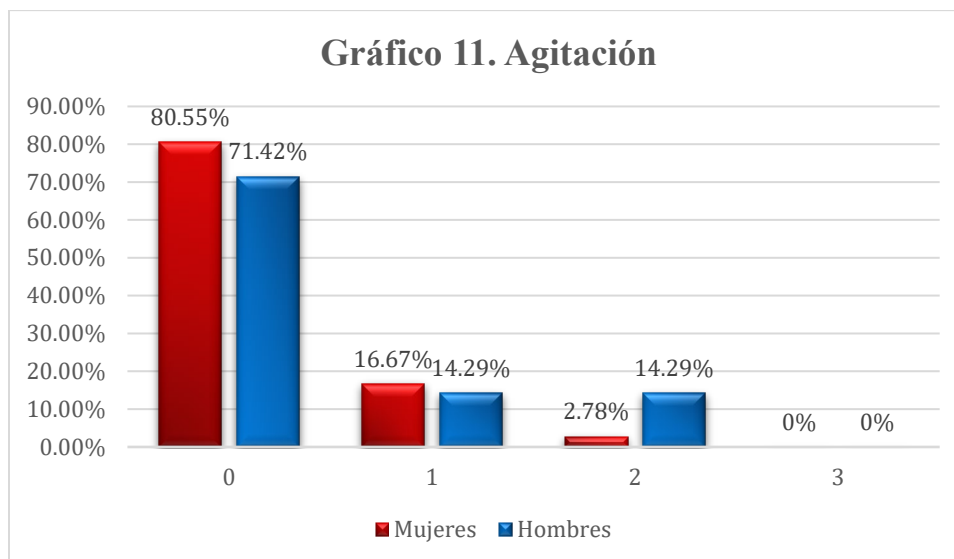


Gráfico 11. De la población total de 50 pacientes adultos mayores (36 mujeres y 14 hombres) 80.55% de las mujeres y 71.42% de los hombres dijeron no estar más inquietos de lo habitual, 16.67% de las mujeres y 14.29% de los hombres se sienten más inquietos de lo habitual, 2.78% de las mujeres y 14.29% de los hombres se sienten demasiado inquietos o agitados que es difícil estar quietos.

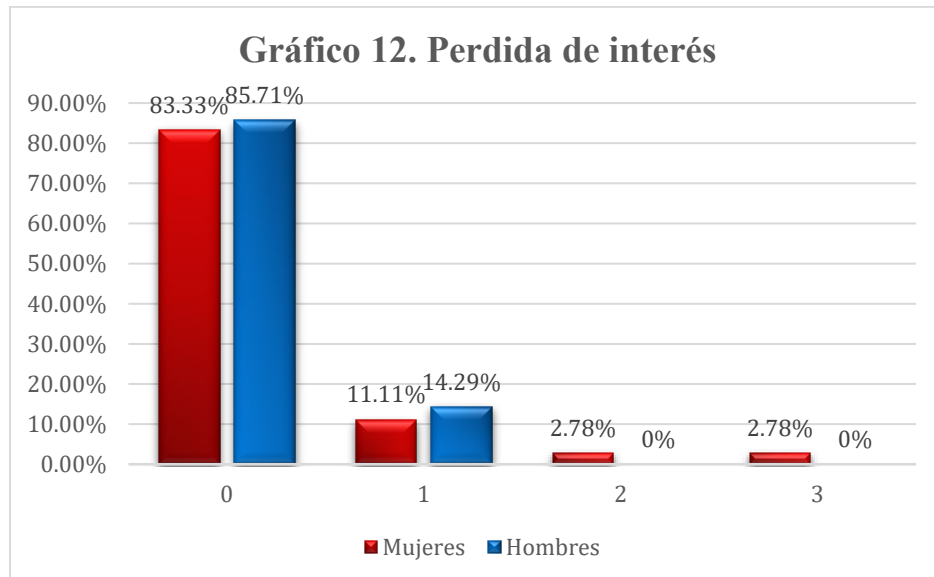


Gráfico 12. De la población total de 50 pacientes adultos mayores (36 mujeres y 14 hombres) 83.33% de las mujeres y 85.71% de los hombres dijeron no han perdido interes, 11.11% de las mujeres y 14.29% de los hombres estan menos interesados que antes, 2.78% de las mujer ha perdido casi todo el interes y 2.78 de las mujeres le es dificil interesarse en algo.

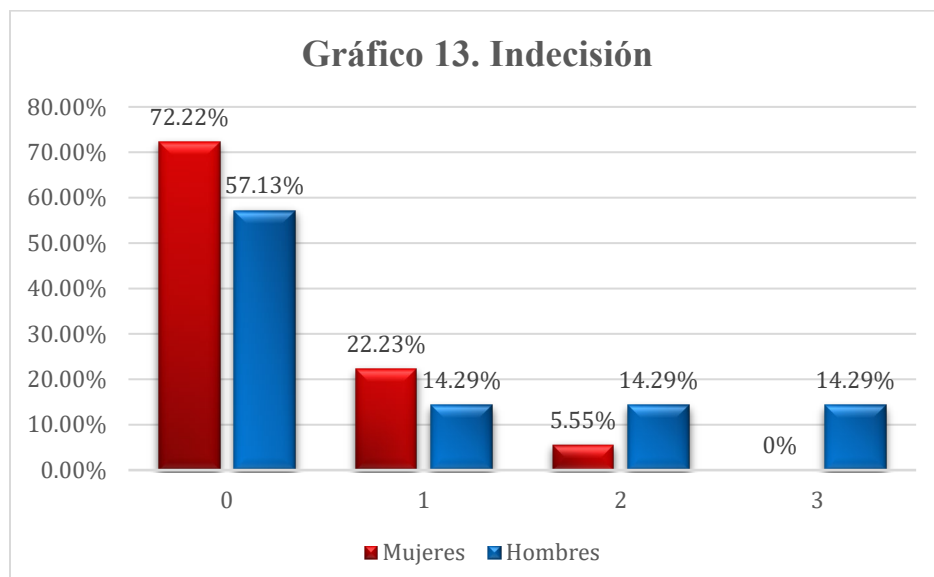


Gráfico 13. De la población total de 50 pacientes adultos mayores (36 mujeres y 14 hombres) 72.22% de las mujeres y 57.13% de los hombres dijeron tomar decisiones tan bien como antes, 22.23% de las mujeres y 14.29% de los hombres les resulta más difícil tomar decisiones, 5.55% de las mujeres y 14.29% de los hombres tienen mucha más dificultad y 14.29% de los hombres tienen problemas para tomar cualquier decisión.

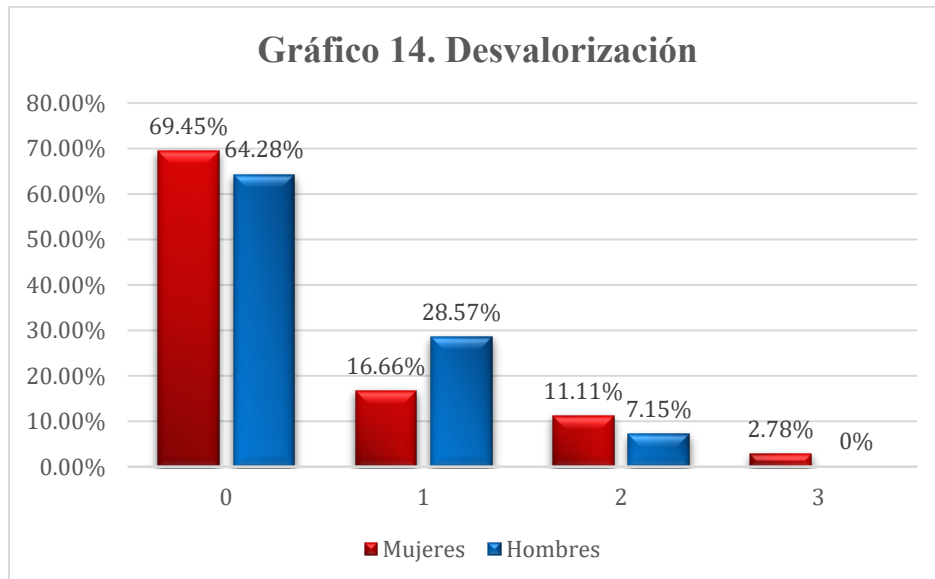


Gráfico 14. De la población total de 50 pacientes adultos mayores (36 mujeres y 14 hombres) 69.45% de las mujeres y 64.28% de los hombres se sienten valiosos, 16.66% de las mujeres y 28.57% de los hombres se sienten menos útiles que antes, 11.11% de las mujeres y 7.15% de los hombres se sienten menos valiosos que otros y 2.78% de las mujeres siente que no vale nada.

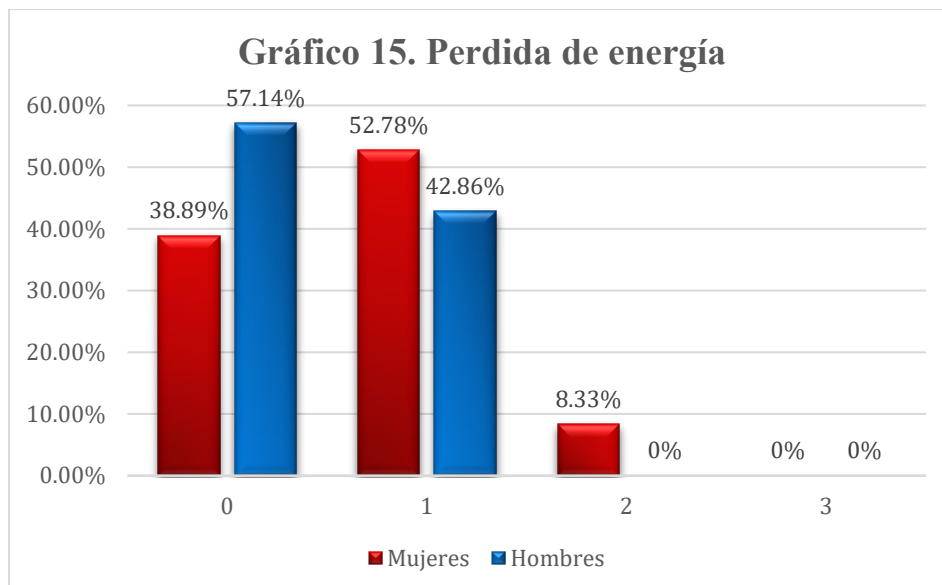


Gráfico 15. De la población total de 50 pacientes adultos mayores (36 mujeres y 14 hombres) 38.89% de las mujeres y 57.14% de los hombres tienen tanta energía como antes, 52.78% de las mujeres y 42.86% de los hombres tienen menos energía que antes y 8.33% de las mujeres no tienen energía suficiente para hacer nada.

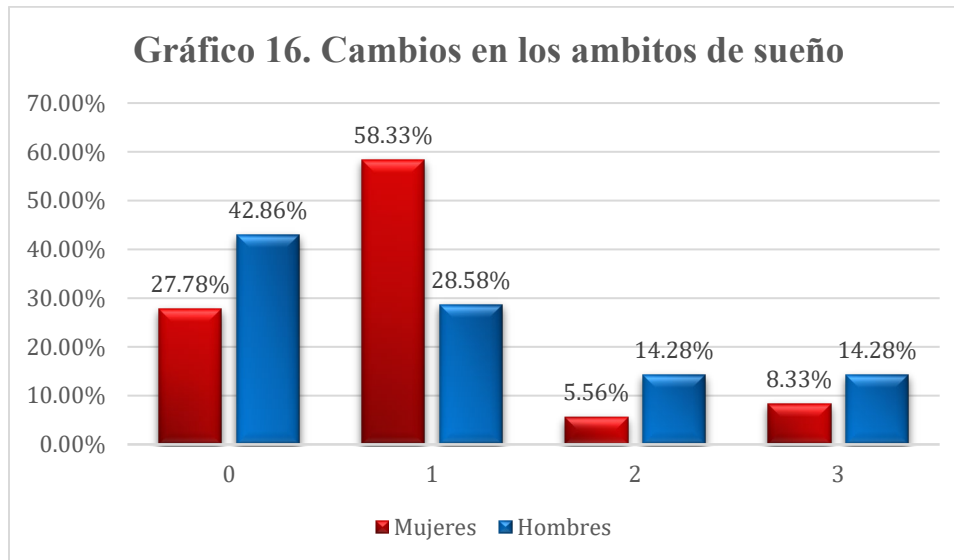


Gráfico 16. De la población total de 50 pacientes adultos mayores (36 mujeres y 14 hombres) 27.78% de las mujeres y 42.86% de los hombres no tienen cambio en su sueño, 58.33% de las mujeres y 28.58% de los hombres duermen un poco menos de los habitual, 5.56% de las mujeres y 14.28% de los hombres duermen mucho menos y 8.33% de las mujeres y 14.28% de los hombres duermen la mayor parte del día.

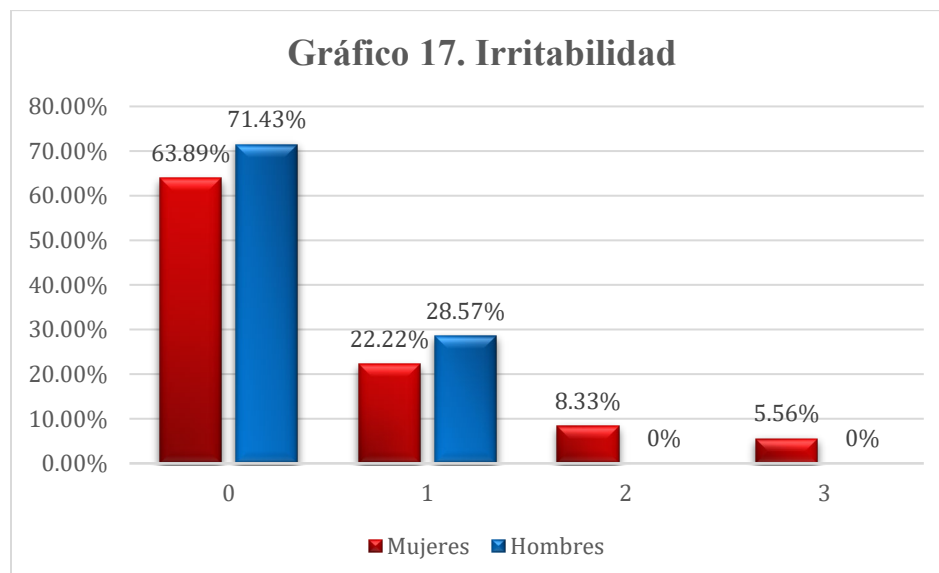


Gráfico 17. De la población total de 50 pacientes adultos mayores (36 mujeres y 14 hombres) 63.89% de las mujeres y 71.43% de los hombres no están más irritables de lo normal, 22.22% de las mujeres y 28.57% de los hombres están más irritables de lo normal, 8.33% de las mujeres están mucho más irritables y 5.56% de las mujeres se sienten irritables todo el tiempo.

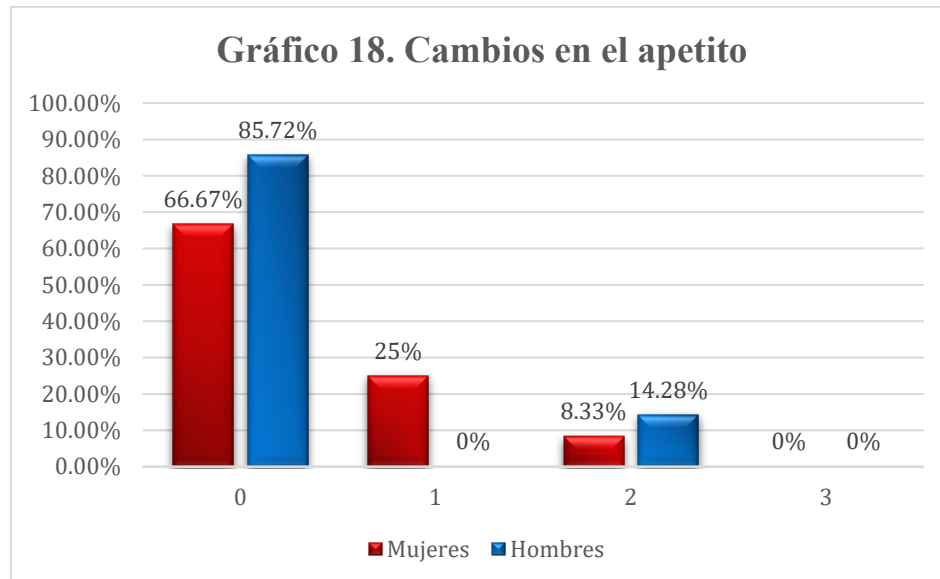


Gráfico 18. De la población total de 50 pacientes adultos mayores (36 mujeres y 14 hombres) 66.67% de las mujeres y 85.72% de los hombres no tienen cambios en apetito, 25% de las mujeres se sienten con menos apetitos, 8.33% de las mujeres y 14.28% de los hombres tienen mucho menos apetito.

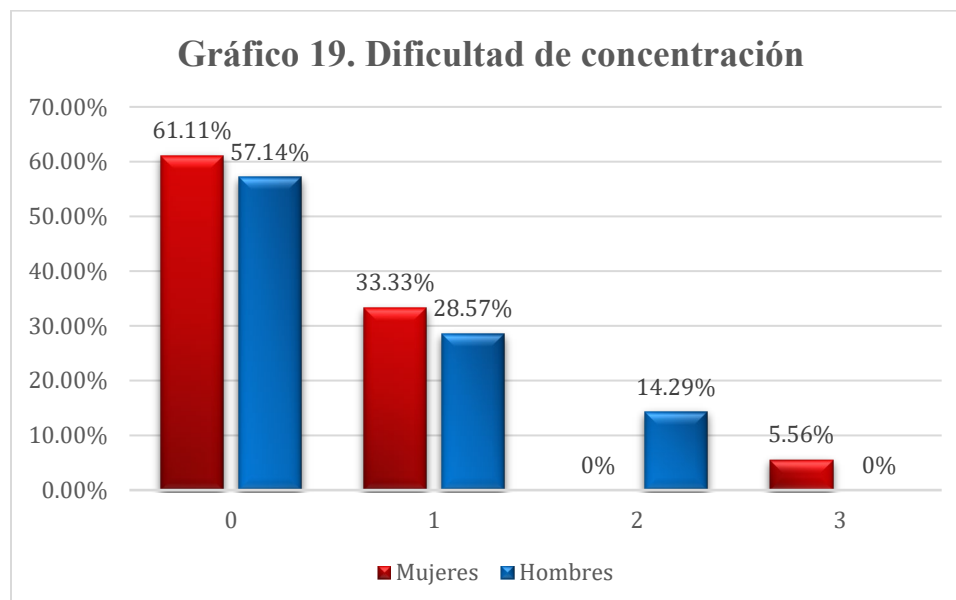


Gráfico 19. De la población total de 50 pacientes adultos mayores (36 mujeres y 14 hombres) 61.11% de las mujeres y 57.14% hombres se concentran igual, 33.33% de las mujeres y 28.57% de los hombres no se concentran tan bien como antes, 14.29% de los hombres sienten dificultad para concentrarse y 5.56% de las mujeres no pueden concentrarse en nada.

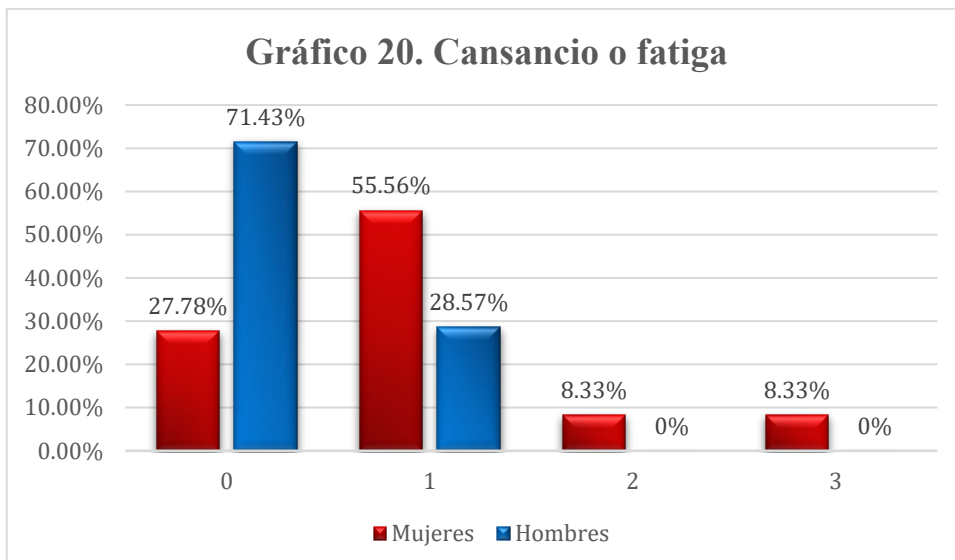


Gráfico 20. De la población total de 50 pacientes adultos mayores (36 mujeres y 14 hombres) 27.78% de las mujeres y 71.43% de los hombres no se sienten cansados, 55.56% de las mujeres y 28.57% de los hombres se sienten más rápidamente cansados, 8.33% de las mujeres están muy cansadas para hacer muchas cosas y 8.33% de las mujeres están muy cansadas para hacer la mayoría de las cosas que hacían antes.

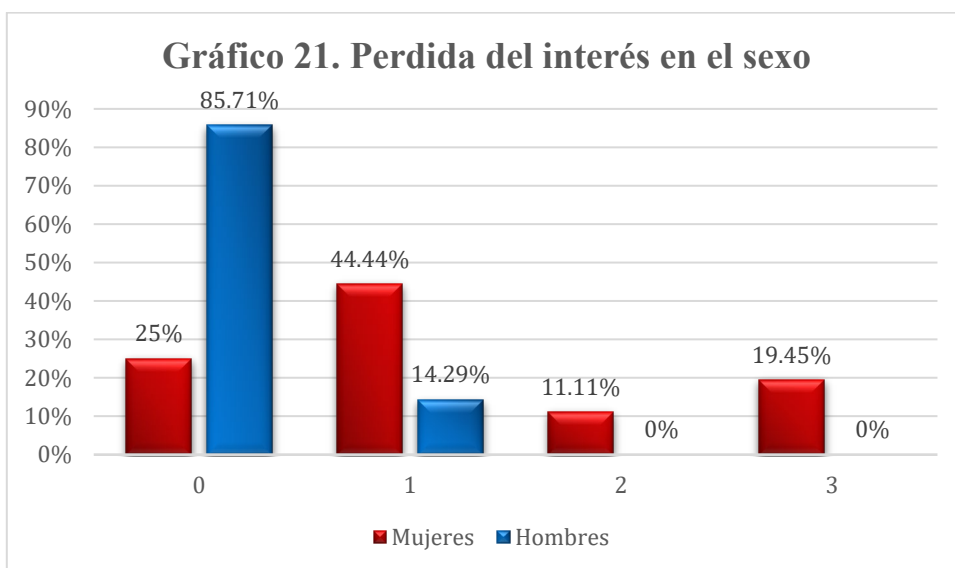
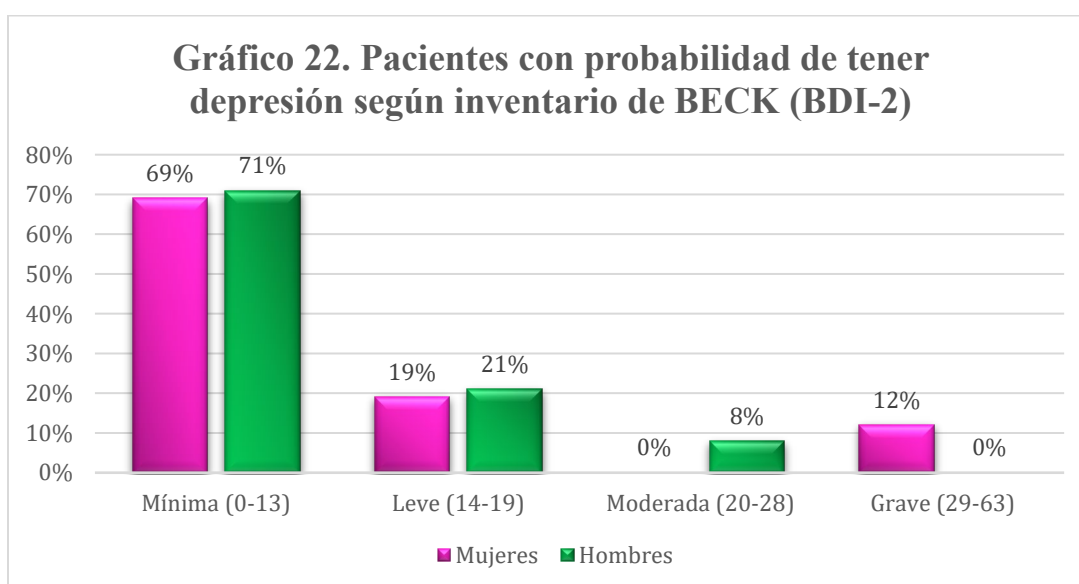


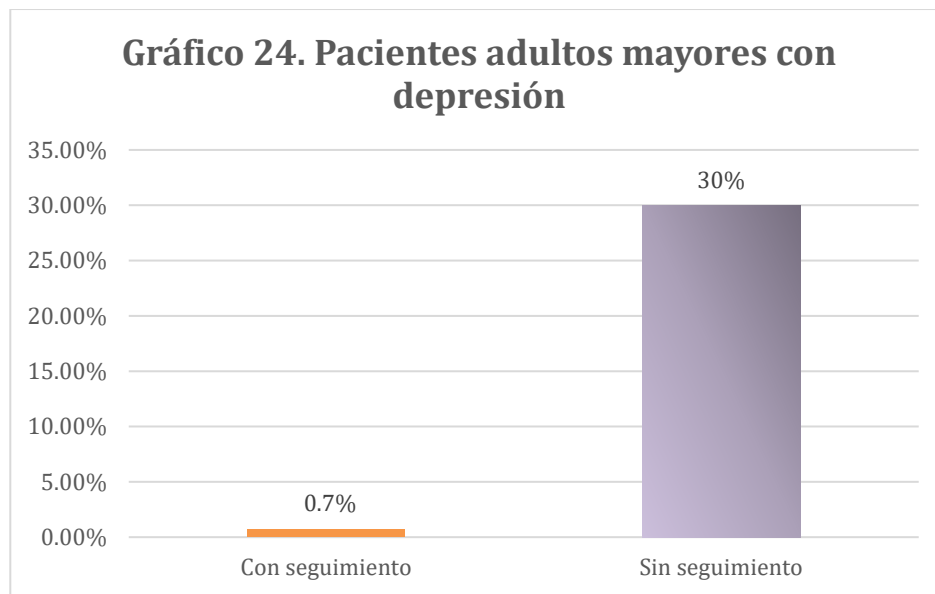
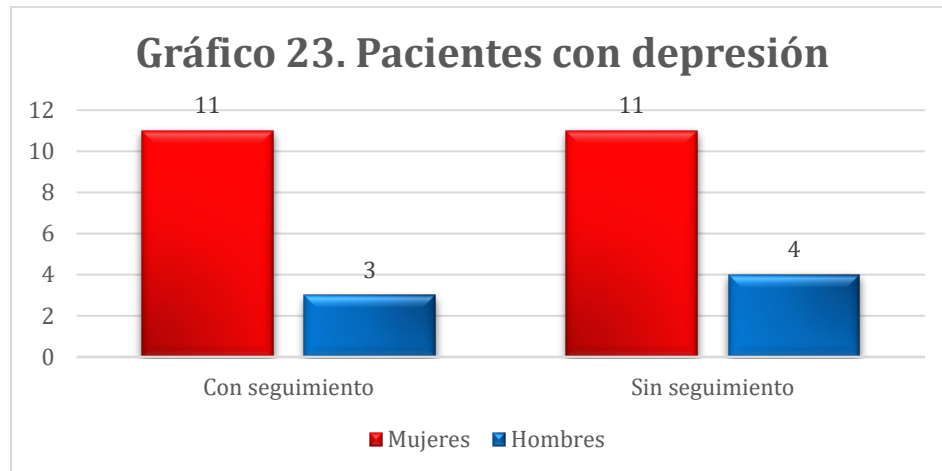
Gráfico 21. De la población total de 50 pacientes adultos mayores (36 mujeres y 14 hombres) 25% de las mujeres y 85.71% de los hombres no han perdido interés por el sexo, 44.44% de las mujeres y 14.29% de los hombres se sienten menos interesados en el sexo que antes, 11.11% de las mujeres están mucho menos interesadas en el sexo y 19.45% de las mujeres perdieron interés en el sexo.

Grados de depresión	Mujer	Hombre
Minima (0-13)	25	10
Leve (14-19)	7	3
Moderada (20-28)	0	1
Grave (29-63)	4	0
TOTAL	36	14

En la tabla 3, se desglosa la clasificación de los pacientes según el total de puntos obtenidos y lo que esto representa según en inventario de Beck. A continuación, se presenta en grafica de barras los resultados de la tabla.



Como se observa en la gráfica 22, 69% de las mujeres y 71% de los hombres pacientes adultos mayores tienen la mínima probabilidad de padecer depresión, 19% de las mujeres y 21% de los hombres pacientes adultos mayores tienen una probabilidad de padecer depresión leve, 8% de los hombres pacientes adultos mayores tienen una probabilidad de padecer depresión moderada y 12% de las mujeres pacientes adultas mayores tienen probabilidad de padecer depresión grave.



El gráfico 23 y 24 demuestra la comparación entre pacientes con diagnóstico de depresión y que ya cuentan con seguimiento por parte de psicología y los pacientes que fueron detectados por la aplicación de la bitácora de Beck BDI-2 y que no se conocían con el diagnóstico de depresión y por ende no llevan ningún tipo de control. Tomando en cuenta la cantidad de pacientes adultos mayores que acuden a consulta al centro de salud y nuestra muestra de 50 pacientes en porcentaje de detección se ve una gran diferencia entre un 0.7% y un 30 % respectivamente.

CONCLUSION

Este trabajo se realizó para demostrar que la depresión es un tema serio que lo pueden experimentar los pacientes en todas las etapas de la vida y el adulto mayor se encuentra descuidado en cuanto a la prevención e información sobre la salud mental, se demuestra que al buscar activamente pacientes con un método ya descrito, con los ítems necesarios mínimos y que no lleve mucho tiempo para ser un complemento en la consulta médica es beneficioso para los pacientes en cuanto a la prevención, diagnóstico temprano y con una mayor posibilidad de tener el tratamiento oportuno y evitar así complicaciones. El inventario de Beck (BDI-2) es uno de los instrumentos más utilizados para la medición de la depresión, con un tiempo de aplicación corto y que podría ser utilizado en la consulta general como una forma de complementar la consulta hacia los pacientes, incluso se pudo apreciar con algunos pacientes que el hecho de aplicarlo les ayuda a hablar de sus sentimientos reprimidos y a nosotros como médico esto nos ayuda para establecer una mejor relación médico-paciente, nos ayuda para brindar una mejor calidad de vida y ayudarles con algún tipo de duelo que estén llevando. Con los resultados obtenidos se detectaron 15 pacientes que deberían ser canalizados al área de psicología para prevenir o tratar este proceso de depresión por el que pueden estar pasando. En comparación con los 14 pacientes o 0.7% de la población adulta mayor que se encuentran ya siendo evaluados por psicología los cuales han sido detectados en 10 meses, con ayuda del inventario de Beck se detectaron 15 pacientes de un total de 50 pacientes en 3 meses, es decir 30% de la muestra, demostrando que una búsqueda del estado de salud mental de los pacientes ayuda para una canalización temprana y un tratamiento oportuno. De igual forma este trabajo nos puede orientar hacia donde se dirigen los signos y síntomas más comunes que la población de adultos mayores está cursando (perdida de energía, cambios de hábito de sueño y cansancio o fatiga) para poder ofrecer el mejor tratamiento personalizado y que sea beneficioso para los pacientes.

BIBLIOGRAFÍA

- Avenevoli S, Swendsen J, He JP, Burstein M, Merikangas KR. Major depression in the national comorbidity survey-adolescent supplement: prevalence, correlates, and treatment. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2015;54(1):37-44 e2.
- Botto, A., Acuña, J., & Jiménez, J. P. (2014). La depresión como un diagnóstico complejo: Implicancias para el desarrollo de recomendaciones clínicas. *Revista médica de Chile*, 142(10), 1297–1305.
- Depresión y otros trastornos mentales comunes. Estimaciones sanitarias mundiales. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 2017. Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
- Calderon M. Diego (2018). Epidemiology of depression in the elderly. *Rev Med Hered*; 29: 182-191.
- Estupiñá, F., Labrador, F. J. y García-Vera, M. P. (2012). A study of patients who go to a psychology clinic seeking treatment. *Spanish Journal of Psychology*; 15: 275-285.
- INEGI, Encuesta Nacional sobre Salud y Envejecimiento en México (ENASEM) y Encuesta de Evaluación Cognitiva, 2021 (inegi.org.mx)
- Levine HB (2003). Como sabes, depresión. *J Lesbian Stud*;7(3):75-79. doi: 10.1300/J155v07n03_06. PMID: 24816055.
- Logan, J. M., & Cobb, R. J. (2016). Benefits of Capitalization in Newlyweds: Predicting Marital Satisfaction and Depression Symptoms. *Journal Of Social And Clinical Psychology*, 35(2), 87-106.
- Magnil M, Janmarker L, Gunnarsson R, Björkelund C. Course, (2013) risk factors and prognostics factors in elderly Primary Health Care; 31:20-25.
- M, D. C. (2018). Epidemiología de la depresión en el adulto mayor. *Revista Médica Herediana*, 29(3), 182.
- Mitjams M, Arias B (2012). La genética de la depresión: ¿Qué información aportan las nuevas aproximaciones metodológicas? *Actas Esp Psiquiatr*; 40(2):70- 83.

- Moreno, M. P., Beltrán, C. A., Alfaro, N. A., & Roaf, P. M. (2001). Prevalencia de depresión en adultos mayores en población urbana. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 36(3), 140-144.
- Sanz, J. y García-Vera, M. P. (2013). Rendimiento diagnóstico y estructura factorial del Inventario de depresión de Beck-II (BDI-II). *Anales de Psicología*, 29, 66-75.
- Sotelo-Alonso I, Rojas-Soto JE, Sánchez-Arenas C, Irigoyen-Coria A (2012). Depresión en el adulto mayor: una perspectiva clínica y epidemiológica desde el primer nivel de atención. *Arch Med Fam*; 14(5):5-13.
- Whittaker, R. (2012). Universal Depression Prevention via Mobile Phones. *Journal Of Mobile Technology In Medicine*, 1(4S), 4.

ANEXOS

Inventario de Depresión de Beck (BDI-2)

Nombre:.....Estado Civil..... Edad:..... Sexo.....
 Ocupación Educación:.....Fecha:.....

Instrucciones: Este cuestionario consta de 21 grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada uno de ellos cuidadosamente. Luego elija uno de cada grupo, el que mejor describa el modo como se ha sentido **las últimas dos semanas, incluyendo el día de hoy**. Marque con un círculo el número correspondiente al enunciado elegido. Si varios enunciados de un mismo grupo le parecen igualmente apropiados, marque el número más alto. Verifique que no haya elegido más de uno por grupo, incluyendo el ítem 16 (cambios en los hábitos de Sueño) y el ítem 18 (cambios en el apetito)

1. Tristeza

- 0 No me siento triste.
- 1 Me siento triste gran parte del tiempo.
- 2 Me siento triste todo el tiempo.
- 3 Me siento tan triste o soy tan infeliz que no puedo soportarlo.

2. Pesimismo

- 0 No estoy desalentado respecto del mi futuro.
- 1 Me siento más desalentado respecto de mi futuro que lo que solía estarlo.
- 2 No espero que las cosas funcionen para mí.
- 3 Siento que no hay esperanza para mi futuro y que sólo puede empeorar.

3. Fracaso

- 0 No me siento como un fracasado.
- 1 He fracasado más de lo que hubiera debido.
- 2 Cuando miro hacia atrás, veo muchos fracasos.
- 3 Siento que como persona soy un fracaso total.

4. Pérdida de Placer

- 0 Obtengo tanto placer como siempre por las cosas de las que disfruto.
- 1 No disfruto tanto de las cosas como solía hacerlo.
- 2 Obtengo muy poco placer de las cosas que solía disfrutar.
- 3 No puedo obtener ningún placer de las cosas de las que solía disfrutar.

5. Sentimientos de Culpa

- 0 No me siento particularmente culpable.
- 1 Me siento culpable respecto de varias cosas que he hecho o que debería haber hecho.

- 2 Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo.
- 3 Me siento culpable todo el tiempo.

6. Sentimientos de Castigo

- 0 No siento que este siendo castigado
- 1 Siento que tal vez pueda ser castigado.
- 2 Espero ser castigado.
- 3 Siento que estoy siendo castigado.

7. Disconformidad con uno mismo.

- 0 Siento acerca de mí lo mismo que siempre.
- 1 He perdido la confianza en mí mismo.
- 2 Estoy decepcionado conmigo mismo.
- 3 No me gusto a mí mismo.

8. Autocrítica

- 0 No me critico ni me culpo más de lo habitual
- 1 Estoy más crítico conmigo mismo de lo que solía estarlo
- 2 Me critico a mí mismo por todos mis errores
- 3 Me culpo a mí mismo por todo lo malo que sucede.

9. Pensamientos o Deseos Suicidas

- 0 No tengo ningún pensamiento de matarme.
- 1 He tenido pensamientos de matarme, pero no lo haría
- 2 Querría matarme
- 3 Me mataría si tuviera la oportunidad de hacerlo.

10. Llanto

- 0 No lloro más de lo que solía hacerlo.
- 1 Lloro más de lo que solía hacerlo
- 2 Lloro por cualquier pequeñez.
- 3 Siento ganas de llorar pero no puedo.

11. Agitación

- 0 No estoy más inquieto o tenso que lo habitual.
- 1 Me siento más inquieto o tenso que lo habitual.
- 2 Estoy tan inquieto o agitado que me es difícil quedarme quieto
- 3 Estoy tan inquieto o agitado que tengo que estar siempre en movimiento o haciendo algo.

12. Pérdida de Interés

- 0 No he perdido el interés en otras actividades o personas.
- 1 Estoy menos interesado que antes en otras personas o cosas.
- 2 He perdido casi todo el interés en otras personas o cosas.
- 3. Me es difícil interesarme por algo.

13. Indecisión

- 0 Tomo mis propias decisiones tan bien como siempre.
- 1 Me resulta más difícil que de costumbre tomar decisiones
- 2 Encuentro mucha más dificultad que antes para tomar decisiones.
- 3 Tengo problemas para tomar cualquier decisión.

14. Desvalorización

- 0 No siento que yo no sea valioso
- 1 No me considero a mi mismo tan valioso y útil como solía considerarme
- 2 Me siento menos valioso cuando me comparo con otros.
- 3 Siento que no valgo nada.

15. Pérdida de Energía

- 0 Tengo tanta energía como siempre.
- 1. Tengo menos energía que la que solía tener.
- 2. No tengo suficiente energía para hacer demasiado
- 3. No tengo energía suficiente para hacer nada.

16. Cambios en los Hábitos de Sueño

- 0 No he experimentado ningún cambio en mis hábitos de sueño.
- 1^a. Duermo un poco más que lo habitual.
- 1b. Duermo un poco menos que lo habitual.
- 2a Duermo mucho más que lo habitual.
- 2b. Duermo mucho menos que lo habitual
- 3^a. Duermo la mayor parte del día
- 3b. Me despierto 1-2 horas más temprano y no puedo volver a dormirme

17. Irritabilidad

- 0 No estoy tan irritable que lo habitual.
- 1 Estoy más irritable que lo habitual.
- 2 Estoy mucho más irritable que lo habitual.
- 3 Estoy irritable todo el tiempo.

18. Cambios en el Apetito

- 0 No he experimentado ningún cambio en mi apetito.
- 1^a. Mi apetito es un poco menor que lo habitual.
- 1b. Mi apetito es un poco mayor que lo habitual.
- 2a. Mi apetito es mucho menor que antes.
- 2b. Mi apetito es mucho mayor que lo habitual
- 3^a. No tengo apetito en absoluto.
- 3b. Quiero comer todo el día.

19. Dificultad de Concentración

- 0 Puedo concentrarme tan bien como siempre.
- 1 No puedo concentrarme tan bien como habitualmente
- 2 Me es difícil mantener la mente en algo por mucho tiempo.
- 3 Encuentro que no puedo concentrarme en nada.

20. Cansancio o Fatiga

0 No estoy más cansado o fatigado que lo habitual.

1 Me fatigo o me canso más fácilmente que lo habitual.

2 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer muchas de las cosas que solía hacer.

3 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer la mayoría de las cosas que solía hacer.

21. Pérdida de Interés en el Sexo

0 No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo.

1 Estoy menos interesado en el sexo de lo que solía estarlo.

2 Estoy mucho menos interesado en el sexo.

3 He perdido completamente el interés en el sexo.

Puntaje Total:
