



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO**

**Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la
Fuente Muñiz**

**TRAYECTORIA DE LA SINTOMATOLOGÍA
DEPRESIVA EN ADULTOS MAYORES,
EXPLORACIÓN A TRES AÑOS**

Facultad de Medicina



TESIS

QUE PARA OBTENER EL:
TÍTULO DE ESPECIALISTA
EN:
PSIQUIATRÍA

PRESENTA:
CAMPOS JIMÉNEZ AIRAM DE LOS ANGELES

TUTOR DE TESIS TEÓRICO
DRA. ANA LUISA SOSA ORTIZ

TUTOR DE TESIS METODOLÓGICO
DR. RICARDO OROZCO ZAVALA

ASESOR PRINCIPAL
DR. GILBERTO ISAAC ACOSTA CASTILLO



**INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA
RAMÓN DE LA FUENTE MUÑIZ**

Ciudad Universitaria, CD. MX. Septiembre, 2022



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Contenido

INTRODUCCIÓN	3
MARCO TEÓRICO	5
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA A INVESTIGAR Y JUSTIFICACIÓN	9
PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN.....	9
HIPÓTESIS.....	9
OBJETIVO GENERAL	9
OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	9
HIPÓTESIS.....	10
METODOLOGÍA	10
PROCEDIMIENTO	13
VARIABLES.....	15
ANÁLISIS ESTADÍSTICO.....	21
CONSIDERACIONES ÉTICAS	21
RESULTADOS.....	23
DISCUSIÓN.....	29
CONCLUSIONES	30
REFERENCIAS.....	31

INTRODUCCIÓN

El estudio de la depresión en adultos mayores (AM) ha adquirido una importancia crítica, ya que se clasifica como el segundo trastorno mental más común en todo el mundo, superado solo por la demencia. Según las estimaciones, para 2030, la depresión habrá aumentado al primer lugar en la carga mundial de la enfermedad, representando el 6% del total de años de vida ajustados por discapacidad (Prince, Patel, et al., 2007). La prevalencia actual de depresión clínica entre los AM fluctúa entre 1% y 9%, produciendo un alto impacto en la calidad de vida, la percepción de la salud, la funcionalidad, la aparición de comorbilidad y la productividad económica. (Sosa-Ortiz & Acosta-Castillo, 2015)

En 2005, la prevalencia de depresión clínica en México se estimó en 5% y 9,5% entre hombres y mujeres, respectivamente. Junto con el trastorno depresivo mayor, los síntomas depresivos han atraído considerable atención de las iniciativas de salud pública. Si bien comparten una serie de explicaciones etiológicas probables con la depresión clínica y se han asociado directamente con la mortalidad y el suicidio en este grupo de edad, y se estima que su prevalencia eventualmente puede afectar a cuatro veces más individuos que la depresión clínica. En el caso de México, la prevalencia de depresión subclínica en los AM mayores de 65 años, usando el Geriatric Mental State- Automated Geriatric Examination for Computer Assisted Taxonomy (GMS-AGECAT), se estimó en 31.9% y 32.2% en áreas urbanas y rurales, respectivamente, lo que es más del doble de la prevalencia estimada utilizando los criterios DSM-IV o ICD-10.

Varios estudios han analizado los aspectos individuales y contextuales de la depresión en una variedad de poblaciones de AM, y la literatura identifica los siguientes factores de riesgo: ser mujer, duelo como resultado de un evento vital significativo, especialmente la pérdida de una pareja, limitaciones funcionales, existencia de un episodio depresivo previo, dolor físico, presencia de otras patologías, una red de apoyo social inadecuada, un bajo nivel educativo, vivir solo,

aislamiento social, una percepción de atención inadecuada, acceso limitado a servicios de salud y, especialmente, situación económica precaria. Por otro lado, con respecto a los factores contextuales, se ha observado que la desventaja socioeconómica y, en general, las diferentes medidas de pobreza y privación con respecto al lugar de residencia (vecindario, comunidad o localidad) se correlacionan con la depresión en adultos en general y, en particular , en AM.

MARCO TEÓRICO

La transición demográfica y el envejecimiento poblacional

La transición demográfica actual consiste en el cambio de la composición de la población, en los que predominan niveles elevados tanto de fecundidad como de mortalidad, a otros en los que ambos fenómenos presentan niveles bajos y controlados. En conjunto, estos cambios modifican gradualmente el volumen y la estructura de los diferentes grupos de edad. México ha seguido el patrón típico de los países desarrollados, lo que ha propiciado el envejecimiento de la población. (González-González, 2010)

En los últimos 50 años, el envejecimiento poblacional ha aumentado en todo el mundo, incluyendo países de bajo y mediano ingreso económico como lo es México, y las estimaciones indican que este se continuará presentando incluso de manera más acelerada. En las próximas décadas, la proporción de adultos mayores en el mundo se duplicará, pasando de representar el 12% en 2015 al 25% para el 2050; dicho cambio poblacional se acompañará también de una transición epidemiológica caracterizada por la preponderancia de enfermedades crónicas, entre las que ocupan un lugar importante las enfermedades mentales. (Beard et al., 2015) Actualmente, cerca del 20% de los AM padecen algún problema de salud mental y estos trastornos representan el 28% del total de años de vida ajustados por discapacidad en este grupo de edad. (Prince, Patel, et al., 2007).

El proceso de envejecimiento, antes mencionado, es profundamente heterogéneo, con grandes variaciones en los dominios de funcionamiento físico, social y psicológico de los individuos a lo largo del curso de la vida. (Cosco et al., 2017)

En el plano biológico, el envejecimiento está asociado con la acumulación de una gran variedad de daños moleculares y celulares. Con el tiempo, estos daños reducen gradualmente las reservas fisiológicas, aumentan el riesgo de enfermedades y disminuyen en general la capacidad del individuo; sin embargo,

estos cambios no son ni lineales ni uniformes, y no son consecuencia exclusiva de la edad de una persona. (Steves et al., 2012) (Campisi et al., 2019)

Depresión en adultos mayores

A la fecha, el diagnóstico de depresión se realiza siguiendo los criterios de manuales estandarizados, resultando problemáticos cuando se emplean con adultos mayores debido a que ciertas enfermedades médicas pueden enmascarse en síntomas similares a los de la depresión o viceversa, y por ello no es fácil establecer la fuente causal de los síntomas ni un diagnóstico único (Bastidas Bilbao, 2014). De igual manera, se ha observado que ciertas condiciones de salud tales como la enfermedad de Parkinson, infartos, eventos cerebrovasculares, trastornos endocrinos, diabetes, enfermedad pulmonar crónica, enfermedades infecciosas, etc.(Unsar & Sut, 2010) (Mitchell & Harvey, 2014), así como, algunos medicamentos como las benzodiacepinas, los antihipertensivos, los anticancerígenos, entre otros, pueden promover el desarrollo de depresión en momentos posteriores, o incrementar la severidad de síntomas depresivos ya presentes. (Unützer, 2002)

Varios estudios han mostrado que los AM son significativamente menos propensos que los más jóvenes a reconocer los síntomas depresivos, ya que éstos suelen ser atribuidos al envejecimiento normal o a una enfermedad física, y que tanto los pacientes como sus médicos tienden a ver la depresión como un problema “esperado” o “común”, en lugar de reconocerlo como una enfermedad que amerita tratamiento. (Alexopoulos et al., 2005; Rodda et al., 2011)

En las principales clasificaciones diagnósticas vigentes, es decir, la décima edición de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) y la quinta edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5, por sus siglas en inglés), no existe un apartado o especificador para la depresión en los AM.

Factores asociados a la incidencia de la depresión en AM

Varios estudios han analizado los aspectos individuales y contextuales de la depresión en una variedad de poblaciones de AM, y la literatura identifica los siguientes factores de riesgo: ser mujer, duelo como resultado de un evento vital significativo, especialmente la pérdida de una pareja, limitaciones funcionales, existencia de un episodio depresivo previo, dolor físico, presencia de otras patologías, una red de apoyo social inadecuada, un bajo nivel educativo, vivir solo, aislamiento social, una percepción de atención inadecuada, acceso limitado a servicios de salud y, especialmente, situación económica precaria (Brewster et al., 2018; Khalaila, 2016). Por otro lado, con respecto a los factores contextuales, se ha observado que la desventaja socioeconómica y, en general, las diferentes medidas de pobreza y privación con respecto al lugar de residencia (comunidad o localidad) se correlacionan con la depresión en adultos en general y, en particular, en AM (Brewster et al., 2018; Fernández Viadero et al., 2020)

Trayectorias de la depresión

En cada individuo, los síntomas depresivos no siguen un curso único, éste depende de una combinación entre factores de riesgo y factores que contribuyen a la perpetuación de estos (Musliner et al., 2016). En estudios poblacionales, se ha comprobado que a pesar de que los individuos pueden integrarse en grupos más o menos homogéneos, pueden experimentar diferentes trayectorias en el curso de los síntomas depresivos (Montagnier et al., 2014). Por ejemplo, las personas con síntomas depresivos clínicamente relevantes pueden experimentarlos de forma transitoria y experimentar una remisión completa. Otras personas pueden sufrir una remisión parcial solamente. Sin embargo, otros pueden experimentar varias recurrencias repetidas de síntomas a lo largo de la vida con períodos intermitentes de salud, mientras que una minoría puede deprimirse crónicamente (Carrière et al., 2017).

Los efectos de la depresión en los AM, hacen que sea importante lograr un diagnóstico y comenzar el tratamiento rápidamente, pero más de la mitad de las personas no responden al tratamiento farmacológico inicial, y la remisión de la

depresión se logra en solo un tercio de los adultos mayores tratados con un antidepresivo o terapia cognitivo conductual (Kok & Reynolds III, 2017). En este grupo de edad, se han postulado múltiples hipótesis en donde se investiga acerca de los mecanismos que subyacen y que pueden predecir los distintos rumbos que puede tomar la sintomatología y respuesta al tratamiento; por ejemplo, se ha identificado que el síndrome depresivo representa la expresión clínica de disfunción en las redes de recompensa, saliencia y cognición; factores genéticos asociados al envejecimiento y fisiopatología relacionada con comorbilidades subyacentes como procesos inflamatorios, enfermedad vascular y acumulación de amiloide (Alexopoulos, 2019).

De los factores modificadores de la enfermedad, se han tomado en cuenta comorbilidades como el uso de sustancias, ansiedad y afecciones médicas crónicas o discapacitantes. Aunque las mujeres tienen más probabilidades de tener episodios depresivos, no hay evidencia de que los síntomas, el curso o la respuesta al tratamiento varíen según el sexo. (*Diagnostic and statistical manual of mental disorders : DSM-IV*, n.d.)

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA A INVESTIGAR Y JUSTIFICACIÓN

La presentación atípica de los síntomas depresivos en los adultos mayores en comparación con otros grupos de edad, es de gran importancia ya que su evolución, así como la de otros padecimientos, muestra una amplia heterogeneidad.

La relación de la sintomatología depresiva con exposición a diferentes factores de riesgo a lo largo de la vida, destacan la importancia de estudiar las trayectorias de los síntomas depresivos y depresión en adultos mayores.

Estudiar el curso de la sintomatología depresiva permitirá identificar aquellos pacientes en riesgo de desarrollar depresión clínica o en el caso del desenlace más adverso, poder prevenir uno de los factores más importantes para la mortalidad en este grupo de edad.

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cómo los determinantes sociales y de salud modifican la trayectoria de síntomas depresivos en adultos mayores, es un seguimiento a tres años?

HIPÓTESIS

La trayectoria de los síntomas depresivos es modificada por los determinantes sociales y de salud en adultos mayores.

OBJETIVO GENERAL

Describir la trayectoria de los síntomas depresivos y cómo es modificada por los determinantes sociales y de salud en adultos mayores.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Describir las características sociodemográficas y clínicas de interés de la muestra en la medición basal.
- Describir la prevalencia de síntomas depresivos clínicamente significativos y depresión clínica en la muestra estudiada en la medición basal.

-Identificar las diferentes trayectorias de los síntomas depresivos clínicamente significativos y depresión clínica a tres años de seguimiento, según el cambio en la estabilidad de la sintomatología.

-Analizar la asociación del grupo de SDCS según su desenlace 1) remisión, 2) transición a DC y 3) fallecimiento, con las características sociodemográficas y clínicas de interés en la evaluación basal.

- Analizar la asociación del grupo de DC según su desenlace 1) remisión o transición a SDCS, 2) fallecimiento, como desenlace más adverso, con las características sociodemográficas y clínicas de interés en la evaluación basal.

HIPÓTESIS

Si la progresión de síntomas depresivos es modificada por características sociodemográficas y de salud, entonces los sujetos en peores condiciones de salud como discapacidad, comorbilidad con otras enfermedades, déficits visuales o auditivos, o aquellos con menor escolaridad, desempleados, residentes de área urbana o con menos contacto social presentarán un incremento en la severidad de la depresión o en la mortalidad.

METODOLOGÍA

Diseño de estudio

El presente trabajo es un análisis secundario de los datos del estudio observacional de base poblacional, de seguimiento en una cohorte fija del Grupo de Investigación en Demencias (GID) 10/66 con sede en México. Tales datos fueron el resultado una la evaluación basal y de seguimiento a tres años del estudio inicial.

Población

De un universo de 2003 participantes en la evaluación basal, se excluyeron a 1437 de los cuales no cumplían con los criterios diagnósticos de depresión (1409 participantes) o no se contaba con datos de depresión (28 participantes). Los

participantes elegibles al inicio de la evaluación fueron 566; sin embargo, únicamente 483 participantes tenían datos de depresión al seguimiento.

Muestra

Se analizaron los datos de 483 participantes, de los cuales se tenían datos del seguimiento a los tres años, de estos, 406 habían presentado SDCS y 77 depresión clínica en la evaluación basal.

Criterios de selección

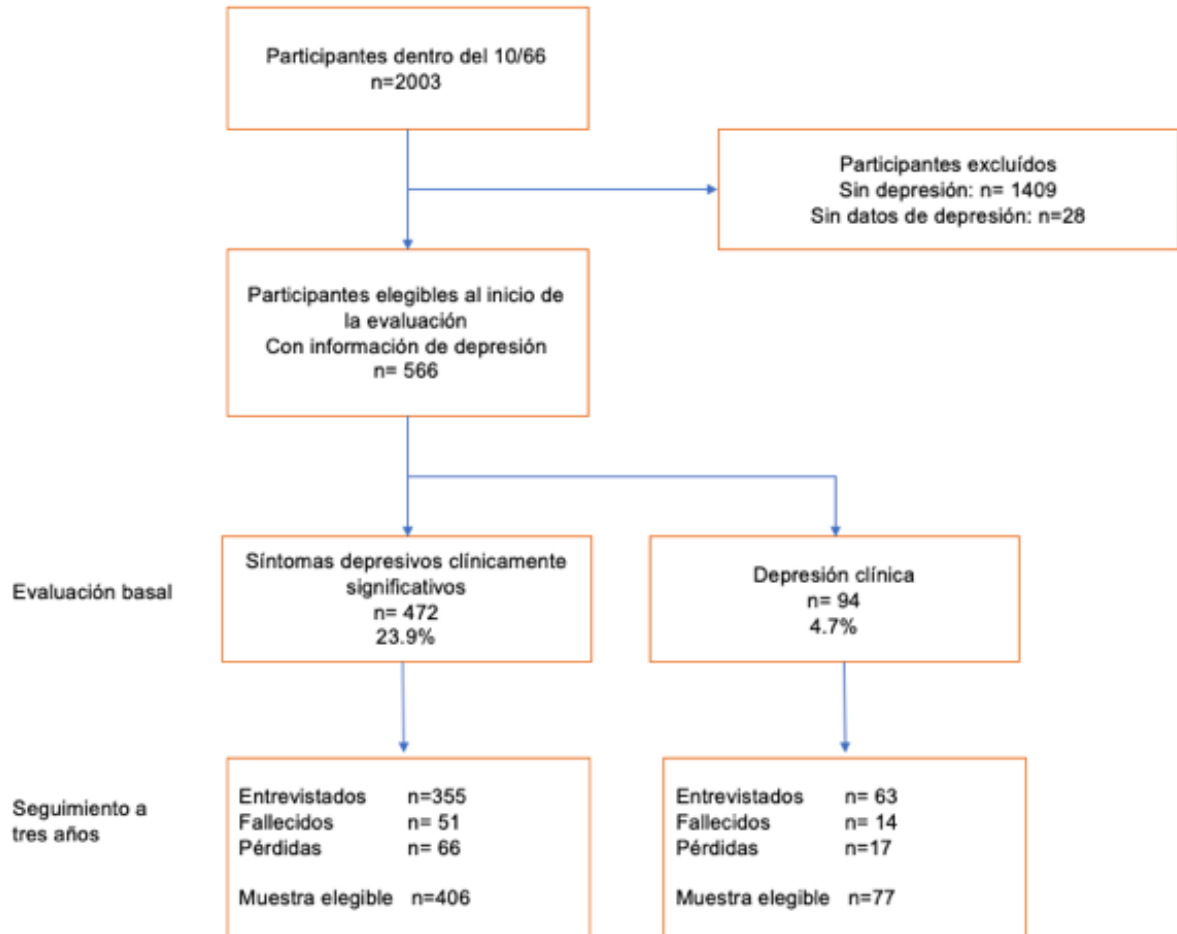
Criterios de inclusión

- Adultos mayores de 65 años y más, residente de las áreas de captación
- Participantes que tengan DC o SDCS en la evaluación basal y se tengan datos de la sintomatología depresiva a los tres años del seguimiento
- Participantes que tengan DC o SDCS en la evaluación basal y se tengan datos de su fallecimiento a los tres años de seguimiento

Criterios de exclusión

- Participantes que no cumplan con los criterios diagnósticos para trastorno depresivo según DSM IV o CIE 10 en la evaluación basal
- Participantes que no cumplan con los criterios diagnósticos para síntomas depresivos clínicamente significativos según EURO-D en la evaluación basal
- Información incompleta en alguna de las fases del seguimiento

Figura 1. Diagrama del estatus de los participantes de la cohorte en la evaluación basal y el seguimiento.



PROCEDIMIENTO

El presente trabajo es un análisis secundario de los datos del estudio de base poblacional, de seguimiento en una cohorte fija del Grupo de Investigación en Demencias (GID) 10/66 con sede en México. Tales datos fueron el resultado de la evaluación basal que se realizó entre 2005 y 2007, y de seguimiento a tres años del estudio inicial.

Grupo de Investigación en Demencias (GID) 10/66

Conjunto de investigadores y clínicos del campo de las demencias, fundado en 1998. Su nombre hace referencia al porcentaje de la investigación epidemiológica a nivel mundial llevada a cabo en países de bajo y mediano ingreso en el campo de las demencias (10.0%) y la cantidad de personas afectadas por esta enfermedad a nivel mundial que vivían en esos países (66.0%), en los años en los que se fundó el grupo.

Es coordinado en Londres por el Kings College y tiene sede en diversos países de ingreso económico medio y bajo, donde realiza estudios poblacionales, entre los que se encuentra India, China, Nigeria, Cuba, Republica Dominicana, Brasil, Venezuela, México, Puerto Rico y Perú.

Población de estudio

Sujetos de 65 años o más que fueron identificados mediante un censo puerta a puerta en dos diferentes áreas de estudio elegidas por ser áreas geográficas de ingreso económico medio y bajo.

Las zonas de reclutamiento urbano fueron seleccionadas por conveniencia, 3 AGEBS (Áreas Geográficas Estadísticas Básicas) en la delegación Tlalpan, y las zonas rurales, en los municipios de Huitzilac y Tepoztlán.

Cálculo de la muestra

El tamaño de la muestra de la evaluación basal se calculó con el objetivo de estimar la prevalencia de demencia, y se estimó con base en una prevalencia de demencia del 4.5%, reportada en la literatura, con un error alfa de 0.05 y una precisión de

$\pm 0.9\%$ para cada área de residencia, misma que permite estimaciones en la muestra total con una precisión del $\pm 1.2\%$. (Rodríguez et al., 2008)

Para los fines de este trabajo, se consideró no realizar un nuevo cálculo de muestra debido a ser un análisis secundario.

Evaluaciones

Las evaluaciones fueron realizadas por personal previamente capacitados en el Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía Manuel Velasco Suárez (INNN). La capacitación se realizó con base en los manuales y material audiovisual diseñado para el entrenamiento en los centros participantes.

Las evaluaciones se llevaron a cabo en el domicilio de los adultos mayores, en espacios proporcionados por las autoridades locales como centros de salud o ayudantías municipales, así como en el INNN en casos excepcionales. Esto dependiendo de la disponibilidad, comodidad y adecuación para hacer las evaluaciones de acuerdo a las necesidades de los participantes.

En todas las evaluaciones, se aplicaron los mismos instrumentos: un cuestionario del hogar, evaluación cognitiva, inventario del estado mental geriátrico, cuestionario sociodemográfico y de factores de riesgo, además de una evaluación física-neurológica general. Además de la participación de los adultos mayores, se realizó una entrevista a un informante o cuidador cercano al mismo, lo que permitió corroborar parte de la información obtenida y tener otra fuente de información.

Instrumentos de medición

Se utilizó el manual del entrevistador del Grupo de Investigación en Demencias 10/66, en todos los instrumentos de estudio, se utilizó el método de traducción-retrotraducción, evaluando su aceptabilidad y su equivalencia conceptual. Las traducciones se realizaron por los investigadores locales de cada centro con fluidez en inglés y en el idioma local.

Para fines del presente estudio, se obtuvieron los datos sociodemográficos y de salud a partir del cuestionario del hogar y el cuestionario sociodemográfico y de factores de riesgo.

Se interrogaron los síntomas depresivos a través del GMS (Geriatric Mental State), el cual es una entrevista clínica que toma de 25 a 40 minutos de duración, los síntomas se determinan con respecto el último mes. Es el instrumento más ampliamente utilizado para la evaluación en personas mayores, la fiabilidad y validez del GMS está demostrada en pacientes hospitalizados y en población abierta. En conjunto con el GMS, se utiliza una herramienta llamada AGE CAT (Automated Geriatric Examination for Computer Assisted Taxonomy), el cual es un algoritmo diagnóstico basado en principios clínicos para la detección de condiciones mentales en personas mayores. El instrumento identifica grupos de síntomas para formar patrones reconocidos por un psiquiatra como enfermedad, y estos los identifica como casos. Posteriormente, los elementos se agregan para generar un diagnóstico de trastorno afectivo según los criterios de la CIE-10 y el DSM-IV. Los puntajes de 3-5 denotan casos probables, de 1 y 2 denotan subcasos y 0 como no relevante o insignificante.

Para identificar los síntomas depresivos clínicamente significativos, se utilizó la escala EURO-D, la cual evalúa 12 ítems (estado de ánimo depresivo, pesimismo, deseo de muerte, culpa, sueño, falta de interés, irritabilidad, apetito, fatiga, concentración, disfrute y llanto), mismos que forman parte del GMS, se genera una escala ordinal con una puntuación máxima de 12, siendo el punto de corte 4 o más síntomas para ser considerado como positivo. (Guerra et al., 2015)

VARIABLES

<i>Variable desenlace (dependiente)</i>				
Nombre	Definición conceptual	Definición operacional e instrumento utilizado	Tipo de variable	Unidad de medición
Trayectoria	Curso que, a lo largo del tiempo, sigue el	Cambio o permanencia de	Cualitativa nominal	1= remisión 2= empeoramiento

	comportamiento o el ser de una persona, de un grupo social o de una institución (RAE)	categoría según los síntomas depresivos clínicamente significativos o diagnóstico de depresión, a través de las dos mediciones del estudio		3= fallecimiento
Síntomas depresivos clínicamente significativos	Estado de ánimo deprimido o pérdida de interés, pero tiene menos de cinco síntomas asociados o no informa una discapacidad significativa (Rodríguez et al., 2012)	Depresión subsindrómica, derivada de la escala EURO-D, (≥ 4 síntomas en la escala EURO-D, pero no cumple con los criterios de la CIE-10) en el último mes	Cualitativa nominal	1= no casos 2= caso probable
Depresión	Alteraciones del estado de ánimo que interfieren en la funcionalidad de los individuos, entre los que se encuentran sentimientos de tristeza, llanto, pérdida de interés, entre otros (First, 1995)	1) Síndrome depresivo en el último mes, identificado mediante el inventario del estado mental geriátrico GMS-AGECAT (Geriatric Mental State-Automatic Geriatric Examination for Computer-Assisted Taxonomy) 2) Episodio depresivo en el último mes, de acuerdo con los criterios de la Clasificación Internacional de Enfermedades (10.a edición)	Cualitativa nominal	1= no casos 2= caso probable

--	--	--	--	--

Principales variables independientes, covariables y confusoras				
Nombre	Definición conceptual	Definición operacional	Tipo de variable	Instrumento y unidad de medición
Edad	Tiempo que ha vivido una persona	Pregunta directa sobre los años cumplidos al momento de la evaluación	Cuantitativa discreta	Registrado en años
Sexo	Condición orgánica, masculina o femenina	Observación del sexo biológico del individuo	Cualitativa nominal	1= Mujer 2= Hombre
Estado civil	Condición de una persona en relación con su filiación o matrimonio	Pregunta directa "¿Cuál es su estado civil?"	Cualitativa nominal	1= Sin pareja 2= Con pareja
Escolaridad	Conjunto de cursos que un estudiante sigue en un establecimiento docente	Número de años de escolaridad concluidos y acreditados al momento de la evaluación	Cualitativa ordinal	1= Ninguna 2= Algunos años, primaria incompleta 3= Primaria completa 4= Secundaria completa 5= Técnica o superior
Área de residencia	Contexto sociocultural específico en que habita un individuo, que cuenta con ciertas características de infraestructura en servicios, salud, alimentación, educación, etc.	Lugar de residencia del adulto mayor	Cualitativa nominal	1= Urbana 2= Rural

Ocupación	Trabajo, empleo, oficio	Ocupación reportada en la evaluación inicial y de seguimiento	Cualitativa nominal	1= retirado 2= trabajo de tiempo completo o medio tiempo 3= en búsqueda de empleo 4=actividades del hogar
Contacto con familiares	Frecuencia en la que convive con familiares cercanos	Pregunta directa “¿Con qué frecuencia ve a cualquiera de sus hijos(as) u otros familiares para platicar o hacer algo?”	Cualitativa ordinal	1= diario 2= al menos una vez a la semana 3= menos de una vez a la semana
Actividades sociales recreativas o religiosas	Actividades que un individuo no realiza por obligación, sino que las lleva a cabo porque le generan placer	Pregunta directa: “¿Asiste a reuniones religiosas/misas? Y ¿Asiste a reuniones de grupos sociales o de la comunidad,tales como clubes, pláticas o algo similar?”	Cualitativa nominal	1= no asiste 2= asiste regularmente 3= asiste ocasionalmente
Hipertensión arterial	Trastorno cuya patogenia se desconoce en muchos casos, que en última instancia causa aumento de la presión diastólica y sistólica, así como alteraciones del lecho vascular y alteraciones funcionales de los tejidos afectados (OMS)	Pregunta directa: “¿Le han dicho alguna vez que tiene hipertensión? (presión alta)”	Cualitativa nominal	0= No 1= Sí

Accidente cerebrovascular	Afección neurológica focal (o a veces general) de aparición súbita, que perdura más de 24 horas (o causa la muerte) y de presunto origen vascular (OMS)	Pregunta directa: "¿Ha tenido alguna vez una embolia o derrame cerebral que necesitara atención médica? ¿Qué sucedió?(Considerar sólo si hay una historia clara de parálisis unilateral de aparición súbita y/o pérdida del habla, y/o ceguera, que durase al menos 2 días)"	Cualitativa nominal	0= No 1= Sí
Evento vascular transitorio	Presencia de síntomas neurológicos focales pero con una duración inferior a 24 horas (OMS)	Pregunta directa: "¿Alguna vez ha tenido debilidad repentina de una extremidad (brazo, pierna), pérdida del habla o ceguera parcial que se mejoró rápidamente, en menos de 1 día? (los médicos algunas veces llaman a estos, accidentes isquémicos transitorios)"	Cualitativa nominal	0= No 1= Sí
Traumatismo craneoencefálico grave	Cualquier lesión física o deterioro funcional del contenido craneal secundario a un intercambio brusco	Pregunta directa: "¿Alguna vez sufrió un golpe fuerte en la cabeza por el que perdió el conocimiento?"	Cualitativa nominal	0= No 1= Sí

	de energía mecánica (OPS)			
Diabetes mellitus	Enfermedad crónica que aparece cuando el páncreas no produce insulina suficiente o cuando el organismo no utiliza eficazmente la insulina que produce (OMS)	Pregunta directa: "¿Alguna vez le han dicho que es diabético(a)?"	Cualitativa nominal	0= No 1= Sí
Caídas	La consecuencia de cualquier acontecimiento que precipita al paciente al suelo en contra de su voluntad, esta precipitación suele ser repentina e involuntaria (OMS)	Pregunta directa: "Durante el último año, ¿se ha caído sin razón aparente?"	Cualitativa ordinal	0= 0-1 caída 1= 2 o más caídas
Dificultad para escuchar o sordera	Incapacidad de oír tan bien como una persona cuyo sentido del oído es normal (OMS)	Pregunta directa: "¿Tiene usted dificultad para escuchar o sordera?"	Cualitativa nominal	0= No 1= Sí
Problemas de la vista	Pérdida total o parcial del sentido de la vista (OMS)	Pregunta directa: "¿Tiene usted problemas de la vista?"	Cualitativa nominal	0= No 1= Sí

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Las medidas descriptivas serán elegidas de acuerdo con el nivel de medición de las variables. Con variables cuantitativas se realizará una prueba de normalidad (Kolmogorov Smirnov); en las variables con distribución normal se reportará media y desviación estándar; en caso contrario se hará el reporte de mediana y rango intercuartil. Para las variables cualitativas se calcularán frecuencias absolutas y relativas.

Se clasificó a los sujetos de acuerdo a la trayectoria que siguieron a los tres años, conformando cuatro grupos en el caso de SDCS: remisión, DC y fallecimiento. En el caso de los sujetos con DC, se conformaron tres grupos al seguimiento: remisión/mejoría y fallecimiento como desenlace más adverso.

Con base en la agrupación previa, se describieron y compararon las características sociodemográficas y clínicas de interés. Se utilizaron medidas de resumen para la descripción de estas características.

Primero, se crearon modelos bivariados con cada variable independiente (factores de riesgo). Posteriormente, se evaluó la asociación de las variables sociodemográficas y de salud con los desenlaces: remisión/mejoría, DC o fallecimiento. Las asociaciones se evaluaron mediante la elaboración de modelos multivariados de riesgos por competencias, donde cada desenlace compitió por la ocurrencia de los otros eventos, se calcularon razones de riesgos proporcionales ajustados (subhazard ratios=subHR) con un intervalo de confianza al 95%. Se realizaron tres diferentes modelos, en donde cada uno se ajustó por las características sociodemográficas y clínicas de interés.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

La aceptación para participar en el estudio se obtuvo mediante el proceso de consentimiento informado, donde el evaluador le explicaba tanto al adulto mayor participante como a su informante, los datos acerca del estudio, así como dejarle una copia del mismo con información de los investigadores principales en caso de tener alguna duda u observación. Se recabó la firma del consentimiento informado por parte del adulto mayor participante, así como de un informante, generalmente el

familiar más cercano. En el caso de las personas analfabetas, proporcionaron su asentimiento verbal en presencia de un testigo. Durante y posterior al levantamiento, la identidad de los participantes fue manejada de manera confidencial. Previo a la realización de las evaluaciones, el protocolo de estudio fue sometido a los comités de investigación y bioética del Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía, así como del Kings College London del Reino Unido(Prince, Ferri, et al., 2007).

Para realizar el análisis estadístico secundario, se solicitó nuevamente aprobación en el Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía, en donde se le otorgó el registro del protocolo 06/22.

RESULTADOS

Se analizaron los datos de 406 participantes con SDCS al inicio del seguimiento. A los tres años, 152 pacientes (37.43%) evolucionaron a la mejoría (remisión total), 162 (39-90%) continuaron con SDCS, 41 transitaron a la DC (10.01%) y 51 (12.57%) fallecieron. Las características sociodemográficas y de salud según su desenlace al seguimiento se muestran en la Tabla 1, no se encontraron diferencias significativas entre los grupos.

El grupo de SDCS se asoció con remisión de la sintomatología, siendo con la depresión clínica y el fallecimiento como desenlaces en competencia. Se muestra que los grupos de 65 a 69 años presentan un subHR 1.6 (IC95%1.0-2.7), así como el grupo de 70-74 años con un subHR de 1.9 (IC95%1.1-3.2). Se muestra una relación estadísticamente significativa en aquellos participantes que viven en el área urbana subHR 1.5 (IC95%1.0-1.2), sin presencia de soledad subHR 1.3 (IC95% 1.0-1.9). El resto de las variables se muestra en la Tabla 2.

Dentro de los participantes con SDCS que transitaron a DC, en donde en los modelos se utilizó la remisión y mortalidad como desenlace en competencia, se identificó que los participantes de 75-79 años presentan un subHR 3.0 (IC95% 1-8.9), así como presentar soledad con un subHR 2.3 (IC95% 1.1-4.6).

Para aquellos participantes con el desenlace más adverso, se muestra que la mortalidad estuvo asociada con una edad de 75-79 años con un subHR 3.2 (IC95% 1.3-7.8), así como los mayores de 80 años con un subHR 4.5 (IC95% 1.9-10.7). Se asoció también con escolaridad de secundaria o más subHR 4.1 (IC95% 1.2-14.7), tener DM2 (cualitativa) con un subHR 2.9 (IC95% 1.6-5.3).

Se analizaron los datos de 77 participantes con DC al inicio del seguimiento. A los tres años, 50 pacientes (64.94%) evolucionaron a la mejoría (remisión total o SDCS), 13 (16.89%) continuaron con depresión y 14 fallecieron (18.18%). Las características sociodemográficas y de salud según su desenlace al seguimiento se

muestran en la Tabla 3, no se encontraron diferencias significativas entre los grupos.

Al momento de analizar el grupo de DC con la remisión de la sintomatología y tomando en cuenta el fallecimiento como condición en competencia. De acuerdo a los diferentes modelos realizados, y en donde se ajustó por edad, sexo y las características previamente significativas, se realizó el modelo de riesgos por competencias en donde se identifica, que ser hombre posee un subHR 1.96 (IC95% 1.04-3.67), asistir a reuniones con un subHR 2.21 (IC95% 1.10-4.44), tener Diabetes Mellitus (cualitativa) subHR 3.13 (IC95% 1.52-6.46), tener dificultad visual subHR 2.93 (IC95% 1.43-6.02) y tener un episodio depresivo previo subHR 2.04 (IC95% 1.05-3.95).

Para transitar al fallecimiento, el grupo de DC, teniendo la remisión como desenlace en competencia, se muestra significativo, tener soledad subHR 6.71 (IC95% 2.48-18.13), tener dolor subHR 8.14 (IC95% 1.35-49.17), presentar demencia subHR 2.99 (IC95% 1.13-7.94) y no presentar algún ingreso subHR 7.11 (IC95% 1.80-28.18).

Tabla 1. Características del grupo con SDCS según su desenlace al seguimiento

		No depresión (remisión)	Estabilidad (síntomas depresivos clínicamente significativos)	Depresión clínica	Fallecidos	Total	valor p
		n=152 37.43%	n=162 39.90%	n=41 10.01%	n=51 12.57%	n=406	
Grupos de edad	65- 69	32.2	25.9	34.2	13.7	27.6	<0.001
	70- 74	31.6	34	24.4	17.7	30.1	
	75- 79	23.7	16.7	31.7	29.4	22.4	
	80 +	12.5	23.5	9.8	39.2	20	
Sexo	Mujer	75	77.2	87.8	70.6	76.6	0.246
	Hombre	25	22.8	12.2	29.4	23.4	
Escolaridad	Ningún año	29.1	32.9	26.8	29.4	30.5	0.349
	Primaria incompleta	47.7	40.4	58.5	54.9	46.8	
	Primaria completa	16.6	21.1	12.2	7.8	16.8	
	Secundaria o más	6.6	5.6	2.4	7.8	5.9	
Estado marital	Sin pareja	50.7	51.9	58.5	47.1	51.5	0.737
	Pareja	49.3	48.2	41.5	52.9	48.5	
Ocupación	Trabaja	17.5	16.4	14.6	12	16	0.998
	Desempleado	10.7	10.1	12.2	12	10.8	
	Hogar	57.7	59.8	61	60	59.2	
	Jubilado	14.1	13.8	12.2	16	14	
Área de residencia	Urbana	62.5	49.4	53.7	52.9	55.2	0.131
	Rural	37.5	50.6	46.3	47.1	44.8	
Asiste a reuniones		26.3	27.2	19.5	9.8	23.9	0.059
Asiste a la iglesia		92.8	91.4	92.7	90.2	91.9	0.93
Hipertensión arterial		50.7	66.1	58.5	52.9	57.9	0.042
Antecedente de ACV		7.2	10.5	4.9	9.8	8.6	0.591
Evento vascular transitorio		7.3	12.4	4.9	5.9	8.9	0.235
Traumatismo craneoencefálico		19.7	21	14.6	11.8	18.7	0.436
Diabetes mellitus (autorreporte)		22.5	23.5	19.5	43.1	25.2	0.017
Diabetes mellitus (cualitativa)		24.8	26.7	15.4	45.5	27	0.014
Soledad		51.3	61.1	73.2	66.7	59.4	0.034
Dolor		41.5	54.3	48.8	49	48.3	0.156
Episodio depresivo previo		23	26.5	26.8	25.5	25.1	0.897
Dificultad auditiva		44.7	51.9	46.3	41.2	47.3	0.47
Dificultad visual		76.3	80.9	78.1	80.4	78.8	0.785
Discapacidad (P90 WHODAS)		7.9	13	12.2	31.4	13.3	<0.001
Demencia		6.6	11.7	4.9	21.6	10.3	0.012
Caídas (>2)		19.4	23.1	25	8.3	20	0.709
Activos o servicios (>4)		19.1	26.5	24.4	27.5	23.7	0.402
Med. por problema mental*		2.7	8.1	2.4	3.9	5	0.123
No tener algún ingreso		17.8	19.8	22	21.6	19.5	0.898
Enfermedades que limitan físicamente	Ninguna	29.6	21	39	21.6	26.1	0.198
	0-1	46.7	47.5	34.2	49	46.1	
	2 o más	23.7	31.5	26.8	29.4	27.8	

Tabla 2. Asociaciones de los SDCS según su desenlace al seguimiento

		Remisión de los SDCS (DC y mortalidad como desenlaces en competencia)		Transición a DC (remisión y mortalidad como desenlaces en competencia)		Transición a fallecimiento (DC y remisión como desenlaces en competencia)	
		Asociaciones simples	Modelo de riesgos por competencias SHR (IC 95%)	Asociaciones simples	Modelo de riesgos por competencias SHR (IC 95%)	Asociaciones simples	Modelo de riesgos por competencias SHR (IC 95%)
Grupos de edad	65- 69	1.7(1.0-2.8)	1.6(1.0-2.7)	2.1(0.7-6.2)	2.3(0.8-6.8)	1(-)	1
	70- 74	1.9(1.1-3.2)	1.9(1.1-3.1)	1.6(0.5-5.0)	1.6(0.5-5.1)	1.2(0.5-3.3)	1.3(0.5-3.6)
	75- 79	1.7(1.0-2.9)	1.6(0.9-2.8)	2.6(0.8-7.9)	3.0 (1-8.9)	2.7(1.1-6.7)	3.2(1.3-7.8)
	80 +	1	1	1(-)		4.4(1.9-10.5)	4.5(1.9-10.7)
Sexo	Mujer	1		2.1(0.8-5.3)		(-)	
	Hombre	1.2(0.9-1.7)		1(-)		1.4(0.8-2.5)	
Escolaridad	Ningún año	1		2.4(0.3-18.0)		2.1(0.7-6.3)	1.6(0.5-5.0)
	Primaria incompleta	1.1(0.8-1.6)		3.6(0.5-24.8)		2.6(0.9-7.3)	2.8(1.0-8.0)
	Primaria completa	1.1(0.7-1.8)		2.1(0.3-17.0)		1	1
	Secundaria o más	1.1(0.6-2.1)		1(-)		3.0(0.8-11.6)	4.1(1.2-14.7)
Estado marital	Sin pareja	1		1.2(0.7-2.3)		(-)	
	Pareja	1.2(0.9-1.6)		(-)		1.2(0.7-2.1)	
Ocupación	Trabaja	1.1(0.8-1.7)		1.0 (0.3-3.2)		(-)	
	Desempleado	1.0(0.6-1.6)		1.3(0.4-4.3)		1.5(0.5-4.7)	
	Hogar	1		1.1(0.5-2.9)		1.4(0.6-3.3)	
	Jubilado	1.2(0.7-1.9)		1(-)		1.6(0.6-4.7)	
Área de residencia	Urbana	1.5(1.1-2.1)	1.5(1.0-1.2)	(-)		(-)	
	Rural	1	1	1.1(0.6-2.0)		1.1(0.6-1.9)	
Asiste a reuniones		1.2(0.8-1.7)		1.3(0.6-2.8)		3.0 (1.2-7.6)	
Asiste a la iglesia		1.1(0.6-2.0)		1.0 (0.3-3.3)		1.2(0.5-3.0)	
Hipertensión arterial		1.1(0.8-1.5)		0.8(0.4-1.5)		1.2(0.7-2.1)	
Antecedente de ACV		1.1(0.6-2.0)		1.6(0.4-6.8)		1.2(0.5-3.0)	
Evento vascular transitorio		1.2(0.7-2.2)		1.8(0.4-7.4)		1.6(0.5-5.0)	
Traumatismo craneoencefálico		0.8(0.6-1.3)		1.3(0.5-3.0)		1.7(0.7-4) .0	
Diabetes mellitus (autorreporte)		1.1(0.8-1.7)		1.4(0.6-3.0)		2.4(1.4-4.1)	
Diabetes mellitus (cualitativa)		1.1(0.7-1.6)		2(0.8-4.9)		2.4(1.3-4.3)	2.9(1.6-5.3)
Soledad		1.4(1.0-1.9)	1.3(1.0-1.9)	2.1(1.0-4.2)	2.3(1.1-4.6)	1.4(0.8-2.5)	
Dolor		1.2(0.9-1.7)		1.2(0.6-2.1)		1.0 (0.6-1.8)	
Episodio depresivo previo		1.1(0.7-1.5)		1.2(0.6-2.4)		1.0 (0.6-1.9)	
Dificultad auditiva		1.1(0.8-1.5)		1.0 (0.6-1.9)		1.3(0.7-2.2)	
Dificultad visual		1.2(0.8-1.7)		1.0 (0.5-2.0)		1.1(0.6-2.2)	
Discapacidad (P90 WHODAS)		1.7(0.9-3.2)		1.1(0.4-2.8)		3.3(1.9-5.9)	
Demencia		1.5(0.8-2.9)		1.9(0.5-8.1)		2.6(1.4-5.0)	
Caídas (>2)		0.8(0.4-1.9)		1.4(0.3-7.1)		2.8(0.4-22.7)	
Activos o servicios (>4)		1.6(1.1-2.3)		1.0 (0.5-2.0)		1.2(0.7-2.2)	
Medicamentos por problema mental		1.9(0.7-5.3)		1.8(0.3-13.4)		1.3(0.3-5.1)	
No tener algún ingreso		1.2(0.8-1.7)		1.3(0.6-2.7)		1.2(0.6-2.2)	
Enfermedades que limitan físicamente	Ninguna	1.2(0.8-1.9)		1.9(1.0-3.9)		1(-)	
	0-1	1.2(0.8-1.7)		1		1.3(0.7-2.7)	
	2 o más	1		1.4(0.7-3.2)		1.3(0.6-2.9)	

Tabla 3. Características del grupo con depresión clínica según su desenlace al seguimiento

		Remisión/ SDCS	Estabilidad (depresión clínica)	Fallecidos	Total	valor p
		n= 50	n= 13	n= 14	n= 77	
		64.94%%	16.89%	18.18%		
Grupos de edad	65- 69	22.0	46.2	7.1	23.4	0.143
	70- 74	28.8	38.5	28.6	29.9	
	75- 79	22.0	0.0	21.4	18.2	
	80 +	28.0	15.4	42.9	28.6	
Sexo	Mujer	70.0	92.3	71.4	74.0	0.302
	Hombre	30.0	7.7	28.6	26.0	
Escolaridad	Ningún año	32.0	7.7	42.9	29.9	0.196
	Primaria incompleta	48.0	53.9	35.7	46.8	
	Primaria completa	16.0	15.4	14.3	15.6	
	Secundaria o más	4.0	23.1	7.1	7.8	
Estado marital	Sin pareja	58.0	76.9	54.3	62.3	0.484
	Pareja	42.0	23.1	35.7	37.7	
Ocupación	Trabaja	14.3	23.1	0.0	13.5	0.652
	Desempleado	6.1	7.7	9.3	6.8	
	Hogar	59.2	61.5	75.0	62.2	
	Jubilado	20.40	7.70	16.70	17.60	
Área de residencia	Urbana	50.0	46.2	50.0	49.4	1.000
	Rural	50.0	53.9	50.0	50.7	
Asiste a reuniones	Sí	26.0	23.1	7.1	22.1	0.346
	No	74.0	76.9	92.9	77.9	
Asiste a la iglesia		96.0	84.6	78.6	90.9	0.062
Hipertensión arterial		52.0	69.2	57.1	55.8	0.565
Antecedente de ACV		14.0	15.4	0.0	11.7	0.399
Evento vascular transitorio		24.0	15.4	14.3	20.8	0.773
Traumatismo craneoencefálico		24.0	46.2	21.4	27.3	0.272
Diabetes mellitus (autorreporte)		30.0	15.4	14.3	24.7	0.429
Diabetes mellitus (cualitativa)		31.8	27.3	8.3	26.9	0.284
Dificultad auditiva		42.0	3.8	64.3	44.2	0.208
Dificultad visual		78.0	92.3	100.0	84.4	0.093
Soledad		78.0	84.6	50.0	74.0	0.086
Dolor		56.0	61.5	85.7	62.3	0.116
Discapacidad (p90 WHODAS)		26.0	46.2	57.1	35.1	0.063
Demencia		16.0	7.7	35.7	18.2	0.206
Caídas (2+)		15.8	14.3	25.0	17.7	0.839
Activos o servicios (4 o más)		78.0	76.9	85.7	79.2	0.844
Tiene algún ingreso		70.0	69.2	50.0	66.2	0.406
Med. por problema mental		6.1	7.7	7.1	6.6	1.000
Episodio depresivo previo		36.0	69.2	64.3	46.8	0.039

Tabla 4. Asociación del grupo de DC según su desenlace al seguimiento

		Remisión de la DC (mortalidad como desenlace en competencia)		Transición a fallecimiento (remisión como desenlace en competencia)	
		Asociaciones simples	Modelo de riesgos por competencias	Asociaciones simples	Modelo de riesgos por competencias
		SHR (IC 95%)	SHR (IC 95%)	SHR (IC 95%)	SHR (IC 95%)
Grupos de edad	65- 69	1(-)		(-)	
	70- 74	1.55(0.74-3.21)		3.31(0.38-28.88)	1.11(0.10-12.21)
	75- 79	1.60(0.77-3.33)		3.94(0.43-35.99)	1.94(0.16-23.22)
	80 +	1.19(0.59-2.4)		5.61(0.69-45.7)	7.84(0.91-67.53)
Sexo	Mujer	1(-)		(-)	
	Hombre	1.27(0.71-2.27)	1.96(1.04-3.67)	1.16(0.38-3.61)	
Escolaridad	Ningún año	2.69(0.61-11.91)		1.92(0.61-6.03)	
	Primaria incompleta	2.42(0.58-10.13)		1.31(0.24-7.03)	
	Primaria completa	1.66(0.37-7.43)		1(-)	
	Secundaria o más	1(-)		1.19(0.15-9.33)	
Estado marital	Sin pareja	1(-)		1.09(0.38-3.17)	
	Pareja	1.50(0.86-2.60)		1(-)	
Ocupación	Trabaja	1.43(0.64-3.18)		(-)	
	Desempleado	1.13(0.29-4.45)		1.24(0.12-12.42)	
	Hogar	1(-)		1.25(0.27-5.83)	
	Jubilado	1.47(0.74-2.95)		1(-)	
Área de residencia	Urbana	1.20(0.70-2.07)		1.02(0.37-2.83)	
	Rural	1(-)		(-)	
Asiste a reuniones	Sí	1.65(0.92-2.97)	2.21(1.10-4.44)	(-)	
	No	1(-)		3.81(0.48-30.1)	
Asistir a la iglesia		3.09(0.73-13.19)		3.18(0.94-10.79)	
Hipertensión arterial sistémica		1.19(0.70-2.03)		1.08(0.39-3)	
Antecedente de ACV		2.05(0.90-4.66)		(-)	
Evento vascular transitorio		1.15(0.60-2.22)		1.50(0.32-7.05)	
Traumatismo craneoencefálico		1.56(0.87-2.80)		1.44(0.42-4.95)	
Diabetes mellitus (autorreporte)		2.28(1.20-4.33)		2.01(0.45-8.98)	
Diabetes mellitus* (cualitativa)		2.37(1.24-4.53)	3.13(1.52-6.46)	4.12(0.51-33.38)	
Dificultad auditiva		1.41(0.82-2.43)		2.43(0.83-7.1)	2.41(0.80-7.31)
Dificultad visual		2.19(1.25-3.83)	2.93(1.43-6.02)	2.43(0.83-7.1)	
Soledad		1.54(0.80-2.96)		3.17(1.16-8.68)	6.71(2.48-18.13)
Dolor		2.02 (1.18-3.44)		3.67(0.79-17.09)	8.14(1.35-49.17)
Discapacidad (p90 WHODAS)		2.07(1.09-3.90)		2.71(0.97-7.59)	
Demencia		1.18(0.53-2.64)		2.6(0.93-7.26)	2.99(1.13-7.94)
Caídas (2+)		1.44(0.51-4.21)		1.69(0.36-7.92)	
Activos o servicios (4 o más)		1.16(0.65-2.07)		1.66(0.39-7.07)	
Tiene algún ingreso		1.59(0.90-2.80)		1.07(0.16-7.3)	7.11(1.80- 28.18)
Medicamento por algún problema mental		1.36(0.46-4.06)		2.09(0.76-5.76)	
Episodio depresivo previo		1.87(1.07-3.25)	2.04(1.05-3.95)	2.19(0.72-6.20)	
Enfermedades crónicas	Ninguna	1.63(0.81-3.30)		1.12(0.19--6.55)	
	1-2	1.86(1.01-3.44)		2.17(0.49-9.66)	

DISCUSIÓN

En nuestra muestra la cual está basada en un estudio poblacional, se identifican diferentes trayectorias de la depresión con una mayor proporción a la estabilidad y remisión de la sintomatología depresiva. Es importante mencionar, que al ser una muestra de población abierta y no una población clínica, los síntomas evaluados pueden no ser considerados por los participantes como principal queja para establecer la búsqueda de ayuda y por lo tanto tratamiento.

Se decidió utilizar los modelos de riesgos competitivos con la finalidad de realizar una subdistribución proporcional, la cual es una buena medida de asociación en donde se puede identificar qué tanto más riesgo tienen los sujetos expuestos a los no expuestos.

La principal fortaleza de nuestro estudio fue identificar aquellos potenciales factores de riesgo en AM mexicanos en los diferentes cursos de la depresión. Al identificar grupos de alto riesgo desde una perspectiva poblacional, podría ayudar a iniciar la prevención efectiva y el tratamiento temprano dirigido a las personas de mayor riesgo. Otras fortalezas incluyeron que es un estudio poblacional en donde se toma en cuenta dos áreas diferentes de captación con características diferentes, un tamaño de muestra acepta y un seguimiento sólido de dicha muestra.

Dentro de las limitaciones, incluyeron el corto seguimiento de los participantes, el desconocimiento de algunos otros datos clínicos de interés por ejemplo la búsqueda de ayuda por síntomas depresivos o si en ese momento estaban bajo tratamiento, y si fuera así, si este fue un ensayo farmacológico que determinara la transición a la remisión. Además, dado que la depresión está relacionada con un mayor riesgo de mortalidad, es posible que los participantes con la depresión más grave no se hayan incluido en nuestros análisis por no presentar datos de depresión al seguimiento.

Dentro del grupo de DC, el cual era más pequeño en comparación con aquellos de SDCS, esta distribución pudo deberse a los diferentes clasificaciones utilizadas por

el algoritmo, además de la sub estimación de los participantes por no tener un especificador para el tipo de depresión.

En otros estudios, se ha demostrado que los predictores de la trayectoria de la depresión en los adultos mayores incluyen un bajo nivel de educación, vivir solo, mala salud física, antecedentes de síntomas depresivos, deterioro funcional y cognitivo, bajo apoyo social y familiar e inseguridad financiera (Lim et al., 2021). A pesar de usar variables similares nuestros resultados se compartieron unicamente en algunos grupos, por ejemplo, en el bajo nivel de escolaridad y la inseguridad financiera.

CONCLUSIONES

Debido a la alta frecuencia de la depresión en AM, es importante tomarlo en cuenta como problema de salud pública para poder ofrecerle a la población abierta las herramientas de prevención, diagnóstico oportuno y tratamiento para mejorar la calidad de vida de este grupo poblacional.

En nuestro entorno clínico, la remisión deberá ser el objetivo fundamental del tratamiento; sin embargo, considerando que la población abierta en muchas ocasiones no tiene el acceso a tratamiento o prevención, sobre todo en cuestiones de salud mental, es importante difundir el tipo de características de la población que nos ayuden a predecir el curso de la sintomatología.

En una muestra de población abierta cerca de uno de cada 5 participantes con DC progresó al desenlace de salud más adverso, pero un alto porcentaje de ellos remitió totalmente o a la presentación de subclínica de los síntomas. Identificar las condiciones que se asocian con el cambio en el curso de la depresión clínica permitirá diseñar intervenciones para promover la remisión y disminuir la mortalidad en AM con depresión.

REFERENCIAS

- Alexopoulos, G. S. (2019). Mechanisms and treatment of late-life depression. *Translational Psychiatry*, 9(1). <https://doi.org/10.1038/s41398-019-0514-6>
- Alexopoulos, G. S., Schultz, S. K., & Lebowitz, B. D. (2005). Late-life depression: A model for medical classification. *Biological Psychiatry*, 58(4), 283–289. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2005.04.055>
- Bastidas Bilbao, H. (2014). Enfermedades médicas y depresión en el adulto mayor: características comunes y relación etiológica. *Revista de Psicología*, 32(2), 191–218.
- Brewster, K. K., Ciarleglio, A., Brown, P. J., Chen, C., Kim, H. O., Roose, S. P., Golub, J. S., & Rutherford, B. R. (2018). Age-Related Hearing Loss and Its Association with Depression in Later Life. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 26(7), 788–796. <https://doi.org/10.1016/j.jagp.2018.04.003>
- Campisi, J., Kapahi, P., Lithgow, G. J., Melov, S., Newman, J. C., & Verdin, E. (2019). From discoveries in ageing research to therapeutics for healthy ageing. *Nature*, 571(7764), 183–192. <https://doi.org/10.1038/s41586-019-1365-2>
- Carrière, I., Farré, A., Proust-Lima, C., Ryan, J., Ancelin, M. L., & Ritchie, K. (2017). Chronic and remitting trajectories of depressive symptoms in the elderly. Characterisation and risk factors. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 26(2), 146–156. <https://doi.org/10.1017/S2045796015001122>
- Cosco, T. D., Howse, K., & Brayne, C. (2017). Healthy ageing, resilience and wellbeing. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 26(6), 579–583. <https://doi.org/10.1017/S2045796017000324>
- Diagnostic and statistical manual of mental disorders : DSM-IV*. (n.d.). Fourth edition. Washington, DC: American Psychiatric Association, [1994] ©1994. <https://search.library.wisc.edu/catalog/999733358502121>
- Fernández Viadero, C., Verduga Vélez, R., & Crespo Santiago, D. (2020). El anciano con depresión y ansiedad. In *Tratado de Medicina Geriátrica* (Second Edi). Elsevier Espa8#241;a, S.L.U. <https://doi.org/10.1016/B978-84-9113-298-1/00093-4>
- González-González, H. (2010). Demografía del envejecimiento: argumentos, problemas, temas no cubiertos y horizontes de investigación en México. In L. M. Gutiérrez-Robledo & J. H. Gutiérrez-Ávila (Eds.), *Envejecimiento humano. Un enfoque transdisciplinario* (Primera ed, pp. 295–304). Secretaría de Salud.
- Guerra, M., Ferri, C., Llibre, J., Prina, A. M., & Prince, M. (2015). Psychometric properties of EURO-D, a geriatric depression scale: A cross-cultural validation study. *BMC Psychiatry*, 15(1). <https://doi.org/10.1186/s12888-015-0390-4>
- Khalaila, R. (2016). Depression statuses and related predictors in later life: A 10-year follow-up study in Israel. *European Journal of Ageing*, 13(4), 311–321. <https://doi.org/10.1007/s10433-016-0384-1>
- Kok, R. M., & Reynolds III, C. F. (2017). Management of Depression in Older Adults: A Review. *JAMA*, 317(20), 2114–2122. <https://doi.org/10.1001/jama.2017.5706>
- Lim, H. J., Cheng, Y., Kabir, R., & Thorpe, L. (2021). Trajectories of Depression and Their Predictors in a Population-Based Study of Korean Older Adults. *International Journal of Aging and Human Development*, 93(3), 834–853. <https://doi.org/10.1177/0091415020944405>

- Mitchell, P. B., & Harvey, S. B. (2014). Depression and the older medical patient - When and how to intervene. *Maturitas*, 79(2), 153–159. <https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2014.05.010>
- Montagnier, D., Dartigues, J. F., Rouillon, F., Pérès, K., Falissard, B., & Onen, F. (2014). Ageing and trajectories of depressive symptoms in community-dwelling men and women. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 29(7), 720–729. <https://doi.org/10.1002/gps.4054>
- Musliner, K. L., Munk-Olsen, T., Eaton, W. W., & Zandi, P. P. (2016). Heterogeneity in long-term trajectories of depressive symptoms: Patterns, predictors and outcomes. *Journal of Affective Disorders*, 192, 199–211. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.12.030>
- Prince, M., Ferri, C. P., Acosta, D., Albanese, E., Arizaga, R., Dewey, M., Gavrilova, S. I., Guerra, M., Huang, Y., Jacob, K. S., Krishnamoorthy, E. S., McKeigue, P., Rodriguez, J. L., Salas, A., Sosa, A. L., Sousa, R. M. M., Stewart, R., & Uwakwe, R. (2007). The protocols for the 10/66 dementia research group population-based research programme. *BMC Public Health*, 7(generally 2000), 1–18. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-7-165>
- Prince, M., Patel, V., Saxena, S., Maj, M., Maselko, J., Phillips, M. R., & Rahman, A. (2007). No health without mental health. *Lancet*, 370(9590), 859–877. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(07\)61238-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(07)61238-0)
- Rodda, J., Walker, Z., & Carter, J. (2011). Depression in older adults. *BMJ (Online)*, 343(7825), 1–7. <https://doi.org/10.1136/bmj.d5219>
- Rodríguez, M. R., Nuevo, R., Chatterji, S., & Ayuso-Mateos, J. L. (2012). Definitions and factors associated with subthreshold depressive conditions: a systematic review. *BMC Psychiatry*, 12(1), 181. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-12-181>
- Sosa-Ortiz, A. L., & Acosta-Castillo, I. (2015). La salud mental del adulto mayor. In M. E. Medina-Mora, E. SARTI, & T. REAL (Eds.), *La depresión y otros trastornos psiquiátricos* (Primera ed, pp. 101–110). Intersistemas Editores.
- Steves, C. J., Spector, T. D., & Jackson, S. H. D. (2012). Ageing, genes, environment and epigenetics: What twin studies tell us now, and in the future. *Age and Ageing*, 41(5), 581–586. <https://doi.org/10.1093/ageing/afs097>
- Unsar, S., & Sut, N. (2010). Depression and health status in elderly hospitalized patients with chronic illness. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 50(1), 6–10. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2008.12.011>
- Unützer, J. (2002). Diagnosis and treatment of older adults with depression in primary care. *Biological Psychiatry*, 52(3), 285–292. [https://doi.org/10.1016/S0006-3223\(02\)01338-0](https://doi.org/10.1016/S0006-3223(02)01338-0)