

# Abreviar lo breve. Aproximación a versiones ultracortas del cuestionario de Yesavage para el cribado de la depresión

J. Martínez de la Iglesia, M.C. Onís Vilches, R. Dueñas Herrero, C. Aguado Taberné, C. Albert Colomer y M.C. Arias Blanco

**Objetivo.** Evaluar la validez de cuestionarios reducidos de 4,5 y 1 preguntas basados en la escala geriátrica de depresión de Yesavage en su versión española (GDS-VE) de 15 preguntas, para el cribado de la depresión en las personas > 65 años.

**Diseño.** Estudio de validación de cuestionarios.

**Emplazamiento.** Consultas de un centro de salud.

**Participantes.** Se seleccionó a 258 pacientes para adaptar y validar el cuestionario original (GDS-15). Posteriormente se valoran los datos de validez al aplicar un grupo de 1 pregunta (GDS-1), 4 preguntas (GDS-4) y otro de 5 (GDS-5) seleccionadas por su mayor sensibilidad y especificidad obtenidas en el estudio de validación del GDS-VE.

**Mediciones principales.** Se analiza la fiabilidad interobservador e intraobservador, la consistencia interna, la validez convergente (coeficiente de correlación de Spearman [CC]), la validez de criterio (sensibilidad [S] y especificidad [E]) y la capacidad diagnóstica de cada cuestionario (área bajo la curva ROC [AUC]), con los respectivos intervalos de confianza (IC) del 95%.

**Resultados.** Finalizaron el estudio 249 pacientes. Se han obtenido los siguientes resultados, considerando un punto de corte de  $\geq 2$  en las versiones de 4 y 5 preguntas: – GDS-1: S del 71,1% (61,7-80,4); E del 74,1% (67,3-80,9); AUC = 0,726 (0,659-0,793); CC = 0,679 (0,673-0,684). – GDS-4: S del 73,3% (64,2-82,4); E del 77,7% (71,2-84,2); AUC = 0,821 (0,765-0,876); CC = 0,803 (0,754-0,852). – GDS-5: S del 81,1% (73,1-89,1); E del 73,2% (66,3-80,1); AUC = 0,833 (0,789-0,887); CC = 0,866 (0,824-0,908).

**Conclusiones.** Los resultados de sensibilidad y especificidad son similares a los obtenidos en otros estudios de GDS ultracorta. La buena fiabilidad de estas versiones ultracortas nos hace recomendar la realización de nuevos trabajos que permitan consolidarlo como una opción válida y muy rápida para el cribado de la depresión en población anciana.

**Palabras clave:** Anciano. Depresión. Escalas. Validación.

## ABBREVIATING THE BRIEF APPROACH TO ULTRA-SHORT VERSIONS OF THE YESAVAGE QUESTIONNAIRE FOR THE DIAGNOSIS OF DEPRESSION

**Objectives.** To assess the validity of small questionnaires of 4,5 and 1 questions, based on the 15-question Spanish version of the Yesavage geriatric depression scale (GDS-VE), for diagnosing depression in the over-65s.

**Design.** Study to validate questionnaires.

**Setting.** Health centre consultations.

**Participants.** 258 patients were selected to adapt and validate the original questionnaire (GDS-15). Then validity data were assessed by using a group with one question (GDS-1), a group with 4 questions (GDS-4) and a group with 5 (GDS-5). The questions were chosen for the greater sensitivity and specificity shown in the validation study of the GDS-VE.

**Main measurements.** Inter and intra-observer reliability, internal consistency, convergent validity (Spearman's correlation coefficient: CC), criterion validity (sensitivity, S, and specificity, E), and the diagnostic capacity of each questionnaire (area under the ROC curve: AUC), at their respective 95% confidence intervals (CI), were all analysed.

**Results.** 249 patients concluded the study, with the following results (the cut-off point was taken as 2 or more points on the 4 and 5-question versions): GDS-1: S: 71.1% (61.7-80.4), E: 74.1% (67.3-80.9), AUC: 0.726 (0.659-0.793), CC: 0.679 (0.673-0.684). GDS-4: S: 73.3% (64.2-82.4), E: 77.7% (71.2-84.2), AUC: 0.821 (0.765-0.876), CC: 0.803 (0.754-0.852). GDS-5: S: 81.1% (73.1-89.1), E: 73.2% (66.3-80.1), AUC: 0.833 (0.789-0.887), CC: 0.866 (0.824-0.908).

**Conclusions.** The sensitivity and specificity results are similar to results of other ultra-short GDS studies. The high reliability of these ultra-short versions leads us to recommend that new studies be run to enable these versions to be consolidated as a valid and very rapid option for diagnosing depression among the elderly.

**Key words:** Elderly. Depression. Scales. Validation.

Unidad Clínica de Occidente y Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba. España.

Este trabajo ha sido financiado parcialmente por una beca de la Fundación semFYC.

Correspondencia:  
Jorge Martínez de la Iglesia.  
Samuel Santos Gener, 3. 14003  
Córdoba. España.  
Correo electrónico:  
med015678@saludalia.com

Manuscrito recibido el 18 de marzo de 2004.

Manuscrito aceptado para su publicación el 12 de julio de 2004.

## Introducción

Se ha establecido que los trastornos depresivos afectan a cerca del 10% de los ancianos que viven en la comunidad y al 15-35% de los que viven en residencias, por lo que constituye un importante problema de salud<sup>1-4</sup>. Aunque hay múltiples instrumentos de evaluación de los trastornos mentales<sup>5</sup> que pueden facilitar la identificación de casos o probables casos de depresión, la mayoría de las escalas y recomendaciones de entrevista para el estudio de la depresión<sup>5-8</sup> no deberían ser aplicadas en los ancianos porque no están adaptadas para ellos, lo que puede favorecer que se detecte un excesivo número de falsos positivos<sup>1,2</sup>. La Geriatric Depression Scale de Yesavage (GDS)<sup>9,10</sup> es la escala recomendada por la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria<sup>11</sup> para su utilización en la población mayor. Inicialmente se diseñó una escala autoaplicable de 30 preguntas con respuestas dicotómicas (sí/no), con una elevada sensibilidad (S) y especificidad (E) (S del 84% y E del 95%)<sup>9,10,12,13</sup> y una buena correlación con otras escalas clásicas utilizadas para el cribado de la depresión<sup>14</sup>. Se han realizado distintas validaciones al castellano de esta escala<sup>15,16</sup>.

Sheikh y Yesavage<sup>17</sup> propusieron una versión abreviada de la GDS formada por 15 preguntas (10 positivas y 5 negativas) que sólo requiere 5-7 min para ser completada, con el objeto de reducir los problemas de fatiga y pérdida de atención que se suelen presentar en este grupo de edad, y más en los casos con algún grado de alteración cognitiva. Aunque algunos autores han encontrado una correlación positiva, pero insuficiente, entre la versión corta y la larga ( $r = 0,66$ )<sup>18</sup>, en otros trabajos, la correlación encontrada fue  $> 0,80$  y con datos de sensibilidad y especificidad equiparables entre las 2 versiones<sup>19</sup>. Recientemente se ha publicado la validación de esta versión al castellano<sup>20</sup>.

Varios autores han propuesto escalas aún más cortas, basadas en la GDS abreviada<sup>21-27</sup>, que cuentan con 10, 5, 4 o incluso con tan sólo 1 pregunta. De cualquier forma, la mayoría de los autores establece que, pese a las buenas perspectivas de estas versiones, se precisan estudios más amplios para poder recomendar el uso generalizado de estas escalas «ultracortas».

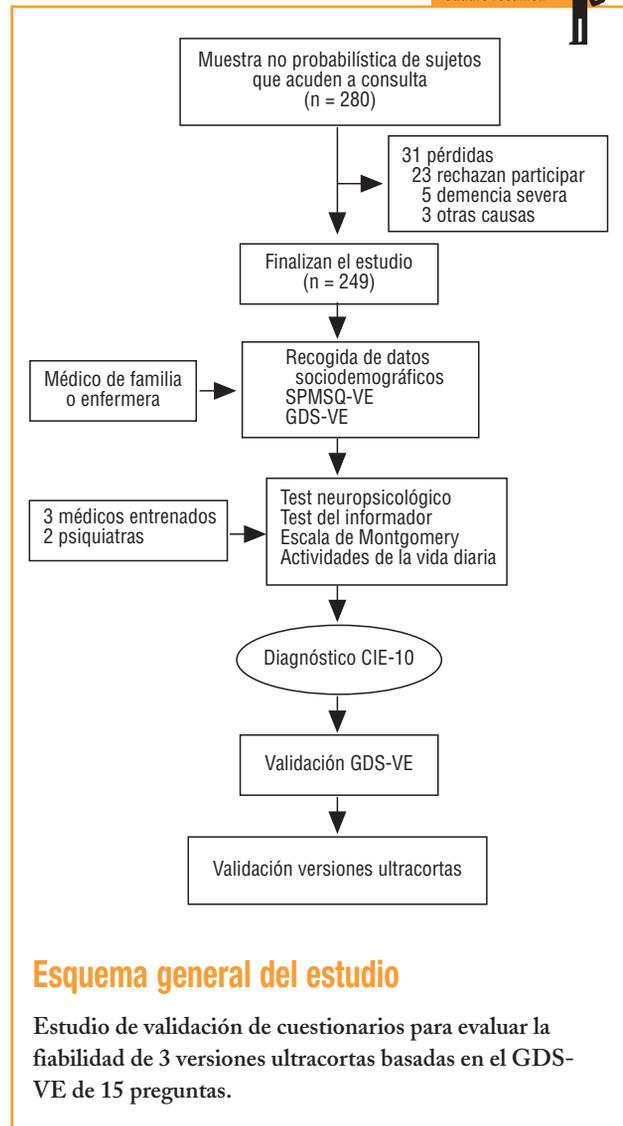
En nuestro medio no se ha realizado ningún estudio de validación de escalas ultracortas basadas en la GDS. Este trabajo tiene como objetivo realizar una aproximación a la validez que podrían presentar en nuestro medio distintas versiones ultracortas de la GDS, para el cribado de depresión en población  $> 65$  años.

## Participantes y métodos

### Participantes

Se ha trabajado con datos de la población seleccionada en el trabajo de validación de la GDS-15<sup>20</sup>, donde se captó a 280 su-

### Material y métodos Cuadro resumen



jetos  $> 65$  años que acudieron a las consultas del Centro de Salud de Azahara (Córdoba), tuvieran o no un diagnóstico previo de depresión, para alcanzar un número de 250 personas incluidas (intervalo de confianza [IC] del 95%,  $\alpha = 0,05$ , prevalencia estimada de depresión del 10% y sensibilidad estimada del cuestionario de un 80%). A todos los candidatos se les informó sobre el objetivo del estudio para que decidieran si deseaban participar en él. Se excluyó a los pacientes con alguna alteración psiquiátrica grave no depresiva y a las personas con déficit motores y/o sensoriales severos que impidiesen la evaluación prevista.

### Métodos

El médico o la enfermera rellenaron el GDS de 15 preguntas, objeto de la validación inicial, de todos los pacientes. Posteriormente, a ciegas y con independencia de la puntuación obtenida en el GDS-15, se realizó un examen clínico y neuropsicológico protocolizado a todos los sujetos del estudio para es-

tablecer el diagnóstico de depresión, el cual constituyó el patrón de referencia. Esta evaluación fue realizada por 2 psiquiatras y 3 médicos de familia previamente entrenados; los médicos de familia fueron supervisados por los 2 psiquiatras. Antes del inicio del estudio se realizaron sesiones conjuntas con los médicos evaluadores, en las que se analizó a distintos pacientes con el fin de homogeneizar los criterios diagnósticos. Posteriormente, se realizaron 20 grabaciones en vídeo de entrevistas reales para medir la concordancia interobservador de los 5 médicos evaluadores, que alcanzó un índice kappa ponderado de 0,83. Este estudio constaba de los siguientes apartados:

- Para la valoración de la depresión: cuestionario semiestructurado para detectar síntomas depresivos y la escala de Montgomery-Asberg<sup>28</sup>.
- Para la valoración del estado cognitivo: estudio neuropsicológico basado en el protocolo para el diagnóstico de demencia de la Sociedad Española de Neurología<sup>29</sup> y los cuestionarios de Pfeiffer<sup>30</sup> en su versión española (SPMSQ-VE)<sup>31</sup>, el Mini-examen cognoscitivo de Lobo (MEC)<sup>32,33</sup> y el test del informador en su versión española (IQCODE-VE)<sup>34</sup>.
- Para la valoración de las actividades de la vida diaria, básicas e instrumentales, se utilizaron las preguntas correspondientes de la escala OARS-MFAQ (Older Americans Resources and Services Multidimensional Functional Assessment Questionnaire) en su versión española<sup>35</sup>.

Con toda esta información se establecieron los diagnósticos de depresión, demencia, ausencia de sintomatología psicopatológica o duda diagnóstica siguiendo los criterios de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10)<sup>36</sup>. Una vez iniciada la recogida de datos, cuando hubo alguna duda sobre la presencia o no de depresión, el caso fue discutido entre el grupo evaluador, estableciéndose posteriormente el diagnóstico final.

Se consideró como «caso» a cualquier sujeto con diagnóstico clínico de depresión según los criterios de la CIE-10, con independencia del tipo y el grado de severidad de ésta.

Se procedió a realizar la adaptación transcultural y la validación del GDS-15, siguiendo los pasos clásicamente establecidos<sup>37-39</sup>, tras haber publicado los resultados con anterioridad<sup>20</sup> (versión validada: anexo 1).

Para analizar la fiabilidad interobservador, 2 observadores distintos, de forma independiente y en el mismo momento, evaluaron a 30 sujetos con el GDS-VE. Para establecer la fiabilidad intraobservador, 50 sujetos fueron citados a los 7-10 días de la primera evaluación para aplicarles de nuevo el cuestionario, lo que fue realizado por el mismo profesional.

Se han realizado distintas agrupaciones de preguntas según la mayor capacidad diagnóstica de cada una de ellas, obtenida mediante la curva ROC y la bibliografía disponible sobre versiones ultracortas del GDS.

Con posterioridad se ha calculado la fiabilidad y validez de cada versión ultracorta tomando como referencia el patrón propuesto (diagnóstico establecido según los criterios de la CIE-10 anteriormente comentado), y se han seleccionado las versiones con mejores resultados de fiabilidad y validez.

### Análisis de datos

Se realizó un análisis descriptivo de las características sociodemográficas y de los diagnósticos mediante la determinación de las medidas de tendencia central y distribución de frecuencias, y se calcularon los IC para un 95% de seguridad. La asociación entre variables cualitativas se obtuvo mediante el test de la  $\chi^2$ .

Mediante el cálculo del índice kappa ponderado de Cohen (debido a que la puntuación del cuestionario no seguía una distribución normal) se evaluó la fiabilidad interobservador e intraobservador. Para valorar la fiabilidad de los cuestionarios se analizó la consistencia interna a través del estadístico de Kuder-Richarson-20 (KR-20).

Se examinó la validez convergente mediante la valoración de la correlación entre cada una de las versiones ultracortas y la GDS-15 mediante el cálculo del coeficiente de correlación de Spearman.

Para establecer la validez de criterio (grado en que los resultados de cada una de las versiones se correlaciona con el diagnóstico de depresión según los criterios de la CIE-10) se calcularon la sensibilidad, la especificidad y las razones de máxima verosimilitud para los resultados positivo y negativo, o razones de probabilidad positiva (RPP) y negativa (RPN), así como el porcentaje de casos mal clasificados (falsos positivos o negativos). La capacidad discriminativa de cada versión, para diferenciar a los sujetos sanos de los que tenían depresión, se analizó mediante el cálculo del área bajo la curva ROC (*receiver operating characteristic*) que, igualmente, permitió establecer el punto de corte más favorable en cada escala.

## Resultados

Se captó a 280 sujetos, de los cuales 249 finalizaron el estudio. Las pérdidas fueron, en 23 casos, por rechazo a acudir a la segunda parte del estudio, en 5 por presentar demencia grave y en otros 3 por diversas causas (dificultades de comprensión, fallecimiento e ingreso en una residencia). La media de edad  $\pm$  desviación estándar (DE) fue de 74,3  $\pm$  6,5 años (rango, 65-100) y el 67,5% eran mujeres. El 44,2% estaba casado y el 37,8% era viudo; el 72,7% residía en su propio domicilio. El 65% era analfabeto o tan sólo sabía leer y escribir (tabla 1). En 90 casos (36,1%) se estableció el diagnóstico de depresión tras la entrevista psiquiátrica.

**TABLA 1** Características sociodemográficas de la muestra y diagnóstico de depresión

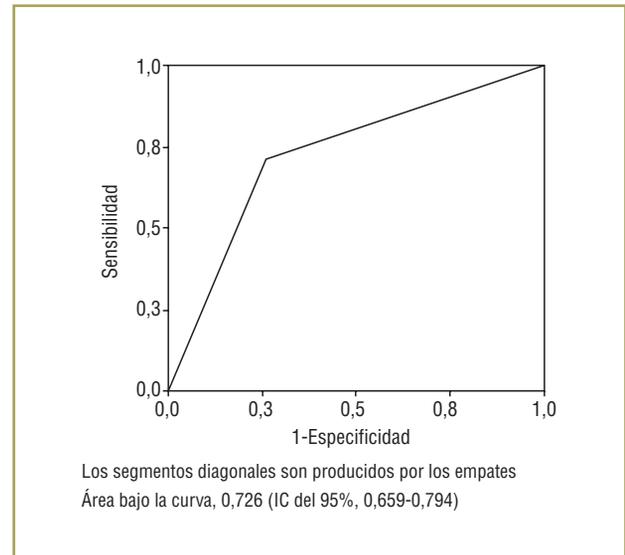
	Población de estudio n (%)	Diagnóstico de depresión (CIE-10) n (%)	p
<b>Sexo</b>			
Mujer	168 (67,5)	76 (45,2)	
Varón	81 (32,5)	14 (17,3)	0,0001
<b>Grupos de edad años</b>			
65-69	65 (26,1)	31 (47,7)	
70-74	78 (31,3)	28 (35,9)	0,02
75-79	52 (20,9)	20 (38,5)	
> 79	54 (21,7)	11 (20,4)	
<b>Nivel de estudios</b>			
Analfabeto	85 (34,1)	34 (41,5)	
Lee y escribe	77 (30,9)	27 (35,1)	0,29
Estudios primarios o más	87 (34,9)	26 (29,9)	

**TABLA 2** Sensibilidad, especificidad y AUC de cada pregunta

GDS-VE	S	E	AUC
1. ¿En general, está satisfecho/a con su vida?	31,1	91,2	0,612
2. ¿Ha abandonado muchas de sus tareas habituales y aficiones?	37,8	79,2	0,585
3. ¿Siente que su vida está vacía?	71,1	74,1	0,726
4. ¿Se siente con frecuencia aburrido/a?	63,3	76,1	0,697
5. ¿Se encuentra de buen humor la mayor parte del tiempo?	56,7	79,9	0,683
6. ¿Teme que algo malo pueda ocurrirle?	60,0	66,0	0,630
7. ¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?	44,4	86,8	0,656
8. Con frecuencia se siente desamparado/a, desprotegido/a?	48,9	87,4	0,682
9. ¿Prefiere usted quedarse en casa, más que salir y hacer cosas nuevas?	63,3	46,8	0,551
10. ¿Cree que tiene más problemas de memoria que la mayoría de la gente?	35,6	79,9	0,577
11. ¿En estos momentos, piensa que es estupendo estar vivo?	20,0	91,2	0,556
12. ¿Actualmente se siente un/a inútil?	38,9	82,4	0,606
13. ¿Se siente lleno/a de energía?	54,4	78,0	0,662
14. ¿Se siente sin esperanza en este momento?	50,0	74,8	0,624
15. ¿Piensa que la mayoría de la gente está en mejor situación que usted?	43,3	85,5	0,644

S: sensibilidad; E: especificidad; AUC: área bajo la curva ROC .

En la tabla 2 se muestra la capacidad discriminativa individual de cada una de las preguntas del GDS-15. Se ha podido observar que las preguntas 3 y 4 son las que obtienen una mayor área bajo la curva (0,726 y 0,697, respectivamente) y las que tienen un área menor son las preguntas 9 y 11. Como se ha comentado en el apartado anterior, según estos resultados y la bibliografía disponible, se seleccionaron grupos de pre-



**FIGURA 1** Curva ROC para GDS-1.

guntas de las que, finalmente, se analizan 3 versiones ultracortas del GDS, al haber obtenido los mejores datos de validez:

- GDS-1, que corresponde a la pregunta número 3.
- GDS-4, que corresponde a las preguntas 3, 4, 5 y 8.
- GDS-5, que corresponde a las preguntas 3, 4, 5, 8 y 13.

En cuanto a la fiabilidad intraobservador, el índice kappa obtenido con el GDS-5 fue de 0,828 (desviación típica [DT] = 0,082), para el GDS-4 de 0,863 (DT = 0,076) y para el GDS-1 de 0,904 (DT = 0,066). La fiabilidad interobservador fue para el GDS-5 de 0,680 (DT = 0,146), para el GDS-4 de 0,751 (DT = 0,135) y para el GDS-1 de 0,731 (DT = 0,145).

**TABLA 3** Parámetros de validez de las distintas versiones ultracortas del GDS comparadas con la versión abreviada

	GDS-1	GDS-4 <sup>a</sup>	GDS-5 <sup>a</sup>	GDS-15 <sup>b</sup>
Sensibilidad	71,1 (61,7-80,4)	73,3 (64,2-82,4)	81,1 (73,1-89,1)	81,1 (73,0-89,2)
Especificidad	74,1 (67,3-80,9)	77,7 (71,2-84,2)	73,2 (66,3-80,1)	76,7 (70,1-83,3)
Razón de probabilidad positiva	2,7	3,3	3,0	3,5
Razón de probabilidad negativa	0,4	0,3	0,2	0,2
Porcentaje de pacientes mal clasificados	27,0	23,9	23,9	21,7
AUC	0,726 (0,659-0,793)	0,821 (0,765-0,876)	0,833 (0,789-0,887)	0,835 (0,782-0,887)
Concordancia interna	1,0	0,682	0,692	0,797
Correlación con GDS-15	0,679 (0,673-0,684)	0,803 (0,754-0,852)	0,866 (0,824-0,908)	-

AUC: área bajo la curva ROC.

<sup>a</sup>Punto de corte  $\geq 2$ .

<sup>b</sup>Punto de corte  $\geq 5$ .

Entre paréntesis se expresa el intervalo de confianza del 95%.

**TABLA 4** Resultados de validez de distintas versiones del GDS

Autor y referencia bibliográfica	Versión GDS (N.º de preguntas)	N.º de pacientes	Especificidad	Sensibilidad
Brink et al <sup>8</sup>	30	71	95	84
Fernández-SanMartín et al <sup>16</sup>	30	218	63	87
Leshner et al <sup>19</sup>	15	73	83	69
Martínez de la Iglesia et al <sup>20</sup>	15	249	77	81
D'Ath et al <sup>23</sup>	10	198	77	87
Hoyl et al <sup>22</sup>	5	74	85	97
Rinaldi et al <sup>25</sup>	5	181	81	94
Clement et al <sup>24</sup>	4	247	80	69
D'Ath et al <sup>23</sup>	4	198	65	89
Galaria et al <sup>26</sup>	4	70	88	71
D'Ath et al <sup>23</sup>	1	198	75	59

En las figuras 1-3 se pueden observar las curvas ROC obtenidas para cada una de las versiones. Tanto en la versión GDS-4 como en la GDS-5, el punto de corte con mayor área bajo la curva se sitúa en 2 o más puntos. Como se puede observar en la tabla 3, no hubo diferencias en los resultados de sensibilidad ni especificidad de las versiones analizadas.

## Discusión

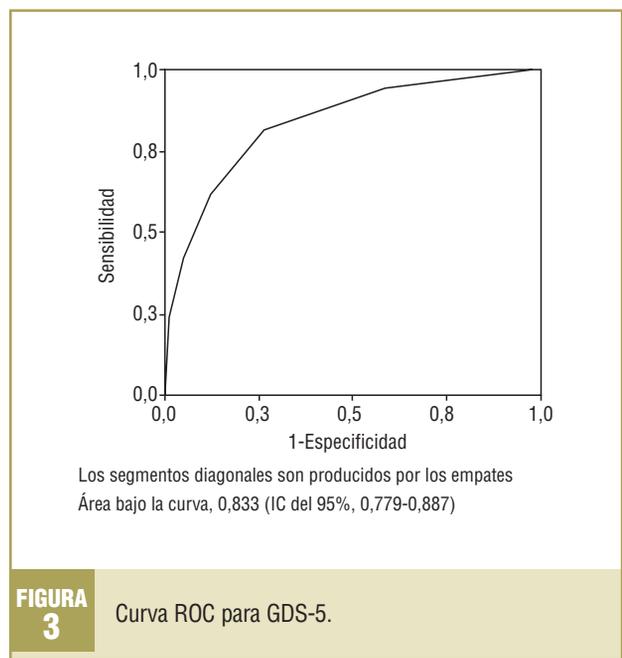
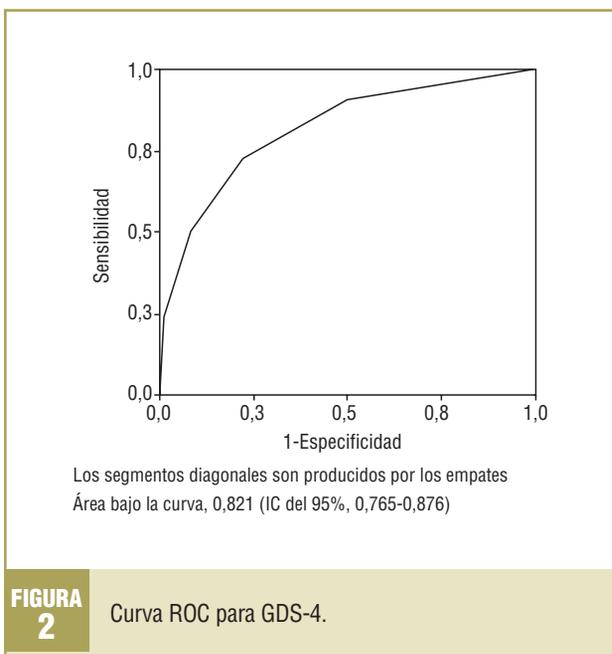
La enfermedad depresiva en el paciente anciano presenta una prevalencia e incidencia elevadas y representa una im-

portante carga de malestar para el paciente, la familia y las instituciones donde reside. Las características con las que se presenta la enfermedad en este grupo de edad hacen que sea poco diagnosticada y tratada<sup>40</sup>. En estudios longitudinales se ha comprobado que la presencia de síntomas depresivos en los ancianos se asocia con incrementos en el número de visitas al médico, el uso de fármacos, la utilización de servicios de urgencias y los costes globales como pacientes ambulatorios<sup>41,42</sup>.

El personal sanitario de atención primaria es un elemento clave para establecer de forma precoz el estado mental de las personas mayores, tanto desde el punto de vista afectivo

como cognitivo<sup>43</sup>. La escasa disponibilidad de tiempo en las consultas hace necesario investigar sobre métodos de cribado breves y sencillos, como los cuestionarios ultracortos que se analizan. Hay que recordar que tanto éstos como otros cuestionarios no deben ser considerados nunca como pruebas diagnósticas, sino como métodos de cribado rápido y, en todo caso, como una ayuda para la clasificación de pacientes susceptibles de ser evaluados con criterios más fiables.

Con respecto a los sujetos incluidos, el elevado porcentaje de personas analfabetas o sin ningún nivel de escolarización, que alcanzó el 65%, no difiere mucho de los datos del nivel de escolarización de la población mayor de nuestro



Discusión  
Cuadro resumen

## Lo conocido sobre el tema

- Hay una elevada prevalencia de clínica de depresión en la población mayor.
- Contamos con diferentes escalas de cribado de la depresión. La de Yesavage (en sus versiones de 30 y 15 preguntas) es la más ampliamente recomendada para su utilización en la población anciana.
- Se han realizado validaciones de versiones ultracortas de la escala de Yesavage, con buenos resultados de fiabilidad, que pueden facilitar el abordaje de problemas depresivos en las consultas de atención primaria.

## Qué aporta este estudio

- Se presenta una aproximación a los resultados de fiabilidad de 3 versiones de 1, 4 y 5 preguntas del cuestionario de Yesavage en su adaptación al español realizada con anterioridad.
- Los 3 cuestionarios presentan unos buenos resultados de fiabilidad, similares a las versiones ultracortas realizadas anteriormente en otros idiomas.
- Las versiones ultracortas presentadas pueden representar en un futuro próximo una herramienta útil para su uso en atención primaria, aunque son necesarios más estudios que confirmen su fiabilidad.

entorno<sup>44-46</sup>. Este dato fue el que nos inclinó a no utilizar la escala de forma autoaplicada, asumiendo las ventajas e inconvenientes que esto puede tener<sup>47</sup>. El hecho de realizar las preguntas a los sujetos puede introducir un sesgo de interpretación y variación/explicación del enunciado en caso de dudas, pero en más de la mitad de los casos no había alternativas, dado el nivel cultural comentado. La GDS es probablemente el cuestionario para el cribado de la depresión en personas mayores más utilizado en el ámbito internacional. Tras la publicación de la versión inicial de 30 preguntas se publicó la versión corta de 15. Con posterioridad se han publicado versiones ultracortas con resultados muy variables de validez, probablemente debido a la utilización de una metodología diferente y distintos patrones de referencia (tabla 4). Hoyl et al<sup>22</sup> han validado una versión de 5 preguntas (sólo 2 de ellas coinciden con las preguntas incluidas en algu-

na de las versiones aquí analizadas) y han obtenido una sensibilidad del 97% y una especificidad del 85%, superior en ambos casos a las encontradas en este trabajo. En nuestro estudio, esta misma combinación de preguntas obtuvo unos escasos resultados de fiabilidad. Otros autores<sup>23,24,26,27</sup> con versiones de 4 preguntas obtienen sensibilidades que oscilan entre el 89 y el 69%, y especificidades entre el 65 y el 90%, similares a las de la GDS-4 de este estudio.

La pregunta número 3 (¿siente que su vida está vacía?) que conforma la versión GDS-1 ha sido anteriormente propuesta como pregunta única para detectar de forma simple síntomas de depresión<sup>23</sup>, obteniendo datos de validez (sensibilidad del 59% y especificidad del 75%) algo peores a los de este estudio.

En el futuro, las escalas ultracortas pueden ser unas herramientas útiles para su utilización habitual en las consultas médicas y de enfermería en atención primaria para la detección de posibles trastornos depresivos en la población anciana. De cualquier forma, se necesitarán estudios más precisos y específicos de validación que establezcan de forma más fidedigna la capacidad psicométrica de estas versiones ultracortas.

## Agradecimientos

Personal de enfermería: M.<sup>a</sup> Mar Ortiz, R. Sierra, D. Álvarez, I. Enciso y M. Pérez-Barrios.

Personal médico: J. Espejo, M. Muñoz, A. Yun, M.J. Fernández, N. Lora.

A todos los profesionales del Centro de Salud de Azahara y a los pacientes que aceptaron participar en este estudio.

## Bibliografía

1. Calcedo Barba A. La depresión en el anciano. Doce cuestiones fundamentales. Madrid: Fundación Archivos de Neurobiología; 1996.
2. García L, Nebreda O, Perlado F. Enfermedad mental en el anciano. Madrid: Díaz de Santos; 1993.
3. Feighner JP, Boyer WF. Diagnóstico de la depresión. Perspectivas en Psiquiatría. Vol. 2. New York: John Wiley & Sons; 1991.
4. Calcedo Barba A. La detección de trastornos psiquiátricos en atención primaria. En: López Ibor JJ, editor. Libro del año en psiquiatría. Madrid: Saned; 1995.
5. Bulbena A, Fernández de Larrinoa P, Pomarol E. Instrumentos de evaluación de los trastornos mentales en atención primaria. En: Vázquez-Barquero, editor. Psiquiatría en atención primaria. Madrid: Aula Médica; 1998. p. 131-49.
6. Wetzler S, Van Praag HM. Evaluación de la depresión. En: Scott Wetzler, ed. Medición de las enfermedades mentales: evaluación psicométrica para los clínicos. Barcelona; Ancora, 1991.
7. McDowell I, Kristjansson E. Depression. En: McDowell I and Newell CL. Measuring Health. A guide to rating scales and questionnaires. London: Oxford University Press; 1996.
8. Brink TL, Yesavage JA, Lum O, Heersema PH, Adey M, Rose T. Screening tests for geriatric depression. Clinical Gerontologist. 1982;1:37-43.

9. Yesavage JA, Brink TL, Rose TL, Lum O. Development and validation of a geriatric depression scale: a preliminary report. *J Psychiat Res.* 1983;17:37-49.
10. Yesavage JA. Geriatric Depression scales. *Psychopharmacol Bull.* 1988;24:709.
11. Grupo de trabajo de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria. *Atención al anciano.* Madrid: Eurobook SL.; 1997.
12. Van Marwijk H, Arnold Y, Bonnema J, Kaptein A. Self-report depression scales for elderly patients in primary care: a preliminary study. *Fam Pract.* 1993;10:63-5.
13. McGivney SA, Mulvihill M, Taylor B. Validating the GDS depression screen in the nursing home. *J Am Geriatr Soc.* 1994;42:490-2.
14. Salamero M, Marcos T. Factor study of the Geriatric Depression Scale. *Acta Psychiatr Scand.* 1992;86:283-6.
15. Izal M, Montorio I. Adaptación en nuestro medio de la Escala de Depresión Geriátrica (GDS) en distintos subgrupos: residentes en la comunidad y asistentes a hospitales de día. *Rev Gerontol.* 1996;6:329-37.
16. Fernández-SanMartín MI, Andrade C, Molina J, Muñoz PE, Carret B, Rodríguez M, et al. Validation of the Spanish version of the geriatric depression scale (GDS) in primary care. *Int Geriatr Psychiatry.* 2002;17:279-87.
17. Sheikh JL, Yesavage JA. Geriatric Depression Scale (GDS). Recent evidence and development of a shorter version. *Clin Gerontol.* 1986;5:165-72.
18. Alden D, Austin C, Sturgeon R. A correlation between the Geriatric Depression Scale Long and Short Forms. *J Gerontol Psychol Soc.* 1989;44:124-5.
19. Leshner EL, Berryhill JS. Validation of a Geriatric Depression Scale-short form among inpatients. *J Clin Psychol.* 1994;50:256-60.
20. Martínez de la Iglesia J, Onís Vilches MC, Dueñas Herrero R, Aguado Taberné C, Albert Colomer C, Luque Luque R. Versión española del cuestionario de Yesavage abreviado (GDS) para el cribado de depresión en mayores de 65 años: Adaptación y validación. *Medifam.* 2002;12:620-30.
21. Almeida OP, Almeida SA. Short versions of the geriatric depression scale: a study of their validity for the diagnosis of a major depressive episode according to ICD-10 and DSM-IV. *Int J Geriatr Psychiatry.* 1999;14:858-65.
22. Hoyl MT, Alessi CA, Harker JO, Josephson KR, Pietruszka FM, Koelgen M, et al. Development and testing of a five-item version of the Geriatric Depression Scale. *Am Geriatr Soc.* 1999;47:873-8.
23. D'Ath P, Katona P, Mullan E, Evans S, Katona C. Screening, detection and management of depression in elderly primary care attenders. I: The acceptability and performance of the 15 item Geriatric Depression Scale (GDS15) and the development of short versions. *Fam Pract.* 1994;11:260-6.
24. Clement JP, Nassif RF, Leger JM, Marchan F. Development and contribution to the validation of brief French version of the Yesavage Geriatric Depression Scale. *Encephale.* 1997;23:91-9.
25. Rinaldi P, Mecocci P, Benedetti C, Ercolani S, Bregnocchi M, Menu G, Catani M, Senin U, Cherubini A. Validation of the five-item geriatric depression scale in elderly subjects in three different settings. *J Am Geriatr Soc* 2003; 51:694-8.
26. Galaria II, Casten RJ, Rovner BW. Development of a shorter version of the geriatric depression scale for visually impaired older patients. *Int Psychogeriatr.* 2000;12:435-43.
27. Shah A, Herbert R, Lewis S, Mahendran R, Platt J, Bhattacharyya. Screening for depression among acutely ill geriatric inpatient with a short Geriatric Depression Scale. *Age Ageing* 1997; 26:217-21.
28. Montgomery SA, Asberg H. A new depression scale designed to be more sensitive to change. *Br J Psychiatr.* 1979;134:382-9.
29. Grupo de estudio de neurología de la conducta y demencias. SEN. *Guía en demencias.* Barcelona: Masson; 2000.
30. Pfeiffer E. A Short Portable Mental Status Questionnaire for the assesment of organic brain deficit in elderly patients. *J Am Geriatr Soc.* 1975;23:433-41.
31. Martínez J, Dueñas R, Onís MC, Aguado C, Albert C, Luque R. Adaptación y validación al castellano del cuestionario de Pfeiffer (SPMSQ) para detectar la existencia de deterioro cognitivo en personas mayores de 65 años. *Med Clin (Barc).* 2001;117:129-34.
32. Lobo A, Ezquerro J, Gómez F, Sala JM, Seva A. El minixamen cognoscitivo (un «test» sencillo, práctico, para detectar alteraciones intelectuales en pacientes médicos). *Actas Luso Esp Neurol Psiquiatr.* 1977;7:189-202.
33. Lobo A, Saz P, Marcos G, Día JL, De la Cámara C, Ventura T, et al. Revalidación y normalización del Mini-Examen Cognoscitivo (primera versión en castellano del Mini-Mental Status Examination) en población general geriátrica. *Med Clin (Barc).* 1999;112:767-74.
34. Morales JM, González JI, Del Ser T, Bermejo F. El test del informador. Una nueva aproximación en la detección precoz de la demencia. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 1993;28:142-53.
35. Grau JG, Eiroa P, Cayuela A. Versión española del OARS multidimensional Functional Assessment Questionnaire: adaptación transcultural y medida de la validez. *Aten Primaria.* 1996;17:486-95.
36. CIE 10. *Trastornos mentales y del comportamiento.* Descripciones clínicas y pautas de comportamiento. Organización Mundial de la Salud. Madrid: Meditor; 1992.
37. Guillemin F, Bombardier C, Beaton D. Cross-cultural adaptation of health-related quality of life measures: literature review and proposed guidelines. *J Clin Epidemiol.* 1993;46:1417-32.
38. Agra I. Adaptación transcultural de cuestionarios en ciencias de la salud. *Medifam.* 1997;7:13-6.
39. Guillemin F. Cross cultural adaptation and validation of health status measures. *Scand J Rheumatol.* 1995;24:61-3.
40. Lebowitz BD, Pearson JL, Schneider LS, Reynolds III CF, Alexopoulos GS, Bruce ML, et al. Actualización y tratamiento de la depresión en los ancianos. Actualización de los informes del consenso. *JAMA (ed esp).* 1998;7:162-7.
41. Cooper-Patrick L, Crum RM, Ford DE. Characteristics of patients with major depression who received care in general medical and speciality health settings. *Med Care.* 1994;32:15-24.
42. Callahna CM, Hui SL, Nienaber NA, Musick BS, Tierney WM. Longitudinal study of depression and health services use among elderly primary care patients. *J Am Geriatr Soc.* 1994;42:833-8.
43. Fernández Viadero C. Trastornos mentales habituales en ancianos. En: Vázquez-Barquero JL, editor. *Psiquiatría en atención primaria.* Madrid: Aula Médica; 1998. p. 477-94.
44. Dirección General de Atención Sanitaria. *Guía de atención a la salud del anciano.* Sevilla: Junta de Andalucía. Consejería de Salud; 1992.
45. Galat VL, Zunzunegui MV, Béland F. El diseño y la ejecución de «Envejecer en Leganés». *Rev Gerontol.* 1995;5:215-31.
46. Martínez de la Iglesia J, Pérula de Torres LA, Espejo J, Rubio MV, Aranda JM, Fonseca FJ, et al. Proyecto ANCO: un estudio sociosanitario de la población mayor de la ciudad de Córdoba. Diseño y ejecución. *Rev Gerontol.* 1997;7:82-90.
47. De la Serna de Pedro I. *Manual de psicogeriatría clínica.* Barcelona: Masson; 2000.

**ANEXO 1** Escala de depresión geriátrica de Yesavage abreviada (versión española): GDS-VE<sup>20</sup>

1. ¿En general, está satisfecho/a con su vida?	Sí	<b>No</b>
2. ¿Ha abandonado muchas de sus tareas habituales y aficiones?	<b>Sí</b>	No
3. ¿Siente que su vida está vacía?	<b>Sí</b>	No
4. ¿Se siente con frecuencia aburrido/a?	<b>Sí</b>	No
5. ¿Se encuentra de buen humor la mayor parte del tiempo?	Sí	<b>No</b>
6. ¿Teme que algo malo pueda ocurrirle?	<b>Sí</b>	No
7. ¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?	Sí	<b>No</b>
8. ¿Con frecuencia se siente desamparado/a, desprotegido/a?	<b>Sí</b>	No
9. ¿Prefiere usted quedarse en casa, más que salir y hacer cosas nuevas?	<b>Sí</b>	No
10. ¿Cree que tiene más problemas de memoria que la mayoría de la gente?	<b>Sí</b>	No
11. ¿En estos momentos, piensa que es estupendo estar vivo?	Sí	<b>No</b>
12. ¿Actualmente se siente un/a inútil?	<b>Sí</b>	No
13. ¿Se siente lleno/a de energía?	Sí	<b>No</b>
14. ¿Se siente sin esperanza en este momento?	<b>Sí</b>	No
15. ¿Piensa que la mayoría de la gente está en mejor situación que usted?	<b>Sí</b>	No

Puntuación total: las respuestas que indican depresión están en negrita. Cada una de estas respuestas cuenta un punto.