

Validación de la versión española de 5 y 15 ítems de la Escala de Depresión Geriátrica en personas mayores en Atención Primaria

R. Ortega Orcos^a, M.A. Salinero Fort^b, A. Kazemzadeh Khajoui^a, S. Vidal Aparicio^a y R. de Dios del Valle^c

^a Centro de Salud Doctor Cirajas. ^b Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria. SERMAS. Área sanitaria 4. Madrid.

^c Hospital de Navia-Jarrio. Área sanitaria 1. Asturias.

Objetivo. Presentamos un estudio transversal cuyo objetivo fue validar una versión de cinco y quince ítems de la escala de depresión geriátrica (GDS-5 y GDS-15) en un centro de Atención Primaria frente al diagnóstico clínico (según criterios de la DSM-IV como patrón de referencia).

Pacientes y método. Se incluyeron 301 pacientes mayores de 64 años. Fueron excluidos aquéllos con deterioro cognitivo (mini-examen cognoscitivo menor de 20/30), déficit severo de comunicación (cofosis) y negación a la propuesta de participar. Se realizaron tanto un análisis descriptivo como un estudio de validación de las escalas.

Resultados. La prevalencia de depresión fue del 14,6%. La escala GDS-5 tuvo una sensibilidad de 0,86, una especificidad de 0,85, un valor predictivo positivo (VPP) de 0,51, un valor predictivo negativo (VPN) de 0,97, una razón de probabilidad positiva de 6. Para GDS-15 la sensibilidad fue 0,82, la especificidad 0,98, el VPP 0,86, el VPN 0,97 y la razón de probabilidad positiva 35,03.

Conclusiones. La GDS-5 parece útil como prueba de cribado en Atención Primaria ya que presenta una sensibilidad mayor que la GDS-15 y un área bajo la curva muy similar.

PALABRAS CLAVE: depresión, sensibilidad y especificidad, razones de probabilidad, curvas ROC, estudio transversal, valoración geriátrica, Atención Primaria, ancianos.

Ortega Orcos R, Salinero Fort MA, Kazemzadeh Khajoui A, Vidal Aparicio S, de Dios del Valle R. Validación de la versión española de 5 y 15 ítems de la Escala de Depresión Geriátrica en personas mayores en Atención Primaria. *Rev Clin Esp.* 2007;207(11):559-62.

Validation of 5 and 15 items Spanish version of the geriatric depression scale in elderly subjects in Primary Health Care setting

Purpose. Cross-sectional study to validate a Spanish version of the 5 and 15 items Geriatric Depression Scale (GDS 5 and 15) in a non-selected community dwelling older population, compared with the clinical diagnosis of depression (using DSM-IV criteria) as gold standard.

Patients and method. A total of 301 subjects randomly selected from the >64 years old population served by a public Primary Care Center in Madrid were included. Severe cognitive impairment (MMSE < 20/30), severe hearing impairment and denial to participate were exclusion criteria. A descriptive and a screening study were performed.

Results. The prevalence of depression in this population was 14.6%. The 5-item GDS had a sensitivity of 0.864 (0.762-0.965), specificity of 0.856 (0.813-0.899), PPV 0.507 (0.394-0.62), NPV 0.973 (0.952-0.994), and positive likelihood ratio 6 (4.34-8.26).

The 15-item GDS had a sensitivity of 0.818 (0.704-0.932), specificity of 0.977 (0.958-0.995), PPV 0.857 (0.751-0.963), NPV 0.969 (0.948-0.99), and positive likelihood ratio 35.03 (28.76-40.77).

Conclusions. GDS-5 may be useful screening test for depression in non selected elderly patients in primary care. It has better sensitivity than GDS-15 and similar area under curve.

KEY WORDS: depressive disorder, sensitivity and specificity, likelihood ratio, ROC curve, cross-sectional studies, Primary Health Care, geriatric assessment, aged.

Introducción

La depresión es el trastorno mental más prevalente en mayores de 65 años, y oscila entre un 10 y un 35%¹⁻³. Su diagnóstico tardío se asocia con gravedad, comorbilidad, cuadros somáticos, hiperfrecuentación, polimedización y aumento de los costes⁴. Además, a menudo

se infradiagnostica en este grupo de edad⁵, por lo que son necesarios instrumentos de cribado validados en Atención Primaria para población mayor⁶. Actualmente la escala más usada es la *geriatric depression scale* (escala de depresión geriátrica) de Yesavage de 15 ítems (GDS-15)⁷, pero resulta atractiva la posibilidad de utilizar versiones más breves como la propuesta por Hoyle et al de 5 ítems (GDS-5)⁸. Se han realizado varios estudios de validación, pero en su mayoría han sido en ámbito hospitalario^{9,10}. Por lo tanto, el objetivo del presente trabajo es analizar la validez de dichas escalas en Atención Primaria frente al diagnóstico clínico como patrón de referencia.

Correspondencia: R. Ortega Orcos.
Avda. Monasterio del Escorial, 26, portal 1, 4.º F.
28049 Madrid.
Correo electrónico: rebkor@jazzfree.com

Aceptado para su publicación el 14 de mayo de 2007.

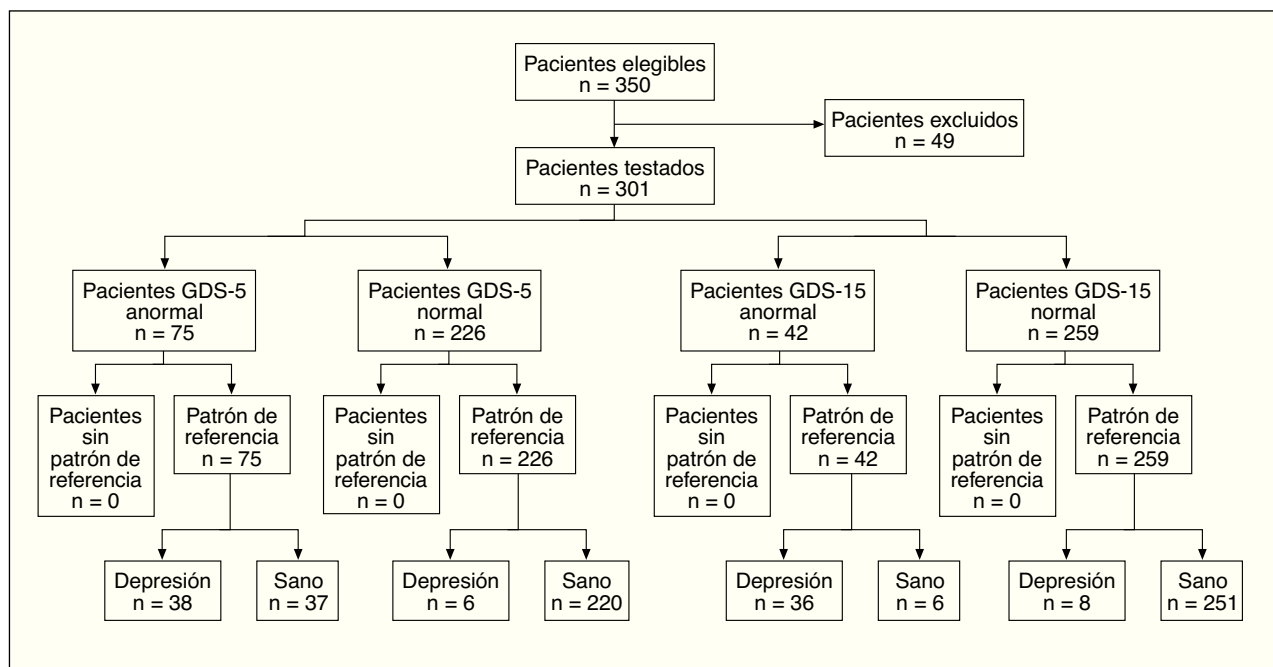


Fig. 1. Diagrama de flujo del estudio.

Material y métodos

Se trata de un estudio transversal de validación diagnóstica. El tamaño muestral se estimó en 289 personas (prevalencia esperada: 17%; sensibilidad: 85%; intervalo de confianza del 95%; precisión: 10%), aumentándose un 20% en previsión de pérdidas. Los pacientes fueron elegidos al azar entre la población mayor de 64 años que hubiera acudido en al menos dos ocasiones durante un año por motivos clínicos a consulta médica del Centro de Salud Doctor Cirajas de Madrid. Se excluyeron los pacientes con un resultado inferior a 20 en el mini-examen cognoscitivo (MEC-30) de Lobo, con problemas de comunicación (cofosis) y los que decidieron no participar. Aquellos que cumplieron los criterios de inclusión fueron evaluados mediante una entrevista semiestructurada ajustada a los parámetros DSM-IV por dos médicos previamente entrenados. La cumplimentación de las escalas fue realizada de manera ciega e independiente por un médico, distinto a los de la entrevista, que no obtuvo información de los resultados de la prueba de referencia (fig. 1). Se realizó un pilotaje para comprobar el índice kappa intraobservador, que resultó $k = 0,85$, semejante al descrito en la literatura¹¹⁻¹³.

Respecto a las variables de estudio, el patrón de referencia fue el diagnóstico clínico de trastorno del estado del ánimo (TEA) según criterios DSM-IV, analizando la escala GDS-5 y GDS-15, con un punto de corte igual o mayor de 2 como sugerente de depresión en la primera y mayor de 5 en la segunda^{8-10,11,12,14}. Además, se recogieron la edad, el sexo, la puntuación del MEC-30, así como el índice de Katz y el de Lawton para actividades básicas e instrumentales de la vida diaria, respectivamente. El estudio fue aprobado por el comité de investigación local.

En cuanto al análisis de los datos, se realizó el estudio descriptivo de las variables y la validación del test, incluido el cálculo de la capacidad discriminativa mediante la curva COR, y el análisis de la sensibilidad de probabilidad post-prueba. Para la comparación de los pacientes sanos y deprimidos se utilizaron la prueba de Chi-cuadrado, la prueba t de Student o la prueba de la U de Mann Whitney. Se manejó el paquete estadístico SPSS versión 11.0 para Windows.

Resultados

La muestra final quedó constituida por 301 pacientes (57,8 de mujeres) con una media de edad de 74,3 años. La mayoría era independiente para las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria (tabla 1). Un 14,6% de los pacientes fue diagnosticado de TEA según criterios DSM-IV.

Al analizar la concordancia entre el diagnóstico clínico de depresión y la positividad de las escalas, los datos indican que tanto la GDS-5 como la GDS-15 presentan una sensibilidad y una especificidad superiores a 0,80 y el análisis de cada ítem de forma aislada revela que la pregunta 3 es la que obtiene mayor sensibilidad. El valor predictivo positivo y la razón de probabilidad positiva son mayores en la GDS-15 que en la GDS-5 (tabla 2). El área bajo la curva COR (características operativas para el receptor) es de 0,86 (0,80-0,92) para la GDS-5 y de 0,90 (0,83-0,97) para la GDS-15 (fig. 2). Para una probabilidad pre-prueba del 14,6%, tras una GDS-5 positiva, la probabilidad post-prueba se incrementa hasta el 50% y la GDS-15 positiva alcanza una probabilidad post-prueba del 82,7%. La GDS-5 positiva cuando se complementa con la GDS-15, asimismo positiva, incrementa la probabilidad post-prueba hasta el 97,3%. La positividad de ambas pruebas, aplicadas seriadamente, alcanza una sensibilidad del 71% y una especificidad del 100%.

Discusión

Al analizar la escala de depresión geriátrica observamos que la GDS-5 ofrece una exactitud (área bajo la curva) semejante a la GDS-15, ya que la diferencia es

TABLA 1
Estudio descriptivo

		No deprimidos	Deprimidos	p
N	301	257	44	
Edad media (DT)	74,3 (DT: 6,6)	74 (DT: 6,28)	76,1 (DT: 7,9)	0,05
Sexo				< 0,01
Varones n (%)	127 (42,2%)	117 (92,1%)	10 (7,9%)	
Mujeres n (%)	174 (57,8%)	140 (80,5%)	34 (19,5%)	
Katz				< 0,01
0-5 n (%) ^a	12 (3,9%)	4 (33,3%)	8 (66,6%)	
6 n (%) ^b	289 (96,1%)	253 (87,5%)	36 (12,5%)	
Lawton media ^c (DT)	7,0 (DT: 1,6)	7,11 (DT: 1,43)	6,52 (DT: 2,38)	0,12
Mini-examen cognoscitivo media (DT)	27,4 (DT: 3,0)	27,55 (DT: 2,66)	26,18 (DT: 4,13)	0,04

^aKatz 0-5: dependencia para alguna/s de las actividades básicas de la vida diaria (ABVD). ^bKatz 6: independencia para todas las ABVD (= nivel A). ^cLawton \geq 8: independencia absoluta en las actividades instrumentales de la vida diaria. DT: desviación típica.

no significativa y poco relevante. Esto demuestra su adecuada capacidad para discriminar pacientes depresivos de sujetos sanos, con un punto de corte óptimo en 2, lo que coincide con lo propuesto por otros autores^{8-10,12,14}. Además, la GDS-5 presenta una sensibilidad mayor que la GDS-15 y es más eficiente en términos de consumo de tiempo, lo cual la convierte en una escala muy útil para el cribado de una enfermedad como es la depresión, en la que un falso positivo no supone riesgos para el paciente.

El análisis pormenorizado de los ítems de la escala demuestra que la máxima sensibilidad la obtiene la cuestión «¿Siente que su vida está vacía?», que ha sido propuesta como pregunta única para detectar trastornos depresivos (GDS-1) en otros estudios¹²⁻¹⁴, que además invitan a investigar en esta línea.

La prevalencia encontrada es semejante a la descrita en la literatura en el ámbito de la Atención Primaria^{1-3,12,14}. Entre las características de la población deprimida destaca una media de edad ligeramente mayor, un predominio de mujeres y una menor puntuación tanto en

el índice de Katz como en el MEC-30, hecho constatado asimismo en otros estudios^{3,13,15}.

Consideramos algunas limitaciones; en primer lugar es posible que el espectro de pacientes diagnosticados no hubiera cubierto todas las gradaciones de severidad. Para evitar trabajar con una población «demasiado» sana, se decidió reclutar pacientes que hubieran consultado en al menos dos ocasiones durante el año previo al inicio del estudio. Por otro lado, cabe la posibilidad de que los casos más graves pudieran estar institucionalizados y no haber sido elegidos para participar en el estudio. De haber ocurrido esto, habríamos infraestimado tanto la sensibilidad como la especificidad de ambas pruebas. En segundo lugar, nos encontramos que cerca de un 10% de los pacientes decidieron no participar; con el fin de evitar un posible sesgo de selección comprobamos, mediante revisión de la historia clínica, que eran semejantes en todas sus características a los participantes. Por último, es posible que el patrón de referencia no fuera perfecto por haber sido aplicado por profesionales

TABLA 2
Indicadores de validez y de probabilidad post-prueba de las escalas GDS-5 y GDS-15, así como de los ítems que las componen

Pregunta	S	E	VPP	VPN	RPP	RPN	PPOST
1. ¿Está satisfecho con su vida? ^a	0,50	0,96	0,71	0,92	14,28	0,52	0,71
2. ¿Ha renunciado a actividades o intereses?	0,59	0,83	0,37	0,92	3,45	0,49	0,37
3. ¿Siente que su vida está vacía?	0,84	0,85	0,49	0,97	5,54	0,19	0,49
4. ¿Se encuentra a menudo aburrido? ^a	0,66	0,85	0,43	0,94	4,34	0,40	0,43
5. ¿Suele estar de buen humor?	0,45	0,94	0,56	0,91	7,30	0,58	0,56
6. ¿Tiene miedo de que le pase algo malo?	0,57	0,75	0,28	0,91	2,25	0,58	0,28
7. ¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?	0,50	0,96	0,67	0,92	11,68	0,52	0,67
8. ¿Se siente a menudo abandonado? ^a	0,36	0,97	0,67	0,90	11,68	0,66	0,67
9. ¿Prefiere quedarse en casa a salir y hacer cosas? ^a	0,66	0,80	0,36	0,93	3,32	0,43	0,36
10. ¿Cree tener más problemas de memoria que la mayoría de la gente?	0,20	0,87	0,21	0,86	1,55	0,92	0,21
11. ¿Cree que vivir es maravilloso?	0,39	0,98	0,77	0,90	19,86	0,63	0,77
12. ¿Le cuesta iniciar nuevos proyectos? ^a	0,70	0,77	0,35	0,94	3,12	0,38	0,35
13. ¿Se siente lleno de energía?	0,48	0,91	0,48	0,91	5,33	0,57	0,48
14. ¿Cree que su situación es desesperada?	0,23	0,99	0,84	0,82	29,2	0,78	0,83
15. ¿Cree que mucha gente está peor que usted?	0,68	0,58	0,22	0,91	1,64	0,55	0,22
GDS-5	0,86	0,86	0,5	0,97	6	0,16	
GDS-15	0,82	0,98	0,86	0,96	35,03	0,19	

^aÍtems que constituyen la escala de depresión geriátrica-5. E: especificidad; GDS-5: escala de depresión geriátrica-5; GDS-15: escala de depresión geriátrica-15; PPOST: probabilidad post-prueba; RPN: razón de probabilidad negativa; RPP: razón de probabilidad positiva; S: sensibilidad; VPN: valor predictivo negativo; VPP: valor predictivo positivo.

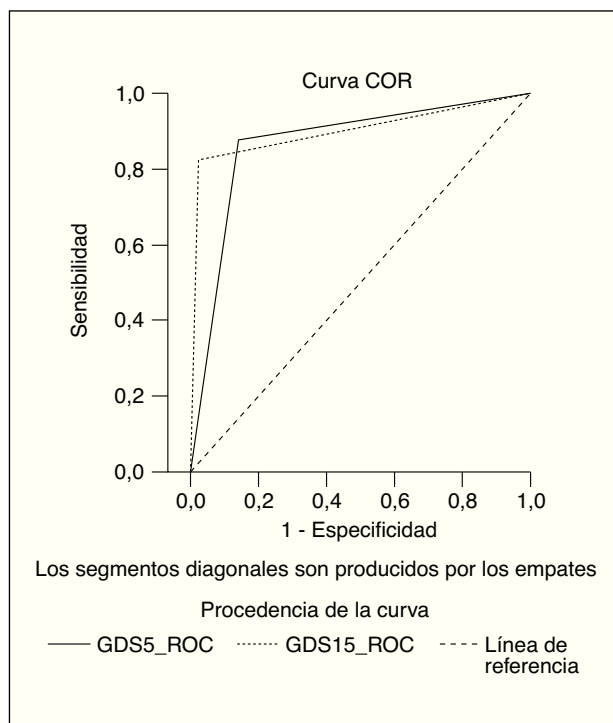


Fig. 2. Curva ROC de ambas escalas.

ajenos a la psicología/psiquiatría, si bien es cierto dicho personal recibió entrenamiento previo por un psicólogo clínico.

En conclusión, podemos decir que la GDS-5 es una excelente técnica de cribado pues, aunque no eleva la probabilidad post-prueba a un umbral que permita el diagnóstico, presenta mayor sensibilidad que la GDS-15. Pero puesto que la GDS-15 presenta mayor especificidad, valor predictivo positivo y razón de probabilidad positiva que la GDS-5, podría emplearse como segunda prueba de cribado en los positivos a la GDS-5, dado que su aplicación seriada alcanza una

probabilidad post-prueba cercana al 100%. Este extremo debería confirmarse en futuros estudios.

Agradecimientos

Este trabajo ha sido financiado por el Ministerio de Sanidad y Consumo, el Instituto de Salud Carlos III, la Red G03/170 de Investigación en Actividades Preventivas y Promoción de la Salud en Atención Primaria (REDIAPP).

BIBLIOGRAFÍA

1. Urbina JR, Flores JM, García MP, Torres L, Torrubias RM. Depressive symptoms in the elderly. Prevalence and associated factors. *Gac Sanit*. 2007; 21:37-42.
2. García MJ, Tobías J. Prevalencia de depresión en mayores de 65 años. Perfil del anciano de riesgo. *Aten Primaria*. 2001;27:484-8.
3. Gil P, Ribera JM. Grandes síndromes geriátricos. En: Farreras P, Rozman C, editores. *Medicina Interna*. 14.ª ed. Madrid: Doyma; 2004;1289-90.
4. Druss BG, Rosenheck RA, Sledge WH. Health and disability costs of depressive illness in a major US corporation. *Am J Psychiatry*. 2000;157:1274-8.
5. Von Korff M, Katon W, Unutzer J, Wells K, Wagner EF. Improving depression care barriers, solutions and research needs. *J Fam Pract*. 2001;50:E1.
6. Fernández Viadero C. Trastornos mentales habituales en ancianos. En: Vázquez-Barquero JL, editor. *Psiquiatría en atención primaria*. Madrid: Aula Médica; 1998. p. 477-94.
7. Tizón JL, Buitrago F, Ciurana R, Chocrón L, Fernández C, García-Campayo J, et al. Prevención de los trastornos de salud mental desde la atención primaria (grupo de expertos del PAPPs). *Aten Primaria*. 2003;32 Supl 2:77-101.
8. Hoyl MT, Alessi CA, Harker JO, Josephson KR, Pietruszka FM, Koelfgen M, et al. Development and testing of a five-item version of the Geriatric Depression Scale. *Am Geriatr Soc*. 1999;47:873-8.
9. Rinaldi P, Mecocci P, Benedetti PhD, Ercolani S, Bregnocchi M, Menculini G, et al. Validation of the Five-Item Geriatric Depression Scale in Elderly Subjects in Three Different Settings. *JAGS*. 2003;51:694-8.
10. De Dios R, Hernández AM, Rexach LI, Cruz AJ. Validación de una versión de cinco ítems de la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage en población española. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2001;36:276-80.
11. Sheikh JL, Yesavage JA. Geriatric Depression Scale (GDS): Recent evidence and development of a shorter version. *Clin Gerontol*. 1986;5:165-72.
12. Martínez J, Onís MC, Dueñas R, Aguado Taberna A, Colomer C, Arias MC. Abreviar lo breve. *Aten Primaria*. 2005;35:14-21.
13. 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.
14. Martínez J, Onís MC, Dueñas R, Aguado C, Albert C, 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.
15. Herrera J. La depresión en el anciano. *Aten Primaria*. 2000;26:339-46.