

Validación de una versión de cinco ítems de la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage en población española

De Dios del Valle, R.*; Hernández Sánchez, A. M.*; Rexach Cano, L. I.** y Cruz Jentoft, A. J.**

* Médico de familia. Área 4. Madrid. ** Unidad de Geriátrica. Hospital Ramón y Cajal. Madrid.

RESUMEN

OBJETIVO: Validar una versión de cinco ítems de la Escala de Depresión Geriátrica (GDS) de Yesavage para el screening de la depresión en población española mayor de 65 años.

DISEÑO: Comparación de los resultados obtenidos con la escala GDS de 5 y de 15 ítems frente al diagnóstico clínico de depresión como patrón de referencia.

PARTICIPANTES: Se incluyeron 155 pacientes geriátricos (69,7% mujeres, $78,3 \pm 5,8$ años) elegidos mediante muestreo aleatorio simple de entre todos los que acudieron a la consulta de geriatría de un hospital entre enero de 1996 y junio de 1999. Se excluyeron aquellos con Minexamen cognoscitivo < 20 , déficit severo de la audición o enfermedades que impedían una comunicación fiable.

INTERVENCIÓN: Se realizó una evaluación geriátrica exhaustiva que incluía la GDS de Yesavage de 15 ítems y cinco ítems. Se calculó la sensibilidad, especificidad, valor predictivo positivo (VPP) y negativo (VPN) de las dos versiones de la escala de depresión geriátrica tomando como patrón de referencia el diagnóstico clínico de trastornos del estado de ánimo según criterios del DSM-IV.

RESULTADOS: Prevalencia de depresión: 56,1%. Los pacientes deprimidos y no deprimidos eran semejantes en todas sus características, salvo una mayor prevalencia de depresión en las mujeres. La escala GDS-5 tuvo una sensibilidad de 0,99, especificidad 0,57, VPP 0,75, VPN 0,98. Para la GDS-15 estos valores fueron: sensibilidad 0,93, especificidad 0,73, VPP 0,82, VPN 0,89. La escala GDS-5 se comportaba de forma diferente en hombres y mujeres, con menor especificidad en mujeres (0,45) que en varones (0,77).

CONCLUSIONES: Esta versión de cinco ítems de la GDS podría ser útil como prueba de screening de depresión en varones mayores, pero su rendimiento es peor que el de la versión de 15 ítems en las mujeres.

Palabras clave

Depresión. Atención Primaria. Screening. Ancianos.

Validation of a Five-Item version of the Geriatric Depression Scale in Spanish population

Correspondencia: Dr. Cruz Jentoft. Unidad de Geriátrica. Hospital Ramón y Cajal. Ctra. Colmenar, km 9,100. 28034 Madrid. E-mail: acruz@hrc.insalud.es.

Recibido el 12-2-01; aceptado el 14-6-01.

SUMMARY

OBJECTIVE: Validation of a 5-item version of Yesavage's Geriatric Depression Scale (GDS) for the screening of depression in an elderly Spanish population.

DESIGN: Comparison of the results obtained using the 5 item and 15 item versions of GDS with the clinical diagnosis of depression based on DSM-IV criteria.

PARTICIPANTS: A random sample of 155 geriatric patients (69.7% women 78.3 ± 5.8 years old) attending a hospital geriatric outpatient clinic from January 1996 to June 1999 was obtained. Patients with mini-mental state examination (MMSE) (Spanish version) $< 20/35$ or diseases preventing reliable communication were excluded.

MAIN OUTCOME MEASURE: A comprehensive geriatric assessment was performed including the 15 and 5 item versions of Yesavage's Geriatric Depression Scale. Sensitivity, specificity, and positive and negative predictive values of both versions were calculated using the DSM-IV diagnosis of depression as a reference standard.

RESULTS: Prevalence of depression: 56.1%. Depressed and non-depressed patients were similar in other aspects, except for a greater prevalence of depression in women. The GDS-5 scale sensitivity was 0.99, specificity 0.57, positive predictive value 0.75, negative predictive value 0.98. For GDS-15 these values were: sensitivity 0.93, specificity 0.73, positive predictive value 0.82, negative predictive value 0.89. GDS-5 had a different behavior in men and women (specificity: 0.45 in females vs. 0.77 in males).

CONCLUSIONS: This five item version of the GDS may be a useful screening tool for depression in older males, but the 15 item version performs better in females.

Key words

Depression. Primary Care. Screening. Older population.

INTRODUCCIÓN

La depresión es el trastorno mental más prevalente en las personas mayores (1). Diversos estudios epidemiológicos muestran prevalencias de depresión en personas mayores de 65 años que van del 17% al 31% (2, 3). La mayoría de las personas mayores que presentan clínicamente síntomas de trastornos del estado del ánimo no acuden a consultas especializadas de psiquiatría, sino que acuden a las consultas de atención primaria (4, 5). La depre-

sión se asocia a un aumento de la mortalidad y morbilidad, a un peor estado funcional y un menor bienestar (6). Es importante realizar un diagnóstico adecuado de esta enfermedad, ya que es un proceso tratable; pero con frecuencia pasa desapercibido y queda sin diagnosticar y consecuentemente sin tratar. Existen estudios que apuntan que los médicos de atención primaria no diagnostican del 50 al 75% de los pacientes que sufren diversos trastornos mentales comunes como la depresión (7, 8). Parece apropiado que los profesionales de la salud cuenten con herramientas de *screening* de la depresión efectivas para aumentar el índice de detección de esta enfermedad en los pacientes mayores de 65 años.

La Escala de Depresión Geriátrica (*Geriatric Depression Scale*, GDS) de 30 ítems fue desarrollada por Brink y Yesavage en 1982 (9) y su validez y utilidad han sido ampliamente descritas. La versión de 15 ítems de la GDS fue desarrollada por Sheikh y Yesavage en 1986 (10) con una mejor eficacia y sin perder precisión (11). Versiones más cortas han sido desarrolladas progresivamente a lo largo de los años con el objeto de lograr un ahorro de tiempo (12). Recientemente ha sido publicada una versión en inglés de cinco ítems por Hoyl et al (13). En el estudio de estos autores la versión corta es al menos tan efectiva como la de 15 ítems y puede ser aplicada en un tercio del tiempo. Basándonos en esta versión hemos desarrollado una versión de cinco ítems para población española, siendo el objetivo de nuestro estudio validar una versión de cinco ítems de la Escala de Depresión Geriátrica para el *screening* de la depresión en castellano y en una población española mayor de 65 años.

MATERIAL Y MÉTODOS

Diseño del estudio: Estudio transversal donde se comparan los resultados obtenidos con la Escala de Depresión Geriátrica de cinco ítems (GDS-5) y la versión de 15 ítems (GDS-15) frente al diagnóstico clínico de trastornos del estado de ánimo (basado en los criterios DSM-IV) considerado como patrón de referencia. La versión de 15 ítems contiene en sus preguntas la versión de cinco ítems (tabla I). El diagnóstico clínico ha sido realizado mediante entrevista semiestructurada por un geriatra en el seno de una evaluación geriátrica exhaustiva y la escala de depresión ha sido administrada de forma ciega por un médico residente o una enfermera especializada, con una diferencia máxima de una hora entre entrevista y administración de la escala. Se ha pedido siempre al paciente que responda en función de su estado de ánimo actual.

Población de estudio: Personas mayores de 65 años enviadas a la consulta de valoración geriátrica de un gran hospital universitario por sus médicos de atención primaria. Las indicaciones para remitir a los pacientes a esta consulta han sido descritas con anterioridad (14).

Se excluyeron aquellos pacientes con resultado menor de 20 en el Mini-examen cognoscitivo de Lobo, debido a la

TABLA I. Escala de Depresión Geriátrica de 15 y 5 ítems

1. **¿Está satisfecho con su vida?**
2. ¿Ha renunciado a muchas actividades?
3. ¿Siente que su vida está vacía?
4. **¿Se encuentra a menudo aburrido/a?**
5. ¿Tiene a menudo buen ánimo?
6. ¿Teme que le pase algo malo?
7. ¿Se siente feliz muchas veces?
8. **¿Se siente a menudo abandonado/a?**
9. **¿Prefiere quedarse en casa a salir?**
10. ¿Cree tener más problemas de memoria que el resto de la gente?
11. ¿Piensa que es maravilloso vivir?
12. **¿Le cuesta iniciar nuevos proyectos?**
13. ¿Se siente lleno de energía?
14. ¿Siente que su situación es desesperada?
15. ¿Cree que mucha gente está mejor que usted?

En negrita aparecen las preguntas de nuestra versión de cinco ítems.

menor sensibilidad de la escala GDS en pacientes con deterioro cognitivo importante, y aquellos con una pérdida severa de audición bilateral o alguna otra enfermedad que impedía una comunicación fiable.

Definición de la muestra: Se eligieron para este estudio todos los pacientes que acudieron por primera vez a la consulta de geriatría entre enero de 1996 y junio de 1999 que no cumplían los criterios de exclusión. Se seleccionaron 155 de estos pacientes mediante un muestreo aleatorio simple. El tamaño de la muestra se calculó en función de los resultados del estudio de Hoyl et al. La escala de Depresión Geriátrica se realiza de forma sistemática en la primera visita a todos los pacientes capaces de completarla.

Variables analizadas: El patrón de referencia fue el diagnóstico clínico de trastorno del estado de ánimo según los criterios del DSM-IV. En concreto, se incluyeron los diagnósticos depresión mayor (F32.x), trastorno distímico (F34.1), trastorno adaptativo con ánimo depresivo (F43.20) y trastorno adaptativo mixto ansioso-depresivo (F43.22).

Se analizaron los resultados en las versiones de cinco ítems (GDS-5) y de 15 ítems (GDS-15) (15) de la escala de depresión geriátrica. En la escala GDS-5 se usó un punto de corte igual o mayor de dos como sugerente de depresión, el mismo que se usó en la versión inglesa. El punto de corte en la escala GDS-15 fue de mayor de cinco como sugerente de depresión (14).

Se estudiaron como variables de control: la edad, el sexo, el índice de Katz de actividades básicas de la vida diaria, el índice de Lawton de actividades instrumentales de la vida diaria y el Minixamen cognoscitivo de Lobo.

Análisis de datos: En primer lugar se realizó un estudio descriptivo de la muestra. Las variables cuantitativas se describen con la media, la desviación estándar y la me-

diana, y las variables cualitativas con la distribución porcentual de frecuencias. Se compararon las características generales del grupo deprimido y no deprimido (según el diagnóstico clínico) mediante las pruebas chi-cuadrado y U de Mann-Whitney para variables cuya distribución no es normal. Posteriormente se calcularon la sensibilidad, la especificidad, el valor predictivo positivo y el valor predictivo negativo de ambas escalas (5 y 15 ítems) utilizando como patrón de referencia el diagnóstico clínico. Se realizó un análisis univariante buscando la influencia de diferentes variables de control con las pruebas chi-cuadrado, U de Mann-Witney, Kruskal-Wallis y Rho de Spearman, según las características de las variables. Para todo ello se utilizó el paquete estadístico SPSS versión 8.0 para Windows.

RESULTADOS

Se seleccionaron al azar un total de 342 pacientes, de las cuales fueron excluidos para este estudio 187 (157 por presentar un Miniexamen cognoscitivo bajo, y 30 por estar la historia extraviada o incompleta). Participaron en el estudio 155 pacientes. Los sujetos fueron mayoritariamente mujeres (69,7%) y presentaban una edad media de $78,3 \pm 5,6$ años. Un 25% de los pacientes presentaba una total independencia para las actividades instrumentales y un 50% presentaba total independencia para las actividades básicas de la vida diaria (índice de Katz A). En el Miniexamen cognoscitivo obtuvieron un resultado medio de $27,7 \pm 4,3$. Los pacientes deprimidos y no deprimidos fueron similares en sus características basales, salvo por una mayor prevalencia de depresión en las mujeres (tabla II).

Ochenta y siete de los 155 pacientes (56,1%) fueron diagnosticados de trastornos del estado de ánimo: 12 sujetos (7,7%) de depresión mayor; cinco (3,2%) de trastorno distímico; 50 (32,3%) de trastorno adaptativo con ánimo depresivo y 20 (12,9%) de trastorno adaptativo mixto ansioso-depresivo. Los otros 68 (43,9%) pacientes de la muestra no presentaban ningún trastorno del estado de ánimo.

El GDS-5, con el punto de corte en dos o más puntos, presentaba una sensibilidad de 98,9% (intervalo de confianza para el 95% de 92,9-99,9); una especificidad de 57,4% (44,8-69,1), un valor predictivo positivo de 74,8% (65,7-82,2) y un valor predictivo negativo de 97,5% (85,3-99,9). Se calcularon la sensibilidad y especificidad para otros puntos de corte, presentando un mejor comportamiento el punto de corte en dos o más (por ejemplo, para tres o más presentaba una sensibilidad de 69%, una especificidad de 89,7%, VPP de 89,6% y un VPN de 69,3%). El GDS-15 presentaba en esta población una sensibilidad de 93,1% (85,0-97,2), una especificidad de 73,5% (61,2-83,2), un valor predictivo positivo de 81,8% (72,5-88,6) y un valor predictivo negativo de 89,3% (77,4-95,6). Para esta escala calculamos también la sensibilidad y especifi-

TABLA II. Características generales de los pacientes deprimidos y no deprimidos (n= 155)

	<i>Deprimidos</i> <i>n= 87</i>	<i>No deprimidos</i> <i>n= 68</i>	<i>p</i>
<i>Edad</i> (media± SD)	78,0 ± 5,5	78,6 ± 6,1	ns
<i>Sexo</i>			
Varones (%)	24,1	38,2	0,043
Mujeres (%)	75,9	61,8	
<i>Katz</i>			
0-1 (%)	43,7	58,2	ns
>1 (%)	56,3	42,8	
<i>Lawton</i> (media± SD)	4,9 ± 2,8	5,2 ± 2,5	ns
<i>Miniexamen cognoscitivo</i> (media± SD)	27,2 ± 4,4	28,3 ± 4,2	ns
<i>GDS-15</i> (media± SD)	9,5 ± 2,6	4,1 ± 2,6	0,0001
<i>GDS-5</i> (media± SD)	3,2 ± 1,0	1,4 ± 1,0	0,0001

cidad para diferentes puntos de corte (así para un punto de corte mayor de 4, presentaba una sensibilidad de 95,4%, especificidad del 63,2%, VPP de 76,9% y VPN de 91,5%). Como medida de la consistencia interna se calculó el índice alfa de Cronbach de la versión de 15 ítems y de la versión de cinco ítems, que fueron 0,79 y 0,45 respectivamente.

En el estudio de posibles variables de confusión encontramos que existe una asociación estadísticamente significativa (prueba U de Mann-Whitney, $p=0,008$) entre la variable sexo y la puntuación media del GDS-15, y también entre el sexo y la puntuación media del GDS-5 ($p=0,004$). Dadas estas asociaciones, y con objeto de controlar el posible efecto de confusión de la variable sexo se realizó un análisis de regresión lineal múltiple (método *stepwise*) considerando la puntuación en el GDS-5 como variable dependiente y el GDS-15, el diagnóstico clínico y variables de control como variables independientes. En un primer modelo la única variable predictiva de la puntuación del GDS-5 era la puntuación del GDS-15. Si esta variable no se incluye en el modelo, el resultado del GDS-5 queda explicado por sólo dos variables, el diagnóstico y el sexo ($R^2=0,22$; $p=0,023$; β diagnóstico= 0,4; β sexo= 0,49) confirmándose la influencia independiente de cada una de ellas. Las características de la escala fueron claramente mejores en los varones, con una prevalencia de depresión de alrededor del 45%, que en las mujeres, cuya prevalencia de depresión fue mayor de 60% (los resultados por sexos se describen en detalle en la tabla III).

TABLA III. Resultados de la aplicación de las escalas GDS-5 y GDS-15 totales y por sexos

	<i>Sensibilidad</i>	<i>Especificidad</i>	<i>VPP</i>	<i>VPN</i>	<i>Prevalencia de depresión</i>
GDS-15					
Total	93,1 (85,0-97,2)	73,5 (61,2-83,2)	81,8 (72,5-88,6)	89,3 (77,4-95,6)	56,1%
Hombres	100 (86,6-100)	92,3 (73,4-98,7)	91,3 (70,5-98,5)	100 (82,8-100)	44,6%
Mujeres	90,9 (80,6-96,3)	61,9 (45,6-76)	78,9 (67,8-87,1)	81,3 (63-92,1)	61,1%
Hoyl	94	82	82	94	46%
GDS-5					
Total	98,9 (92,9-99,9)	57,4 (44,8-69,1)	74,8 (65,7-82,2)	97,5 (85,3-94,9)	56,1%
Hombres	95,2 (74,1-99,8)	76,9 (55,9-90,2)	76,9 (55,9-90,2)	95,2 (74,1-99,8)	44,6%
Mujeres	100 (93,1-100)	45,2 (30,2-61,2)	74,2 (63,6-82,6)	100 (79,1-100)	61,1%
Hoyl	97	85	85	97	46%

Los resultados se muestran como media e intervalo de confianza. La prevalencia de depresión figura en porcentaje. Como referencia se muestran los resultados obtenidos por Hoyl et al (12).

DISCUSIÓN

La escala de depresión de Yesavage es la más utilizada en los servicios de geriatría de España para el *screening* de la depresión en el seno de la valoración geriátrica exhaustiva, especialmente en su versión de 15 ítems (16). Esta versión tiene la ventaja añadida de ser más breve en su realización.

Un estudio reciente ha validado en inglés una versión aun más corta de esta escala, escogiendo para ello sólo cinco ítems de la versión de 15 ítems (13). Esta versión aún no está validada en nuestro idioma ni en nuestro entorno, pero resulta atractiva por la posibilidad de obtener una sensibilidad y especificidad similares a las otras versiones en un tiempo mucho más reducido. El objetivo de nuestro trabajo fue intentar validar una versión en castellano de cinco ítems en una población geriátrica.

Nuestra versión de cinco ítems muestra en este estudio una enorme sensibilidad, superior a la de la versión más larga, a expensas de una baja especificidad. Ello hace que el valor predictivo negativo (posibilidad de no estar deprimido con un resultado normal en la prueba) sea muy alto. Cuando se usa una prueba para el *screening* de una enfermedad, se puede escoger una prueba muy sensible y menos específica, como es el caso, cuando la enfermedad es grave pero curable y cuando un resultado falso positivo no supone para el sujeto ningún daño físico, psicológico, ni económico. Podemos considerar que este es el caso de la depresión. Por tanto, la versión de cinco ítems puede constituir una herramienta útil en el *screening* de depresión en pacientes geriátricos, especialmente en entornos como las consultas de atención primaria, en las que hay un gran porcentaje de pacientes deprimidos que pasan desapercibidos. Existen otras versiones reducidas del GDS como la desarrollada por D'Ath et al (12) de cuatro ítems, la cual presenta una sensibilidad de 93% y una

especificidad del 63%, y un índice alfa de Cronbach de 0,55, resultados que son similares a los de la versión que exponemos en este trabajo. Observamos como en general las versiones más reducidas ganan en sensibilidad y pierden en especificidad, como parece obvio, así como en general disminuye su consistencia interna.

Sin embargo, la decisión de sustituir la escala de 15 por la de cinco ítems en todos los ámbitos, como recomiendan los autores de la versión inglesa, no está tan clara. El comportamiento global de la escala de cinco ítems es ligeramente peor que el de la de 15 ítems. Por tanto, a la hora de optar por ella se debe sopesar el ahorro de tiempo que supone una escala más corta frente a la pérdida de especificidad que se sufre. Esto puede ser muy adecuado en atención primaria, y quizás en algunos niveles asistenciales geriátricos, pero puede no serlo en todos los niveles.

Un hallazgo relevante de nuestro estudio es la diferencia en el rendimiento de las escalas en función del sexo. Su comportamiento fue mejor en varones que en mujeres. De hecho, en los varones el rendimiento de las dos escalas fue similar, y la diferencia más llamativa (sobre todo por una muy baja especificidad) se da en las mujeres. Es llamativo que el resultado en los varones es similar al observado en inglés por Hoyl et al (cuyo estudio se realizó sobre una muestra compuesta por un 98% de varones), mientras que el resultado en las mujeres es claramente peor en ambas versiones de la escala, así mismo en la escala de D'Ath (12) de cuatro ítems realizado en una muestra que incluía mujeres en mayor proporción que hombres presenta unos resultados similares a los de nuestro estudio. De hecho, los resultados en los varones sí pueden alentar la recomendación de sustituir la versión larga por la versión corta.

¿A qué se debe esta diferencia? Los resultados globales de nuestro estudio son similares con la versión de 15 ítems a los obtenidos en estudios similares en inglés y castellano

(12, 17-20). Sin embargo, ninguno de estos estudios ha analizado las diferencias en función del sexo. Existen varias explicaciones posibles: diferencias en las manifestaciones de la depresión entre los dos sexos, diferencias en la interpretación de las preguntas o que la sensibilidad y especificidad guarden alguna relación con la prevalencia de depresión, que es mayor en las mujeres. Por el momento no existen datos que apoyen más una u otra hipótesis.

Una limitación de nuestro estudio es el hecho de realizarlo en una población que acude a consultas de evaluación geriátrica. Esta población tiene una mayor prevalencia de depresión que la población mayor general, lo que puede introducir un sesgo al excluir pacientes con formas menos graves, aunque es bastante representativa de la población seguida por un servicio de geriatría. Son precisos nuevos estudios en otras poblaciones con menores prevalencias de trastornos depresivos para valorar la validez de la escala corta en distintos niveles asistenciales.

En resumen, la versión corta de la escala de depresión de Yesavage podría ser útil como prueba de *screening* de la depresión en pacientes geriátricos varones. Son necesarios más estudios antes de que pueda recomendarse en mujeres. Sería conveniente profundizar en el conocimiento de las causas de las diferencias en el rendimiento de la escala entre ambos sexos, si estas diferencias se confirman en estudios posteriores.

BIBLIOGRAFÍA

- Burns A, Denning T, Baldwin R. Care of the elderly. Mental health problems. *BMJ* 2001;322:789-91.
- Okimoto JT, Barnes FF, Veith RC, et al. Screening for depression in geriatric medical patients. *Am J Psychiatry* 1982;139:799-802.
- Vaxman HM, Carner EA. Physician's recognition, diagnosis and treatment of mental disorders in elderly medical patients. *Gerontologist* 1984;24:593-7.
- Shepherd M, Wilkinson G. Primary care as the middle ground for psychiatric epidemiology. *Psychol Med* 1988;18:263-7.
- Katon W, Schulberg H. Epidemiology of depression in primary care. *Gen Hosp Psychiatry* 1992;14:237-47.
- Wells KB, Stewart A, Hays RD, Burnam MA, Rogers W, Daniels M, et al. The functioning and well-being of depressed patients. *JAMA* 1989;262:914-9.
- Spitzer RL, Williams JB, Kroenke K, Linzer M, deGruy FV 3rd, Hahn SR, et al. Utility of a new procedure for diagnosing mental disorders in primary care: The PRIME-MD 1000 study. *JAMA* 1994;272:1749-57.
- Eisner L. Treating depression and anxiety in primary care. *N Engl J Med* 1992;326:1080-4.
- Brink TL, Yesavage JA, Lum O. Screening tests for geriatric depression. *Clin Gerontol* 1982;1:37-43.
- Shek JJ, Yesavage JA. Geriatric Depression Scale (GDS): Recent evidence and development of a shorter version. En: Brink TL, ed. *Clinical Gerontology: A Guide to Assessment and Intervention*. New York: Haworth Press; 1986. p. 165.
- Alden C, Austin C, Sturgeon R. A correlation between the Geriatric Depression Scale long and short forms. *J Gerontol B: Psychol Sci Soc Sci* 1989;44:124-5.
- D'Ath P, Katona P, Mullan E, Evans S, Katona C. Screening, Detection and Management of Depression in Elderly Primary Care Attendees. 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.
- 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. *J Am Geriatr Soc* 1999;47:873-8.
- Sánchez A, Flexach L, Cruz-Jentoft AJ. Adecuación de los pacientes a los criterios de derivación a una unidad de valoración geriátrica desde atención primaria. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 1998;33:357-61.
- Matínez E, Díaz-Chavez G, García JA, Gil P. Escala de Yesavage reducida: su validez para detectar trastornos afectivos. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 1993;28(Supl 1):28.
- Abizanda P, Gallego J, Sánchez P, Díaz C. Instrumentos de valoración geriátrica integral en los servicios de geriatría de España: uso heterogéneo de nuestra principal herramienta de trabajo. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 2000;35(5):261-8.
- Mahoney J, Drinka T, Abler R, Gunter-Hunt G, Matthews C, Gravenstein S, et al. Screening for Depression: Single Question versus GDS. *J Am Geriatr Soc* 1994;42:1006-8.
- Lyness J, Noel T, Cox C, King D, Conwell M, Caine E. Screening for Depression in Elderly Primary Care Patients. *Arch Intern Med* 1997;157:449-54.
- Aguado C, Martínez J, Onís MC, Dueñas FM, Albert C, Espejo J. Adaptación y validación al castellano de la versión abreviada de la «Geriatric Depression Scale» (GDS) de Yesavage. *Atención Primaria* 2000;26(Supl 1):328.
- Martí D, Miralles R, Uorach I, García-Palleiro P, Esperanza A, Guillem J, Cervera AM. Trastornos depresivos en una unidad de convalecencia: experiencia y validación de una versión española de 15 preguntas de la escala de depresión geriátrica de Yesavage. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 2000;35:7-14.