

Validación de la versión reducida de la escala de depresión geriátrica en el consultorio externo de geriatría del Hospital Nacional Cayetano Heredia

Validation of the short form of the geriatric depression scale in the geriatric outpatient clinic at the Hospital Nacional Cayetano Heredia

Jeanie De la Torre Maslucan¹, Rosa Shimabukuro Maeki¹, Luis Varela Pinedo², Hever Krüger Malpartida³, Leandro Huayanay Falconí⁴, Javier Cieza Zevallos⁵, Miguel Gálvez Cano⁶.

RESUMEN

Objetivo: validar la versión reducida (4 preguntas) de la escala de depresión geriátrica en pacientes adultos mayores.

Materiales y métodos: estudio realizado entre setiembre 2002 y junio 2003, en 400 pacientes mayores de 60 años que no recibían tratamiento antidepresivo ni tenían evidencia de deterioro cognitivo y que acudieron al consultorio externo del Servicio de Geriatría del hospital nacional Cayetano Heredia. A ellos se les aplicó el DSM-IV (gold standard), la escala de depresión geriátrica de 15 ítems (GDS-15) y la escala de depresión geriátrica de 4 ítems (GDS-4).

Resultados: la edad media fue 70,85 años (60-98 años), 66,25% fueron mujeres. El 17,3% tuvo depresión según DSM -IV, 11,8% según GDS-15 y 34,3% según GDS-4. La sensibilidad del GDS-15 fue 49%, especificidad 96%, valor predictivo negativo de 90% y valor predictivo positivo de 72%. La sensibilidad del GDS-4 fue de 93%, especificidad de 78%, valor predictivo negativo 98% y valor predictivo positivo de 47%. El valor Kappa para el GDS-15 en relación al DSM-IV fue 0,52 y para el GDS-4 fue 0,50.

Conclusion: el GDS- 4 tuvo alta sensibilidad y valor predictivo negativo, por lo que sería una herramienta útil en el screening de depresión en el adulto mayor y significaría una marcada optimización en el tiempo de atención al paciente.

Palabras clave: depresión, adultos mayores, GDS

ABSTRACT:

Objective: to validate the short form (4 questions) of the geriatric depression scale in elderly adult patients.

Material and method: the study was performed from September 2002 to June 2003. We included 400 patients aged 60 and older in the geriatrics outpatient clinic of the Hospital Nacional Cayetano Heredia. The participants were not receiving antidepressant therapy and had no evidence of cognitive deterioration. The tests applied were the DSM-IV (gold standard), the 15-item geriatric depression scale (GDS-15) and the 4-item geriatric depression scale (GDS-4).

Results: the average age was 70,85 years (range 60-98 years); 66,25% were women. 17,3% had depression according to DSM -IV, 11,8% according to GDS - 15 and 34,3% according to GDS-4. The sensitivity of the GDS-15 was 49%; specificity 96%, negative predictive value 90% and positive predictive value 72%. The sensitivity of the GDS - 4 was 93%, specificity 78%, negative predictive value 98% and positive predictive value 47%. The Kappa value for the GDS-15 relative to the DSM-IV was 0,52 and for the GDS-4 was 0,50.

Conclusion: the GDS-4 had high sensitivity and negative predictive value, so it could be a useful screening tool for depression in elderly adults, and would save time when attending such patients.

Key words: depression, elderly adults, GDS.

INTRODUCCIÓN

Los cambios demográficos a nivel mundial muestran un aumento significativo de las personas mayores de 60 años, no solo en los países desarrollados en donde el porcentaje de la población de esta edad alcanza el 15-20%, sino también en América Latina donde este grupo alcanza el 8,1%. En nuestro país los adultos mayores representan el 7,5% de la población total y se proyecta que para el año 2025 sean el 12,4%^{1,2}.

La Organización Mundial de la Salud afirma que actualmente 5 de las 10 más importantes causas son de origen psiquiátrico y se piensa que para el 2020 la depresión será la segunda causa de discapacidad a nivel mundial. Esta enfermedad es después de la hipertensión arterial, la condición crónica más común, encontrada en la práctica médica general y está asociada al deterioro de la calidad de vida y a una mayor morbilidad y mortalidad³⁻¹⁴.

La depresión es uno de los trastornos mentales más frecuentes entre los adultos mayores. En esta etapa de vida el trastorno depresivo, junto con la demencia tipo Alzheimer son considerados como las grandes epidemias de este siglo, debido a que deterioran la calidad de vida, predisponen a enfermedades físicas y disminuyen el tiempo de vida¹. A diferencia de lo que ocurre en la población adulta joven, la depresión en este grupo etáreo es el resultado de diversos factores que hacen complejo su estudio. Se describe que durante el proceso de envejecimiento se producen cambios biológicos y psicosociales los que a su vez se constituyen en factores de riesgo para desarrollar depresión en edades tardías¹.

1. Miembro Correspondiente del Instituto de Gerontología, Universidad Peruana Cayetano Heredia
2. Director del Instituto de Gerontología, Universidad Peruana Cayetano Heredia
Médico Geriatra del Hospital Nacional Cayetano Heredia
3. Médico Psiquiatra, Hospital Nacional Cayetano Heredia
4. Médico Internista, Hospital Nacional Cayetano Heredia
5. Médico Nefrólogo, Hospital Nacional Cayetano Heredia
6. Médico Geriatra, Hospital Nacional Cayetano Heredia;
Miembro Correspondiente del Instituto de Gerontología, Universidad Peruana Cayetano Heredia

Las tasas de prevalencia de depresión varían según la población estudiada, siendo en la población general de 1-5%. En los adultos mayores que acuden a la consulta externa se encuentra entre el 6-10%, en asilos 12-20% y en hospitalizados 11-45%^{6,9,14-16} En la ciudad de Lima se encontró una prevalencia de depresión en adultos mayores de 9,8%².

En la población de adultos mayores que acuden a consulta ambulatoria de un hospital general de Lima se encontró que el 75% presentaba algún síntoma depresivo y el 18,3% tenía depresión mayor según el DSM-IV¹⁷; de los que acuden a un instituto de enfermedades mentales se encontró que el 73,2% de los pacientes deprimidos fueron mujeres, el 90% vivía con algún familiar y el 52% inició el trastorno después de los 60 años¹⁸.

Desafortunadamente por una serie de razones el diagnóstico y tratamiento es casi un desafío debido a las peculiaridades clínicas que se dan en esta etapa de la vida. Se describe que la tristeza no es la forma más común de presentación, sino son más frecuentes las manifestaciones somáticas, como fatiga o dolor u otro tipo de manifestaciones emocionales como ansiedad, irritabilidad y quejas de nerviosismo^{15,19}.

Asimismo, se citan como síntomas frecuentes: la pérdida del interés, sentimientos de soledad y abandono y sensación de vacío; manifestaciones con frecuencia asociadas a impulsos suicidas; quejas reiterativas de dolencias físicas, dolores, molestias digestivas, alteraciones del sueño; insatisfacción por la vida; alteración cognoscitiva, particularmente problemas de memoria^{1,15,16,20}.

Debido a lo extenso que puede llegar a ser una correcta y adecuada valoración geriátrica integral en el adulto mayor, sobre todo uno con pluripatologías, lleva a la necesidad de contar con un método de evaluación de síntomas depresivos que sea válido, rápido y fácil de aplicar; por ello el objetivo de este estudio es probar la utilidad en nuestro medio de la escala de depresión geriátrica de 4 preguntas (GDS-4)²¹.

MATERIAL Y MÉTODOS

El estudio es de tipo transversal y descriptivo. Se realizó entre setiembre del 2002 y junio del 2003, el tamaño muestral fue de 400 pacientes.

La población de estudio fueron pacientes que acudieron al consultorio externo del Servicio de Geriátrica del Hospital Nacional Cayetano Heredia (mayores de 60 años); se excluyeron aquellos con diagnóstico primario de enfermedad psiquiátrica por historia clínica y aquellos con evidencia de deterioro cognitivo moderado y severo según la escala de Pfeiffer (SPMSQ).

El estudio fue realizado con la aprobación del Hospital Nacional Cayetano Heredia. Tras la firma del consentimiento informado, los residentes de Geriátrica se encargaron de

administrar, mediante una ficha previamente elaborada, el DSM-IV que fue considerado como gold estándar², la escala de depresión geriátrica de 15 ítems (GDS-15) y la escala de depresión geriátrica de 4 ítems (GDS-4). Los sujetos con puntaje en el GDS-15 mayor o igual a diez y aquellos con dos o más en el GDS-4 se consideraron con el diagnóstico de depresión²¹. Ver Tabla 1. El GDS-4 se tradujo del inglés al castellano por una traductora y un psiquiatra; adicionalmente fue revisado por un grupo de geriatras expertos.

Para el análisis estadístico se utilizaron los promedios, buscándose la sensibilidad y especificidad; se uso también el índice estadístico de Kappa para evaluar la concordancia del GDS4 y GDS-15 con el DSM-IV (estándar de oro). El paquete estadístico que se empleo fue el SPSS 9.1

Tabla 1

Escala de depresión geriátrica de 4 preguntas (GDS-4)	
1.	¿Está insatisfecho con su vida?
2.	¿Se siente impotente o indefenso?
3.	¿Tiene problemas de memoria?
4.	¿Siente desgano respecto a actividades e intereses (o está imposibilitado de realizar actividades e intereses)?

* 2 o mas ítems afirmativos se considera diagnóstico de depresión

RESULTADOS

Del total de 400 adultos mayores que ingresaron al estudio el 66,25% fueron mujeres, la media de la edad fue 70,85 años (Tabla 2). El 17,3% tuvo depresión según DSM-IV, 11,8% según GDS-15 y 34,3% según GDS-4 (Tabla 3). La sensibilidad del GDS-15 fue de 49%, la especificidad 96%, con un valor predictivo negativo de 90% y valor predictivo positivo de 72%. La sensibilidad del GDS-4 fue de 93%, la especificidad de 78%, con un valor predictivo negativo 98% y valor predictivo positivo de 47%(Tabla 4). El valor Kappa para el GDS-15 en relación al DSM-IV fue 0,52 y para el GDS-4 fue de 0,50. Ver Tablas 2, 3, y 4.

Tabla 2

Características de la muestra	Pacientes n= 400
Edad en años, media +/- DE	70,8 +/- 7,92
Mujeres. Edad en años, media +/- DE	70,7 +/-7,98
Varones. Edad en años, media +/- DE	70,9 +/-7,83
Mujeres, %	66,25%

DE = desviación estándar

DISCUSIÓN

Siendo la depresión una condición frecuente en la población de adultos mayores y con importante repercusión

en la calidad de vida, es necesario contar con herramientas que nos permitan detectar a los pacientes con esta patología en corto tiempo. En la literatura se encuentran pocos estudios de escalas de depresión geriátrica acortadas, encontrándose algunas de 3, 4 y 5 preguntas^{6,21-27}, existe incluso una escala de una pregunta que tiene baja sensibilidad. Aunque estas pruebas permiten acortar el tiempo de la evaluación, al evaluar su eficacia son usualmente comparadas con el GDS-15 y no con el estándar de oro (DSM-IV).

Durante nuestra búsqueda bibliográfica se encontraron hasta tres escalas de depresión de 4 preguntas^{21,25,27}. Se prefirió utilizar la versión desarrollada por Galaria, por ser ésta de fácil aplicación, contar con preguntas de fácil entendimiento para nuestro medio y por haber sido diseñada para pacientes con discapacidad (deterioro visual).

Al analizar los resultados obtenemos que el GDS-4 presenta una alta sensibilidad y un alto valor predictivo negativo, lo cual nos permite utilizarlo como un buen método de tamizaje aunque no de diagnóstico debido a que presenta un bajo valor predictivo positivo y un índice Kappa de 0,50, que no muestra adecuada concordancia con el estándar de oro, siendo el de orden diagnóstico mayor a 0,8.

En nuestro estudio el GDS-15 presentó menor sensibilidad y menor valor predictivo negativo que el GDS-4, en comparación con el estándar de oro. En estudios previos se encontró una mayor sensibilidad para depresión con el primer instrumento debido a que el punto de corte usado fue menor e incluía las categorías de riesgo y depresión establecida, nosotros consideramos un punto de corte mayor o igual a 10, para considerar solo depresión establecida y no riesgo de depresión. El GDS-15 demostró tener una buena especificidad y mayor valor predictivo positivo que el GDS-4, aunque no un adecuado índice de concordancia (Kappa=0,52) con respecto al estándar de oro. Por estas razones consideramos que el GDS-4 es una herramienta de tamizaje más útil ya que es más corta, de fácil aplicación, es más sensible y presenta un alto valor predictivo negativo.

Una limitación del presente trabajo es que la población evaluada fue captada en la consulta externa; si los resultados de esta investigación se quieren extrapolar a la población que vive en la comunidad es probable que estos varíen, debido a que la frecuencia de depresión es diferente. Se debe reiterar que esta prueba sirve como método de descarte de depresión, es decir que de obtener resultados positivo se requiere utilizar una prueba confirmatoria.

Tabla 3

Frecuencia de depresión de acuerdo a DSM IV, GDS-15 y GDS-4		
	Deprimido (%)	No Deprimido
DSM-IV	17,3%	82,8%
GDS-15	11,8%	88,3%
GDS-4	34,3%	65,8%

DSM-IV = Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 4th Edition

GDS-15 = Escala de depresión geriátrica de 15 preguntas

GDS-4 = Escala de depresión geriátrica de 4 preguntas

Con mayores estudios realizados a nivel de atención primaria y en la comunidad los resultados de esta investigación tienen el potencial de ser aplicados a nivel nacional como un método de descarte no solo para la evaluación por médicos geriatras a nivel hospitalario sino también por médicos generales y enfermeras en la atención primaria, ahorrando tiempo valioso en la consulta y la atención del paciente. El escaso tiempo requerido para preguntar 4 preguntas en vez de 15 permitirá a los proveedores de salud realizar el tamizaje de depresión en la población adulta mayor, identificándose a los grupos en riesgo de padecer esta enfermedad que serán referidos a una mayor evaluación clínica.

Tabla 4

Sensibilidad y especificidad del GDS15 y GDS4				
	Sensibilidad (%)	Especificidad (%)	VPP (%)	VPN (%)
GDS-15	49%	96%	72%	90%
GDS-4	93%	78%	47%	98%

GDS-15 = Escala de depresión geriátrica de 15 preguntas

GDS-4 = Escala de depresión geriátrica de 4 preguntas

VPP = Valor predictivo positivo

VPN = Valor predictivo negativo

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Varela L. Principios de Geriatría y Gerontología. 1era edición. Lima: Centro Editorial UPCH; 2002.p.349.
- Saavedra S. Estudio Epidemiológico Metropolitano en Salud Mental 2002. An Salud Ment 2002; 18(1y2).
- Moore D, Bona J. Depression and distimia. Med Clin North Am 2001; 85 (3): 631-644.
- Pignone M, Gaynes B, Rushton J, Mills C, Orleans T, Mulrow C, et al. Screening for depression in adults: A summary of the evidence for the U.S. Preventive Services Task Force. Ann Intern Med 2002; 136 (10):765-776.
- Whooley M, Simon G. Managing depression in medical outpatients. N Eng J Med 2000; 343(26):1942-1950.
- Hoyl M, Alessi C, Harker J, Josephson K, Pietruszka F, Koelfgen M, et al. Development and testing of a five-item version of the geriatric depression scale. J Am Geriatr Soc 1999; 47(7): 873-878.
- American Psychiatry Association. DSM-IV-TR. 1ra Edición. Barcelona: Elsevier-Masson; 2002.
- Ormel J, Kempen G, Deeg D, Brillman E, van Sonderen E, Relyveld J. Functioning, well-being, and health perception in

- late middle- aged and older people: comparing the effects of depressive symptoms and chronic medical conditions. *J Am Geriatr Soc* 1998; 46(1): 39-48.
9. Ranga Rama K, George L, Pieper C, Wei J, Arias R, Look A, et al. Depression and social support in elderly patients with cardiac disease. *Am Heart J* 1998; 136(3):491-495.
 10. Schuurman A, van den Akker M, Ensink K, Metsemakers J, Knottnerus J, Leentjens A, et al. Increased risk of Parkinson's disease after depression. *Neurology* 2002; 58(10):1501-1504.
 11. Oslin D, Streim J, Katz I, Edell W, TenHave T. Change in disability follows inpatient treatment for late life depression. *J Am Geriatr Soc* 2000; 48(4): 357-362.
 12. Watkins L, Schneiderman N, Blumenthal J, Sheps D, Catellier D, Taylor B, et al. Cognitive and somatic symptoms of depression are associated with medical comorbidity in patients after acute myocardial infarction. *Am Heart J* 2003; 146(1):48-54.
 13. Meldon S, Emerman C, Schubert D. Recognition of depression in geriatric ED patient by emergency physicians. *Ann Emerg Med* 1997; 30(4):442-447.
 14. Reuben D. *Geriatrics Review Syllabus*. 3ra Edición. New York: The American Geriatrics Society; 1996.p.183.
 15. Hazzard W, Blass J, Ettinger W, Halter j, Ouslander J. *Principles of Geriatric Medicine and Gerontology*. 4ta edición McGraw-Hill; 1999.p.1331.
 16. Sharp L, Lipsky M. Screening for depression across the lifespan: A review of measures for use in primary care settings. *Am Fam Physician* 2002; 66(6):1001-1008.
 17. Capuñay J, Figueroa M, Varela L. Depresión en el adulto mayor. Estudio de una serie de pacientes de consultorio externo de medicina en el Hospital Nacional Cayetano Heredia. *Rev Med. Hered* 1996; 7(4):172-177.
 18. Guerra M. Aspectos clínicos de la depresión en la adultez mayor. Tesis de Doctorado. Lima, Peru. Universidad Peruana Cayetano Heredia. 1997. 60p.
 19. Lyness J, Cox C, Curry J, Conwell Y, King D, Caine E. Older age and the underreporting of depressive symptoms. *J Am Geriatr Soc* 1995; 45(3):216-221.
 20. Rantanen T, Penninx B, Masaki K, Lintunen T, Foley D, Guralnik J. Depressed mood and body mass index as predictors of muscle strength decline in old men. *J Am Geriatr Soc* 2000; 48(6): 613-617.
 21. Galaria II, Casten RJ, Rovner BW. The development of a shorter version of the geriatric depression scale (GDS) for visually impaired older patients. *Int Psychogeriatr* 2000; 12(4):435-443.
 22. Fabacher D, Raccio-Rebak N, Verdile V. Validation of a brief screening tool to detect depression in elderly emergency department patients. *Am J Emerg Med* 2002; 20(2): 99-102.
 23. Weeks S, McGann PE, Michaels TK, Penninx B. Comparing various short-form geriatric depression scales leads to the GDS 5/15. *J Nursing Scholarship*, 2003; 35(2):133-137.
 24. 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(10):858-865.
 25. van Marwijk HW, Wallace P, de Bock GH, Hermans J, Kaptein AA, Mulder JD. Evaluation of the feasibility, reliability and diagnostic value of shortened versions of the geriatric depression scale. *Br J Gen Pract*.1995;45(393):195-199.
 26. Shah A, Herbert R, Lewis S, Mahendran R, Platt J, Bhattacharyya B. Screening for depression among acutely ill geriatric inpatients with a short geriatric depression scale. *Age Ageing*. 1997; 26(3):217-221.
 27. D'Ath P, Katona O, 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 (GDS-15) and the development of short versions. *Family Practice* 1994; 11(3): 260-266.

Correspondencia:

Dr. Luis Varela Pinedo
E.mail: igero@upch.edu.pe
Instituto de Gerontología
Universidad Peruana Cayetano Heredia
Av. Honorio Delgado 430, Urb. Ingeniería
Lima 31, Perú.