

# **Evaluación psicométrica de la escala de depresión de Yesavage en adultos mayores latinoamericanos: Estudios SABE y CRELES**

## **Psychometric evaluation of the abbreviated scale of Yesavage depression in older adults in several cities in Latin America: Studies SABE and CRELES**

Ericka Méndez Chacón<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Bachiller y Master en Estadística. Profesora de Estadística en las escuelas de Bibliotecología y Estadística de la Universidad de Costa Rica. Investigadora en el Centro Centroamericano de Población. E-mail: [ericka.mendez@ucr.ac.cr](mailto:ericka.mendez@ucr.ac.cr)

Universidad de Costa Rica, Centro Centroamericano de Población.  
Montes de Oca, Costa Rica.

### **Resumen**

Con el cambio en los patrones demográficos y las mejoras en los sistemas de salud, se espera un aumento de la población adulta mayor en el mundo y especialmente en América Latina. Esto genera un aumento en la prevalencia de enfermedades crónicas y degenerativas; una de ellas es la depresión. La depresión supone costos sociales y financieros que pueden causar trastornos a la salud y a la vida cotidiana de quien la padece y de quienes están alrededor, ya que conduce a una morbilidad y mortalidad altas.

El presente estudio pretende proporcionar más evidencia psicométrica sobre la idoneidad de la Escala corta de Yesavage (GDS-15) como instrumento para identificar síntomas depresivos en varias poblaciones de adultos mayores, sin patologías específicas, de diferentes países de Latinoamérica. Se utilizaron los datos de los estudios de la Encuesta sobre Salud, Bienestar y Envejecimiento en América Latina y el Caribe (SABE) y Costa Rica, y el Estudio de Longevidad y Envejecimiento Saludable (CRELES). Se hizo uso de la teoría clásica de los tests y un modelo de Rasch.

Se encontró que la escala presenta buenos indicadores de consistencia interna con Alphas de Cronbach superiores a .8 en la mayoría de los países. Cuando se evalúa con el modelo de Rasch se identifican varios ítems que no ajustan al modelo, lo que podría relacionarse con los contextos culturales o al hecho de ser población general, por lo que se sugiere que se evalúe el efecto de factores sociales, demográficos, culturales, educativos, roles de género y red de apoyo social en un modelo multinivel. *Palabras clave:* depresión, adulto mayor, Latinoamérica, Escala de Yesavage, modelo de Rasch, Alpha de Cronbach.

### **Abstract**

Changes in demographic patterns, as well as improvements in health systems, increase the elderly population in the world and especially in Latin America. These processes increase the prevalence of chronic and degenerative diseases such as depression. Depression involves social and financial costs that can cause disorders to the health and daily life of those who suffer from it and those around them, such as high morbidity and mortality.

This study uses classical test theory and Rasch model to seek for psychometric evidence to support the suitability of Yesavage's short-scale questionnaire (GDS-15) as a suitable instrument to identify depressive symptoms in general older adult populations in Latin America.

The unidimensionality of the scale in each country was validated by performing a factorial analysis of principal components with a tetrachoric correlation matrix. Cronbach's Alpha was also calculated as an indicator of the internal validity of the scale and in order to provide the values of this indicator and compare it with other studies.

Using a Rasch model, this study evaluated whether there are items that present difficulties in being answered or, conversely, that do not contribute to the measurement of depression. The Rasch analysis is based on a mathematical model that describes the relationship between the probability of a correct response to an item and the difference between the ability of the respondent. This model allows the joint measurement of people and items in the same construct. By doing this, a person's interpretation of scores is richer than just ranking from percentiles.

The Survey on Health, Well-Being, and Aging in Latin America and the Caribbean (Project SABE) was used, a cross-sectional study that examines health conditions and functional limitations of persons aged 60 and older in the countries of Argentina, Barbados, Brazil, Chile, Cuba, Mexico, and Uruguay. This study also used the Costa Rican Longevity and Healthy Aging Study (CRELES), a set of nationally representative longitudinal surveys of health and life course experiences of older Costa Ricans. The scale shows good internal consistency. Cronbach's Alpha was 0.8 and more in most countries. Nevertheless, the Rasch model identified some items that do not fit the model. These items are: "Have you dropped or doing less of many of your activities and interests?", "Were you afraid that something bad was

going to happen to you?", "Did you prefer to stay at home instead of going out and doing new things?", "Did you feel you have more problems with your memory than other people your age?", "Did you feel full of energy?", "Did you think that most people were better off than you?".

It is important to mention that these items also present drafting problems. In the case of the item "Did you prefer to stay at home instead of going out and doing things?", it can be thought that in the case of some Latin American countries, the preference for staying at home could be more related to the social and political context in which you live with depression. On the other hand, these results also invite us to think about the existence of various dimensions on this scale. Lack of fit is related to cultural contexts or to the fact that the data refers to a general population. Social, demographic, cultural, educational factors, gender roles, and social support networks could be evaluated in a multilevel model.

*Keywords:* depression, elderly people, Latin America, Yesavage Scale, Rasch Model, Cronbach's Alpha.

## Introducción

Según proyecciones de Naciones Unidas, entre 2000 y 2025, la población total de personas de 60 años y más en América Latina y el Caribe aumentará en 138 %, pasando de aproximadamente 42.6 a 101.6 millones de personas (United Nations, Department of Economic and Social Affairs, 2017). Las mejoras en los sistemas de salud y el incremento en la población adulta mayor son factores que han tenido un impacto importante en la salud pública, al cambiar los patrones de enfermedad y causas de muerte en el mundo, para dar paso al fenómeno conocido como "transición epidemiológica" (Omran, 2005) lo cual genera que la prevalencia de enfermedades crónicas y degenerativas aumente. En la población adulta mayor, se presentan muchos

problemas de salud crónicos –uno de ellos, la depresión–, los cuales generan presión sobre los sistemas de salud. La depresión es uno de los problemas médicos más graves que afectan al mundo y, hasta la fecha, no se ha establecido una explicación universal en términos de anatomía, farmacología o neurocircuitos (Oakes, Loukas, Oskouian y Tubbs, 2017). Según estimaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS), “más de 300 millones de personas en el mundo viven con depresión. Esta cifra representa un aumento de más del 18 % entre el 2005 y el 2015. De ellos, se estima que 50 millones de personas viven en la región de las Américas” (OMS, 2017b). “De todos los adultos de 60 años y más en el mundo, el 7 % es afectado por la depresión y esta enfermedad representa un 5.7 % de los años vividos con una discapacidad” (OMS, 2017c). En América Latina y el Caribe, según el Instituto de Medición y Evaluación de la Salud de la Universidad de Washington, los años vividos con discapacidad debido a la depresión representan el 3.1 % en las personas con 70 años y más (GHDx, n.d.).

Este trastorno se caracteriza por la presencia de tristeza, falta de interés en diversos aspectos de la vida, sentimientos de culpa, falta de autoestima, y diversos trastornos de sueño, apetito, concentración y cansancio, entre otros (Oakes et al., 2017; Richards, 2011; OMS, 2017a) y puede presentarse en cualquier edad durante la vida. Algunos eventos como la pérdida de un ser querido, el desempleo, las enfermedades, los problemas socioeconómicos, entre otros, aumentan el riesgo de deprimirse (Richards, 2011).

La depresión supone costos sociales y financieros significativos, ya que puede causar grandes trastornos a la salud y a la vida cotidiana de quien la padece y de quienes están a su alrededor (Pincus y Pettit, 2001). En los adultos mayores es probablemente la enfermedad psiquiátrica más común y puede pasar desapercibida. Si no se trata, puede conducir a una morbilidad y mortalidad altas (Lebowitz et al., 1997; Herrera Tejedor, 2000; Mendels,

1993; Power, Greene y Lawlor, 2017; Urbina Torija, Flores Mayor, García Salazar, Torres Buisán y Torrubias Fernández, 2007) it often goes unrecognized and, left untreated, may lead to considerable morbidity and mortality. Reversible causes of depression (e.g., medications; infectious states; endocrine, collagen, neurologic, and neoplastic disorders; and nutritional deficiencies.

Existen varias escalas para medir la depresión, dirigidas a diferentes poblaciones y en distintas condiciones. Una de esas escalas es la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage (GDS), creada en 1982 (Yesavage et al., 1982), principalmente para aplicaciones clínicas en adultos mayores. Sus autores la crearon bajo el supuesto de que las escalas para jóvenes eran inapropiadas para ser aplicadas a adultos mayores. Consta de 30 ítems que los participantes deben responder con un sí o un no con respecto a cómo se sintieron en la última semana. La escala se probó tanto en personas hospitalizadas como en residentes de una comunidad en Estados Unidos (Mcdowell, 2006; Yesavage et al., 1982). Posteriormente, en 1986, se creó un cuestionario GDS corto, el cual consiste en la selección de las 15 preguntas del cuestionario largo GDS que presentaron la mayor correlación con los síntomas depresivos en los estudios de validación (Mcdowell, 2006; Yesavage y Sheikh, 1986).

Múltiples estudios aportan evidencia sobre su consistencia interna y validez convergente (Marc et al., 2008; Nyunt et al., 2009; Prakash et al., 2009) ethnicity and comorbidities of elderly users of social services in the community.\\n\\nAIMS: To assess the criterion validity and reliability of the GDS-15 and its equivalence across different gender, age groups, ethnicity and different comorbidities in community living elderly and nursing homes residents.\\n\\nMETHOD: A validation sample of non-demented 4253 elderly (age > or = 60 years; algunos evidencian un desempeño incluso mayor que el de la escala original en cuanto a confiabilidad, sensibilidad

y especificidad (Marc et al., 2008; Mitchell et al., 2010; Chiesi et al., 2017). Actualmente, es una de las escalas más utilizadas alrededor del mundo para medir depresión en adultos mayores, tanto en el área clínica como en investigación académica (Bacca, González, Fernanda y Rodríguez, 2005; Chiesi et al., 2017; Dong, Chen, Li y Simon, 2014; Huang, Liao y Wang, 2017; Imai et al., 2014; Martínez de la Iglesia et al., 2002; Mitchell, Bird, Rizzo y Meader, 2010; Prakash, Gupta, Singh y Nagarajarao, 2009). Según la literatura, el puntaje de corte utilizado para considerar que una persona tiene depresión es responder de manera positiva en cinco o más ítems, una vez invertidos los ítems planteados en dirección opuesta (Marc et al., 2008; Prakash et al., 2009; Pocklington et al., 2016).

Esta escala ha sido utilizada en la Encuesta sobre Salud, Bienestar y Envejecimiento en América Latina y el Caribe (Proyecto SABE) (Pelaez et al., 2005) y el estudio CRELES: Costa Rica, estudio de longevidad y envejecimiento saludable (Rosero-Bixby, Fernández y Dow, 2010). Ambas son encuestas realizadas a población general adulta mayor, es decir, no se utilizó en un ambiente clínico. El uso de un test en un contexto cultural diferente al original genera diversas dificultades. Aspectos sociodemográficos y educativos, así como lingüísticos, entre otros, influyen en las respuestas que las personas emiten durante la aplicación de un instrumento de medición y son posibles fuentes de sesgo (Tornimbeni et al., 2008).

Dado el amplio uso de esta escala, el presente estudio tiene como objetivo proporcionar más evidencia psicométrica sobre la idoneidad del GDS-15 como instrumento para identificar síntomas depresivos en poblaciones generales de Latinoamérica, aplicando un modelo de Rasch. Este modelo permite la medición conjunta de personas e ítems en un mismo constructo. Al hacer esto, la interpretación de las puntuaciones de una persona es más amplia que solamente la clasificación a partir de percentiles. También facilita la inter-

pretación de patrones de respuesta para ítems o personas.

Es importante mencionar que, si bien para la encuesta de SABE el período de referencia para su aplicación es de dos semanas, tal y como se utiliza en el GDS de Yessavage, en Costa Rica se utilizó una semana como referente.

## Metodología

### Perfil de los participantes y diseño de las muestras

La población de estudio son los adultos mayores de 60 años de Costa Rica y ciertas ciudades de Latinoamérica. La muestra para Costa Rica procede del estudio CRELES: Costa Rica, estudio de longevidad y envejecimiento saludable. Este es un estudio longitudinal de una muestra nacional, representativa de aproximadamente 3 000 adultos nacidos en 1945 o antes (mayores de 60 años en la primera entrevista) y que residían en Costa Rica en el año 2000, con sobremuestreo de los adultos más longevos. La recolección de los datos que se utilizan en este estudio se efectuó en el 2005. Sin embargo, CRELES es un proyecto que continúa vigente y tiene información para muestras de personas más jóvenes y otros proyectos en curso.

También se utilizan los datos provenientes de la Encuesta sobre Salud, Bienestar y Envejecimiento en América Latina y el Caribe (Proyecto SABE) que se llevó a cabo durante 1999 y 2000 para examinar las condiciones de salud y las limitaciones funcionales de personas de 60 años o más en las ciudades de Buenos Aires (Argentina), Ciudad de México (México), Santiago (Chile), La Habana (Cuba), Montevideo (Uruguay), Bridgetown (Barbados) y Sao Paulo (Brasil), con especial atención a las personas mayores de 80 años.

En ambos estudios, todos los datos se recogieron en los hogares de los participantes. Los datos son públicos y están disponibles para análisis en los sitios web del Centro Centro-

americano de Población, de la Universidad de Costa Rica (<http://ccp.ucr.ac.cr/index.php/creles-inicio.html>) y del Inter-university Consortium for Political and Social Research (<http://www.icpsr.umich.edu/icpsrweb/NACDA/studies/3546>).

Tanto para el estudio CRELES como para SABE, el muestreo fue aleatorio. La selección de los países para el estudio SABE fue decidida con base a varios criterios; el criterio principal fue la necesidad de representar los regímenes demográficos que estaban produciendo tasas de crecimiento de envejecimiento medias y altas.

Todos los datos y resultados se calcularon con muestreo multietápico por conglomerados con estratificación de las unidades a los niveles más altos de agregación. La muestra fue escogida en tres etapas con un esquema de selección similar. En la primera etapa, en el proceso se muestreó un número predeterminado de unidades primarias de muestreo (UMPs), las cuales son un conglomerado de hogares independientes dentro de una determinada área geográfica o grupo socioeconómico, según el país, cada uno seleccionado con una probabilidad proporcional a la distribución de hogares en cada estrato. La segunda etapa consistió en la selección de las unidades secundarias de muestreo (USMs), número más pequeño de hogares independientes; y en la tercera etapa se seleccionaron hogares dentro de cada USM. Ambos, los USMs y las unidades terciarias de muestreo (UTMs) –cada uno de los hogares seleccionados– fueron seleccionados con igual probabilidad dentro de cada UPM escogida. Hubo algunas variantes para ciertos países, las cuales pueden ser consultadas en el enlace antes especificado.

En relación con la muestra de CRELES, en la primera etapa del diseño se realizó una selección aleatoria de personas mayores de 55 años, a partir de la base de datos del Censo de Población del 2000, la cual produjo un total de 9 600 personas en ese rango de edad. Luego se estratificó en grupos quinquenales con fracciones de muestreo que varían entre el 1 %

para los nacidos en 1941-1945 y el 100 % para los nacidos antes de 1905.

Se seleccionó una submuestra de personas de 60 áreas de salud (de un total de 102 en todo el país) agregadas en subregiones, donde se buscó a los adultos mayores. La submuestra para el estudio incluyó inicialmente cerca de 5 000 individuos del censo de 2000; de ellos, fue posible localizar y entrevistar a 2 827.

## **Análisis estadístico**

Se validó la unidimensionalidad de la escala en cada país mediante un análisis factorial de componentes principales con matriz de correlación tetracórica. También se calculó el Alpha de Cronbach como indicador de validez interna de la escala y a fin de aportar los valores del indicador para comparar con otros estudios.

Con un modelo de Rasch se evaluó si existen ítems que presenten dificultad para ser respondidos o que, por el contrario, no aporten en la medición de la depresión. De acuerdo con Prieto y Delgado (Prieto y Delgado, 2003), el análisis Rasch está basado en un modelo matemático que describe la relación entre la probabilidad de una respuesta correcta (o predefinida, como en el caso de la escala de Yessavage) a un ítem y la diferencia entre la habilidad que tiene la persona que responde conjuntamente con la dificultad de cada uno de ellos.

El procedimiento compara cada respuesta y cada ítem en términos del ajuste a un modelo unidimensional en el que un solo constructo o variable latente subyace y se manifiesta en la respuesta correcta a él.

## **Resultados**

### **Sobre la muestra**

Para realizar los análisis de la escala de depresión geriátrica, se utilizaron solamente aquellos casos que habían respondido en forma completa todos los ítems de la escala

y se excluyeron los casos incompletos. La existencia de valores faltantes se debe, básicamente, a dos razones: (1) por diseño, si la persona necesitó de otra persona (*proxy*) para contestar la entrevista, en este caso no se le realizó las preguntas de la escala de depresión; y (2) en algunos casos la persona respondió “no saber o no respondo” en algunos de los ítems. Se decidió no imputar la respuesta, ya que no se puede suponer que la persona va a seguir, en el valor faltante, la misma tendencia que exhibe en los otros ítems y además, porque esta es una escala con respuesta sí o no, lo que hace más sensible un proceso de imputación.

El total de muestra para cada país es superior a 500 personas. El país con menos casos válidos es Argentina, con 560, y la mayor cantidad es de Costa Rica, con 1 769. Todos los participantes de las encuestas SABE y CRELES son adultos mayores con edades superiores a los 60 años, con excepción de México, cuyos participantes tienen edades superiores a los 50 años. El porcentaje de hombres participantes en cada país varía entre 27 % para México y 47 % para Costa Rica; el detalle de los participantes se puede consultar en la Tabla 1. Nótese que para la mayoría de los países se observa una cantidad considerable de personas con respuestas iguales (sea cero o uno) para todos los ítems.

Tabla 1  
*Características generales de los participantes por país.*

	<b>Casos válidos</b>	<b>% de hombres</b>	<b>Edad promedio (desviación)</b>	<b>Rango de edad (mín- máx)</b>	<b>Cantidad de casos invariables*</b>	<b>Casos válidos finales</b>	<b>Porcentaje de personas con suma 0</b>
Argentina	559	38.3	70.3 (7.1)	60-94	146	413	25.9
Barbados	951	40.8	71.7 (7.8)	60-96	258	693	27.19
Brasil	1 136	40.7	71.8 (7.7)	60-96	197	939	17.2
Chile	872	35.9	70.8 (7.5)	60-97	89	783	9.5
México	1 406	27	63.6 (9.1)	50-91	343	1 063	24.2
Uruguay	1 027	35.3	70.5 (7.1)	60-95	280	747	26.9
Cuba	1 379	39.5	70.9 (8.2)	60-102	361	1 018	26.1
Costa Rica	1 769	47.3	73.2 (8.2)	60-106	390	1 379	21.8

Nota: datos no ponderados.

\*Total de casos cuya suma en la escala es 0 o 15.

El puntaje de corte utilizado para considerar que una persona tiene depresión es de cinco o más ítems positivos, una vez que se considera la inversión de los ítems planteados en dirección opuesta. Considerando este punto de corte, Chile es el país donde se observa un porcentaje mayor de depresión (24.3 %); países como México, Costa Rica y Brasil se encuentra en un rango medio (entre

17 y 19 %), y Barbados es el que tiene un porcentaje menor (3.3 %) (Figura 1). Como resultado relevante, en la Tabla 1 se observa que, a excepción de Chile, entre un 17 % y 27 % del total de la muestra en los diversos países corresponde a personas cuyo puntaje en la prueba fue de cero, lo que indica que no registran autopercepción de depresión.

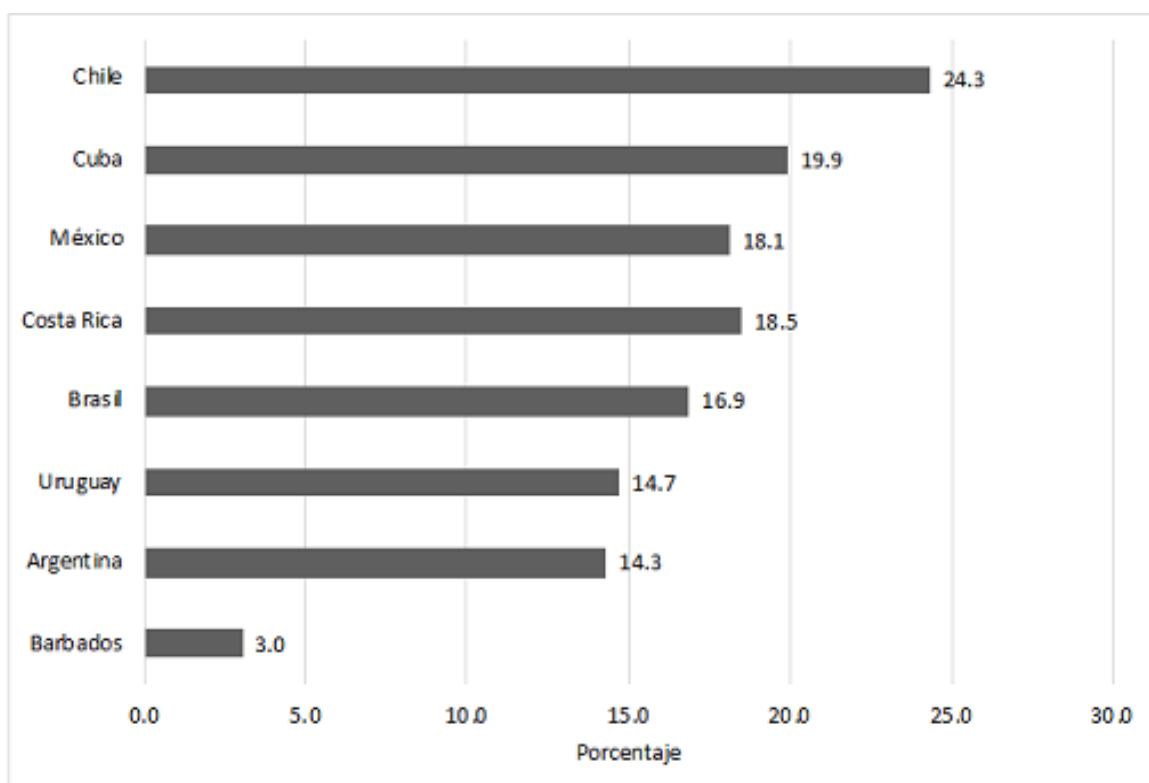


Figura 1. Porcentaje de personas con algún grado de depresión según país.

Nota: datos no ponderados.

### Características psicométricas

La estructura factorial, mediante análisis de factores exploratorios (componentes principales y correlación tetracórica), evidenció la presencia de una sola dimensión para

todos los países. Ese factor explica un 83 % o más de la varianza total, por lo que se puede concluir que se cumple con el supuesto de un alto grado de unidimensionalidad de la escala (Tabla 2).

Tabla 2

Resultados del análisis factorial y Alphas de Cronbach, según país.

País	Valores propios del factor 1	% varianza del factor 1	Alpha de Cronbach
Argentina	7.32	.83	.83
Barbados*	4.94	.66	.61
Brasil	6.95	.92	.81
Chile	7.46	.93	.84
México	7.18	.87	.83
Uruguay	7.97	.92	.85

País	Valores propios del factor 1	% varianza del factor 1	Alpha de Cronbach
Cuba	8.23	.92	.86
Costa Rica	7.87	.91	.84

\*Se excluyó del análisis el ítem “¿Creyó que es maravilloso estar vivo?”.

Para este análisis, el ítem “¿Creyó que es maravilloso estar vivo?” en el caso de Barbados, solamente fue contestado en forma negativa por menos de un 1 % de los participantes; además mostraba una correlación perfectamente inversa con el ítem “¿Estuvo preocupado o temiendo que algo malo le pasara?”. Debido a estas dos condiciones, el análisis de factores no se podía calcular, por lo que se eliminó el primero de ellos para efectuar el análisis. De acuerdo con el enfoque de teoría clásica de los tests, la consistencia interna medida por el Alpha de Cronbach es superior a .81 para todos los países, excepto Barbados (Tabla 2).

### Aplicación del modelo de Rasch

A partir de un modelo de Rasch se calculó el índice de confiabilidad (Tabla 3). Esta medida indica qué tan consistentes son los resultados en cada país si al mismo grupo de personas se les aplicara otro subconjunto de ítems del mismo constructo (depresión). Este indicador es similar al Alpha de Cronbach en el enfoque de Teoría Clásica, pero no son comparables. Se encontró que los índices presentan valores de confiabilidad moderados; nuevamente, Barbados es la excepción.

Tabla 3

*Índice de confiabilidad de personas, según país.*

País	Índice de confiabilidad de personas	Casos válidos para el análisis de Rasch*
Argentina	.57	413
Barbados	.05	693
Brasil	.59	939
Chile	.68	783
México	.63	1 063
Uruguay	.60	747
Cuba	.67	1 018
Costa Rica	.64	1 379

\*Se eliminaron casos de personas cuyo puntaje total en la escala fue de 0 o 15, ya que estos no aportan variabilidad.

Para analizar el ajuste de las personas al modelo, se utilizó la medida conocida como *infit* MNSQ. Un valor de 1 es indicador de un

ajuste perfecto entre los datos y el modelo; sin embargo, dependiendo del tamaño de muestra este punto de corte puede variar. Se utilizan



valores superiores a 1.3 para muestras menores a 500 casos, 1.2 para muestras entre 500 y 1 000 casos y 1.1 para muestras superiores a 1 000. Valores menores a 1 indican sobreajuste del modelo (Prieto y Delgado, 2003).

Este criterio se puede utilizar para ítems y respuestas. Sin embargo, se espera que los ítems se comporten mejor que las respuestas, que las dificultades de los ítems se mantengan en el tiempo y que las habilidades de las personas sean las que cambien. Un valor de 1.3 para juzgar el desempeño de las personas podría ser un criterio muy estricto, así que se decidió evaluar aquellos casos en los que el ítem MNSQ fuera mayor a 2 y se encontró que menos de 10 personas cumplían con este criterio; esos registros se eliminaron del análisis.

En la Tabla 4 se presenta la lista de ítems, por país, que mostraron problemas de ajuste al modelo de Rasch. Los ítems son:

- 2. ¿Dejó de lado o disminuyó sus actividades o las cosas que le interesan hacer?
- 6. ¿Estuvo preocupado o temiendo que algo malo le pasara?
- 9. ¿Prefirió quedarse en casa, en vez de salir y hacer cosas?

10. ¿Sintió que tiene más problemas de memoria que otras personas de su misma edad?

13. ¿Se sintió lleno de energía?

15. ¿Creyó que hay personas que están en una situación mejor que usted?

Los ítems 2, 6 y 9 presentan dificultades psicométricas ya que los reactivos preguntan por dos ideas, situaciones o emociones que los hace menos fiables y válidos. También presentan dificultades culturales debido a que, en el contexto latinoamericano, quizá la preferencia por quedarse en casa, estar preocupado porque algo pase o dejar de hacer cosas de interés podrían estar relacionadas más con el contexto social y político en el cual se vive que con depresión.

Es importante mencionar que el ítem 9 (“¿Prefirió quedarse en casa en vez de salir y hacer cosas?”) es el único que muestra desajuste en todos los países evaluados. A pesar de que se había comprobado el supuesto de unidimensionalidad a través del análisis de factores, estos resultados invitan a pensar sobre la existencia de varias dimensiones en esta escala.

Tabla 4  
*Indicadores de ajuste de los ítems, según país.*

	Costa Rica	Argentina	Barbados	Brasil	Chile	México	Uruguay	Cuba
1. ¿Ha estado satisfecho con su vida?*								
2. ¿Dejó de lado o disminuyó sus actividades o las cosas que le interesan hacer?					1.11 <sup>a</sup>	1.08 <sup>a</sup>		1.08 <sup>a</sup>
3. ¿Sintió que su vida está vacía?								
4. ¿Se sintió aburrido con mucha frecuencia?								

	Costa Rica	Argentina	Barbados	Brasil	Chile	México	Uruguay	Cuba
5. ¿Estuvo de buen ánimo la mayor parte del tiempo?*	1.14 <sup>a</sup>					1.09 <sup>a</sup>		
6. ¿Estuvo preocupado o temiendo que algo malo le pasara?	1.08 <sup>a</sup>	1.17 <sup>a</sup>		1.09 <sup>a</sup>		1.14 <sup>a</sup>	1.06 <sup>a</sup>	
7. ¿Se sintió feliz la mayor parte del tiempo?*								
8. ¿Se sintió con frecuencia desamparado o desvalido?								
9. ¿Prefirió quedarse en casa en vez de salir y hacer cosas?	1.22 <sup>b</sup>	1.15 <sup>a</sup>	1.17 <sup>a</sup>	1.49 <sup>c</sup>	1.2 <sup>b</sup>	1.39 <sup>c</sup>	1.2 <sup>b</sup>	1.3 <sup>c</sup>
10. ¿Sintió que tiene más problemas de memoria que otras personas de su misma edad?	1.4 <sup>c</sup>	1.13 <sup>a</sup>		1.12 <sup>a</sup>	1.15 <sup>a</sup>	1.19 <sup>a</sup>	1.22 <sup>b</sup>	1.18 <sup>a</sup>
11. ¿Creyó que es maravilloso estar vivo?*			0.94			1.42 <sup>c</sup>		0.9
12. ¿Se sintió inútil o que no vale nada en su situación actual?								
13. ¿Se sintió lleno de energía?*		1.11 <sup>a</sup>				1.13 <sup>a</sup>		
14. ¿Se encontró sin esperanza ante su situación actual?								
15. ¿Creyó que las personas están en una situación mejor que usted?	1.35 <sup>c</sup>	1.24 <sup>b</sup>		1.4 <sup>c</sup>	1.28 <sup>b</sup>	1.14 <sup>a</sup>	1.23 <sup>b</sup>	1.13 <sup>a</sup>

<sup>a</sup>InfitMNSQ > 1.1 / <sup>b</sup>InfitMNSQ > 1.2 / <sup>c</sup>InfitMNSQ > 1.3. No se muestran los valores de casi 1 o menores. Los ítems 1, 5, 7, 11 y 13 se invirtieron.

## Discusión

Detectar la depresión en las personas mayores es una tarea que debe ser reali-

zada por profesionales. Sin embargo, el uso de instrumentos de autoinforme en población general, es decir, población que no está hospitalizada o exclusivamente tratada por

depresión, puede ayudar a la identificación o emisión de alarmas para su detección en focos poblacionales en los que se requiera realizar un seguimiento por parte de las autoridades en salud.

La coexistencia de muchas escalas de medición y el hecho de que diferentes personas puedan presentar síntomas diferentes refleja la diversidad de enfoques conceptuales sobre la depresión (Mcdowell, 2006). La manifestación de síntomas depresivos depende también de factores anímicos que varían de individuo a individuo a través del tiempo. Con esta investigación se aporta evidencia sobre la confiabilidad de la escala de Yessavage para detectar rasgos depresivos en población general de adultos mayores sin deterioro cognitivo.

Desde el análisis de la Teoría Clásica de los Tests (TCT), la escala presenta muy buenos indicadores de consistencia interna que, según el análisis factorial, se agrupan en una sola dimensión y este es un buen aporte tomando en cuenta que mucha de la evidencia publicada sobre esta escala está realizada con este enfoque. Sin embargo, cuando se evalúa con el modelo de Rasch se identifican varios ítems que no ajustan al modelo. Los ítems que presentan desajuste son los relacionados con el hecho de hacer actividades o ítems conductuales (ítems 2 y 9), en cierta forma, ambientales (ítems 6, 13 y 15) así como el ítem relacionado con problemas de memoria (15). Esto pareciera coincidir con otros estudios colombianos en los que se observan dos dimensiones del fenómeno. Gómez-Angulo y Campo Arias (2011) encuentran que esta escala posee dos dimensiones de importancia: (1) Desesperanza y (2) Estado de ánimo deprimido. Es importante mencionar que estos ítems también presentan problemas de redacción, ya que dan la idea de preguntar por dos situaciones o emociones al mismo tiempo: “dejó de lado o disminuyó”, “estuvo preocupado o temiendo”, “salir y hacer cosas”. Bacca et al. (2005) también encuentran problemas con el ítem 9 (“¿Prefirió quedarse

en casa en vez de salir y hacer cosas?”), lo que atribuyen al sentimiento de invisibilidad del adulto mayor. En el caso de algunos países latinoamericanos, la preferencia por quedarse en casa podría estar relacionada más con el contexto social y político en el cual se vive que con depresión.

En otra muestra de adultos mayores costarricenses, al considerar la escala de 30 ítems, los autores encuentran que los reactivos que no reflejan sintomatología (ítems inversos) resultaron confusos para las personas adultas mayores, para lo que ellos recomiendan mantenerlos para efectos de tamizaje y no de diagnóstico (Blanco Molina y Salazar Villanea, 2014). Esa misma recomendación se desprende de este análisis, en cuanto a los ítems que no ajustan: los ítems como el 9, 10 y 15 sugieren un traslape de dominios ajenos al constructo de interés que pueden verse afectados por factores económicos, sociales y fisiológicos. Es esperable que, con o sin depresión, las personas no conozcan cómo se sienten otros en relación con la memoria y la situación de la vida en distintos aspectos como económicos o sociales.

Un caso particular son los resultados encontrados para Barbados: dos ítems presentan correlación de 1 y, en general, el nivel de depresión (5 o más ítems respondidos afirmativamente) es muy bajo en comparación con los resultados de otros países, que podría explicarse por razones socioculturales.

Finalmente, este estudio, a diferencia de la gran mayoría de este tipo, tiene la desventaja de no contar con un diagnóstico que se pueda tomar como estándar de oro o, al menos, la complementación con otros instrumentos como PANAS, el Inventario de Depresión de Beck, o el Inventario de Depresión de Seligmann, que permitan realizar comparaciones y tomar decisiones más claras. También se sugiere que se evalúe el efecto de factores sociales, demográficos, culturales, educativos, roles de género y red de apoyo social en un modelo multinivel.

## Referencias bibliográficas

- Bacca, A. M., González, A., Fernanda, A. y Rodríguez, U. (2005). Validación de la Escala de Depresión de Yesavage (versión reducida) en adultos mayores colombianos. *Pensamiento Psicológico*, *1*(4), 53–63.
- Blanco Molina, M. y Salazar Villanea, M. (2014). Escala de Depresión Geriátrica GDS de Yesavage. En S. Vanessa (Ed.), *Compendio de instrumentos de medición IIP-2014* (pp. 241–246). San José, Costa Rica: Universidad de Costa Rica.
- Chiesi, F., Primi, C., Pigliautile, M., Ercolani, S., della Staffa, M. C., Longo, A., ... Mecocci, P. (2017). The local reliability of the 15-item version of the Geriatric Depression Scale: An item response theory (IRT) study. *Journal of Psychosomatic Research*, *96*, 84–88. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2017.03.013>
- Dong, X., Chen, R., Li, C. y Simon, M. A. (2014). Understanding Depressive Symptoms Among Community-Dwelling Chinese Older Adults in the Greater Chicago Area. *Journal of Aging and Health*, *26*(7), 1155–1171. <https://doi.org/10.1177/0898264314527611>
- GHDx. (n.d.). *GBD Results Tool*. <http://ghdx.healthdata.org/gbd-results-tool>
- Gómez-Angulo, C. y Campo-Arias, A. (2011). Escala de Yesavage para Depresión Geriátrica (GDS-15 y GDS-5): Estudio de la consistencia interna y estructura factorial Geriatric Depression Scale (GDS-15 and GDS-5): A study of the internal consistency and factor structure. *Iniversitas Psychologica*, *10*(3), 735-743.
- Herrera Tejedor, J. (2000). La depresión en el anciano. *Atención Primaria*, *26*(5), 339–346. [https://doi.org/10.1016/S0212-6567\(00\)78677-X](https://doi.org/10.1016/S0212-6567(00)78677-X)
- Huang, S. S., Liao, Y. C. y Wang, W. F. (2017). The Factor Structure for the Geriatric Depression Scale in Screening Depression in Taiwanese Patients with Very Mild to Moderate Dementia. *International Journal of Gerontology*, *11*(1), 36–40. <https://doi.org/10.1016/j.ijge.2016.03.011>
- Imai, H., Yamanaka, G., Ishimoto, Y., Kimura, Y., Fukutomi, E., Chen, W. ling, ... Matsubayashi, K. (2014). Factor structures of a Japanese version of the Geriatric Depression Scale and its correlation with the quality of life and functional ability. *Psychiatry Research*, *215*(2), 460–465. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2013.12.015>
- Lebowitz, B. D., Pearson, J. L., Schneider, L. S., Reynolds, C. F. 3rd, Alexopoulos, G. S., Bruce, M. L., ... Parmelee, P. (1997). Diagnosis and treatment of depression in late life. Consensus statement update. *JAMA*, *278*(14), 1186–1190.
- Marc, L. G., Raue, P. J. y Bruce, M. L. (2008). Screening performance of the 15-item geriatric depression scale in a diverse elderly home care population. *The American Journal of Geriatric Psychiatry: Official Journal of the American Association for Geriatric Psychiatry*, *16*(11), 914–921. <https://doi.org/10.1097/JGP.0b013e318186bd67>
- Martínez de la Iglesia, J., Onís Vilches, M. C., Dueñas Herrero, R., Albert Colomer, C., Aguado Taberné, C. y Luque Luque, R. (2002). Versión española del cuestionario de Yesavage abreviado (GDS) para el despistaje de depresión en mayores de 65 años: adaptación y validación. *Medifam*, *12*(10). [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext-typid=S1131-57682002001000003](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext-typid=S1131-57682002001000003)
- McDowell, I. (2006). *Measuring Health: A Guide to Rating Scales and Questionnaires, Third Edition*. Reino Unido: Oxford University Press.
- Mendels, J. (1993). Clinical management of the depressed geriatric patient: current therapeutic options. *The American Journal of Medicine*, *94*(5A), 13S-18S.
- Mitchell, A. J., Bird, V., Rizzo, M. y Meader, N. (2010). Diagnostic validity and added value of the geriatric depression scale for depression in primary care: A meta analysis of GDS30 and GDS15. *Journal of Affective Disorders*, *125*(1–3), 10–17. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2009.08.019>
- Nyunt, M. S. Z., Fones, C., Niti, M. y Ng, T. P. (2009). Criterion-based validity and reliability

- of the Geriatric Depression Screening Scale (GDS-15) in a large validation sample of community-living Asian older adults. *Aging and Mental Health*, 13(3), 376–382. <https://doi.org/10.1080/13607860902861027>
- Oakes, P., Loukas, M., Oskouian, R. J. y Tubbs, R. S. (2017). The neuroanatomy of depression: A review. *Clinical Anatomy (New York, N.Y.)*, 30(1), 44–49. <https://doi.org/10.1002/ca.22781>
- Omran, A. R. (2005). The Epidemiologic Transition: A Theory of the Epidemiology of Population Change. *The Milbank Quarterly*, 83(4), 731–757. <https://doi.org/10.1111/j.1468-0009.2005.00398.x>
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2017a). *Depression and other common mental disorders: global health estimates. World Health Organization*. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/254610>
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2017b). *Día Mundial de la Salud - 7 de abril de 2017*. <https://www.who.int/campaigns/world-health-day/2017/es/>
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2017c). *La salud mental y los adultos mayores*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/la-salud-mental-y-los-adultos-mayores>
- Pelaez, M., Palloni, A., Albala, C., Alfonso, J. C., Ham-Chande, R., Hennis, A., ... Prats, O. (2005). *SABE - Survey on Health, Well-Being, and Aging in Latin America and the Caribbean, 2000*. <https://doi.org/10.3886/ICPSR03546.V1>
- Pincus, H. A. y Pettit, A. R. (2001). The societal costs of chronic major depression. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 62(Suppl 6), 5–9.
- Power, C., Greene, E. y Lawlor, B. A. (2017). Depression in Late Life: Etiology, Presentation, and Management. En H. Chiu y K. Shulman (Eds.), *Mental Health and Illness of the Elderly* (pp. 1–31). Singapore: Springer. [https://doi.org/10.1007/978-981-10-0370-7\\_10-1](https://doi.org/10.1007/978-981-10-0370-7_10-1)
- Prakash, O., Gupta, L. N., Singh, V. B. y Nagarajarao, G. (2009). Applicability of 15-item Geriatric Depression Scale to detect depression in elderly medical outpatients. *Asian Journal of Psychiatry*, 2(2), 63–65. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2009.04.005>
- Prieto, G. y Delgado, A. R. (2003). Análisis de un test mediante el modelo de Rasch. *Psicothema*, 15(1), 94–100.
- Richards, D. (2011). Prevalence and clinical course of depression: A review. *Clinical Psychology Review*, 31, 1117–1125. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2011.07.004>
- Rosero-Bixby, L., Fernández, X. y Dow, W. H. (2010). *CRELES: Costa Rican Longevity and Healthy Aging Study, 2005* (Costa Rica Estudio de Longevidad y Envejecimiento Saludable). <https://doi.org/10.3886/ICPSR26681>
- Tornimbeni, S., Pérez, E., Olaz, F., Cortada de Kohan, N., Fernández, A. y Cupani, M. (2008). *Introducción a la psicometría* (Primera ed). Buenos Aires, Argentina: Paidós.
- United Nations, Department of Economic and Social Affairs, P. D. (2017). *World Population Prospects: The 2017 Revision, custom data acquired via website*. <https://esa.un.org/unpd/wpp/DataQuery/>
- Urbina Torija, J. R., Flores Mayor, J. M., García Salazar, M. P., Torres Buisán, L. y Torrubias Fernández, R. M. (2007). Síntomas depresivos en personas mayores: Prevalencia y factores asociados. *Gaceta Sanitaria*, 21(1). [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0213-91112007000100008](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112007000100008)
- Yesavage, J. A., Brink, T. L., Rose, T. L., Lum, O., Huang, V., Adey, M. y Leirer, V. O. (1982). Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. *Journal of Psychiatric Research*, 17(1), 37–49.
- Yesavage, J. A. y Sheikh, J. I. (1986). 9/ Geriatric Depression Scale (GDS). *Clinical Gerontologist*, 5(1–2), 165–173. [https://doi.org/10.1300/J018v05n01\\_09](https://doi.org/10.1300/J018v05n01_09)

*Recibido: 9 de octubre de 2019*  
*Aceptado: 19 de febrero de 2021*