

11241  
22  
2º

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRIA Y SALUD MENTAL

T E S I S

TESIS CON  
VALIA LLORGEN

PROYECTO: EVALUAR LA VALIDEZ DE LA ESCALA DE DEPRESION  
GERIATRICA (G.D.S.) Y LA ESCALA DE ANSIEDAD  
Y DEPRESION PARA HOSPITALES GENERALES.

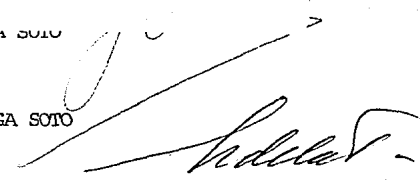
ELABORADA POR: DRA. GUADALUPE DEL CARMEN ROJAS CASAS

*DRA. Magali Alicia Sainz*

TUTOR: DR. HECTOR ORTEGA SOTO

ASESOR: DR. HECTOR ORTEGA SOTO

PSICOLOGIA  
MEDICA  
DEPTO. DE PSIQUIATRIA  
Y SALUD MENTAL  
U.N.A.M.



*V. b. Alejandro*

GENERACION: 89 - 91

1992



## **UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso**

### **DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

## TRABAJO DE INVESTIGACION

### 1.- TITULO DEL PROYECTO:

"EVALUAR LA VALIDEZ DE LA ESCALA DE DEPRESION GERIATRICA (G.D.S.) Y LA ESCALA DE ANSIEDAD Y DEPRESION PARA HOSPITALES GENERALES".

### 2.- DEPARTAMENTO A CARGO DEL PROYECTO:

SERVICIO DE URGENCIAS, PRECONSULTA Y CONSULTA EXTERNA.

### 3.- INSTITUCION RESPONSABLE:

HOSPITAL PSIQUIATRICO "FRAY BERNARDINO ALVAREZ"

### 4.- INVESTIGADOR RESPONSABLE:

ROJAS CASAS GUADALUPE DEL CARMEN

### 5.- INTRODUCCION

#### 5.1.- Antecedentes:

La depresión en el anciano ha sido considerada en ocasiones como entidad clínica distinta que se presenta en otras etapas de la vida. En las últimas décadas, el diagnóstico en psiquiatría ha evolucionado, sin embargo esta evolución no ha sido paralela en todos los casos, un ejemplo son las depresiones que se presentan en el anciano y particularmente aquellas cuyo inicio es después de los 65 años. La información con que contamos es escasa y discordante, desde sus aspectos epidemiológicos hasta los referentes a su pronóstico y tratamiento.

La frecuencia de la depresión en el anciano parece ser significati --

vamente mayor en esta etapa de la vida, no obstante la incidencia y prevalencia real de los trastornos afectivos, en este grupo de edad han sido pobremente documentadas.

Se considera que la depresión es el trastorno psiquiátrico funcional más frecuente en el anciano. (1)

En algunos estudios epidemiológicos se ha establecido la diferencia existente entre presentar algún grado de humor depresivo y el cursar con una depresión clínica mayor como tal. En el primer caso se ha estimado en casi 30% de la población mayor de 60 años (2), a diferencia de un 2- al 13% en el caso de la depresión como síndrome clínico.

En lo referente al aspecto psicosocial se ha observado que la vejez es un período caracterizado por una cadena de pérdidas, que incluyen: - disminución de salud física, vigor, capacidad mental, empleo, amigos, status social y financiero. Es muy comprensible que todas estas pérdidas - redúscan la autoestima y favorezcan la depresión.

Sobre la base de un incremento en la vulnerabilidad biológica, los estresores psicosociales o físicos pueden desencadenar o propiciar el episodio depresivo. Se ha descubierto que los hechos desafortunados de la vida preceden más frecuentemente a la depresión en el anciano que en la gente joven. (3) Los eventos que han demostrado ser más importantes son la pérdida de la pareja y la aparición de enfermedades físicas.

Muchas depresiones tratables en el anciano pueden pasar inadvertidas por el médico, debido a particularidades propias del cuadro clínico. Es conveniente entonces tener presente el hecho de que el diagnóstico de depresión en los pacientes geriátricos presenta algunos problemas específicos:

1.- Se ha observado que los ancianos deprimidos, con frecuencia son re-nuentes a buscar ayuda médica o a aceptar sus problemas como emocionales

y que ellos y sus familiares piensan a menudo que los síntomas tales como la pérdida de interés, disminución del apetito, fatiga, insomnio e irritabilidad son normales a su edad.

2.- La depresión en la vida tardía puede manifestarse tomando las más diversas formas de quejas hipocondriacas sin causa orgánica y, algunas veces, la depresión subyacente a una queja orgánica puede ser difícil de identificar. Esto se aplica al concepto de la alta frecuencia de depresiones enmascaradas en la vejez. (4)

3.- Otro problema es el referente a la presencia de alteraciones en el funcionamiento cognoscitivo, mismas que pueden llegar a conformar un cuadro pseudodemencial.

4.- Debe considerarse la alta frecuencia de estados depresivos iatrogénicos (5), debidos al empleo de diversos agentes terapéuticos.

5.- El último problema diagnóstico se refiere a las depresiones secundarias a otros problemas médicos. Estos últimos tienen una mayor prevalencia en el anciano y pueden enmascarar o simular sintomatología depresiva.

Dentro del proceso diagnóstico, una vez consideradas las dificultades más frecuentes para la identificación de la depresión en etapas avanzadas de la vida, se recomienda apegarse a criterios diagnósticos (6), previamente validados como son los del DSM III-R.

Dada la importante incidencia de este trastorno entre los ancianos y su gran importancia en su dinámica vital se hace evidente la necesidad de contar con instrumentos adecuados para su detección y evaluación. Para ello existen numerosas escalas, cuestionarios y test, tanto psicométricos y proyectivos, que abordan este tema desde diferentes puntos de vista, con notables diferencias metodológicas y con mayor o menor éxito.

Sea como fuere, los instrumentos utilizados clásicamente para la evaluación de la depresión en personas de 65 y más años (I.D.B., H.A.D., sub-escalas del 16 PF y del MMPI, pruebas proyectivas tales como el Rorschach y el S.A.T,etc). Van a toparse con una serie de dificultades tanto metodológicas como conceptuales en su cometido que van a entorpecer y dificultar, la correcta evaluación del posible estado depresivo de un anciano.- Estas dificultades, a pesar de ser muy numerosas, pueden ser resumidas en los siguientes puntos:

-FALTA DE adecuación: La mayoría de las escalas y cuestionarios existentes en la actualidad son pruebas de papel y lápiz en las que los sujetos deben elegir entre una serie rígida de categorías, la que más sea adecuada a su forma de pensar. Esto hace que muchos ancianos no sean capaces de complementarlas dada la falta de experiencia en este tipo de pruebas. - Además en numerosas ocasiones, nos vamos a encontrar con dificultades orgánicas y/o funcionales tales como la presbicia, presbiacusia, problemas motores, estados demenciales, etc., que imposibilitan la aplicación de este tipo de pruebas tal y como lo haríamos con adultos.

-Baja especificidad: La mayoría de las escalas utilizadas en evaluación de la depresión en los ancianos han sido construídas utilizando como muestras referenciales, a partir de las cuales se elijen los reactivos más adecuados, grupos con escasa o nula representación del sector de población comprendido por encima de los 65 años. Ello trae como consecuencia el que la depresión detectada por este tipo de escalas haga especial incapié en signos y síntomas que diferencian muy bien entre adultos deprimidos y no deprimidos pero que fallan al diferenciar entre ancianos. Una

de las razones responsables de ello es que entre los adultos parece que puede evaluarse perfectamente la depresión a través de sus correlatos - somáticos y conductuales (alteraciones del sueño, anorexia, disminución de conductas sociales, etc.), mientras que esos síntomas no son específicos de los estados depresivos de los ancianos, sino comunes a otros muchos cuadros que poco o nada van a tener que ver con la depresión. (7). Esto trae consigo un aumento en la detección de falsos positivos (personas que no estando deprimidos son calificados como tales). Por otra parte, al dejar, un tanto de lado los factores cognitivos y afectivos predominantes en la depresión en la tercera edad, se va a producir el aumento de los falsos negativos (personas que estando deprimidos son calificados como normales).

-Ausencia de grupos referenciales: Por lo general ninguna escala o cuestionario recoge grupos de referencia compuestos por individuos de 65 años y más años, con los cuales poder comparar las puntuaciones por sujetos individuales. Cuando estos baremos existen suelen estar calculados para grupos de edades adultas, jóvenes, adolescentes, etc., pero nunca para ancianos. Esto trae consigo 2 consecuencias:

-Dificultar e imposibilitar la interpretación de las puntuaciones obtenidas hasta el punto de que en la mayoría de los casos esta ha de basarse en los límites de la escala con los consiguientes riesgos de equívoco y la consiguiente pérdida de información.

-Nuevamente el aumento de la probabilidad de aparición de falsos positivos si interpretamos las puntuaciones en base a los baremos adultos, dado que, de todos es conocido que los ancianos puntúan más alto en depresión que otros grupos de edad, pero ello no significa, al menos en principio que estén deprimidos.

Para paliar estas dificultades, comunes a la evaluación de otras áreas (memoria, inteligencia, fluidez verbal, etc.), en los últimos años han venido apareciendo una serie de escalas que construídas desde los ancianos y para los ancianos, intentan asesorar satisfactoriamente en el diagnóstico de la depresión. Este trabajo recoge una de ellas, la geriatric depression scale (G.D.S.). Creada por Yesavage y Brink (8) (9), la GDS se presenta como una de las alternativas más importantes con las que cuenta actualmente el profesional, para evaluar estados depresivos en la tercera edad. Así mismo demuestra ser eficaz como medida operativa de la eficacia de los tratamientos y, hasta cierto punto y junto con otras pruebas en el diagnóstico diferencial causa/efecto entre cuadros depresivos y demenciales.

En su versión original cuenta con 30 reactivos que fueron seleccionados de un grupo de 100, generados por un grupo de expertos en depresión geriátrica (psiquiatras, médicos y psicólogos, todos ellos dedicados al trabajo diario con ancianos). El criterio de selección consistió en un análisis de correlación de los reactivos totales, tras la aplicación de los 100 reactivos originales a una muestra de 46 ancianos, se eligieron los 30 que presentaban mayores correlaciones reactivo/total. Posteriormente se aplicaron los 30 reactivos a un grupo de 21 ancianos que no habían sido diagnosticados como depresivos en varios criterios, y a un grupo de 51 ancianos que sí habían sido diagnosticados como depresivos en los mismos criterios. Como resultado de esta aplicación los autores encontraron un alto poder discriminativo entre ancianos deprimidos y no deprimidos. Junto con la GDS, en ésta prueba piloto se aplicaron además otras dos escalas para la evaluación de la depresión, concretamente la de Hamilton (10), (11) y la de Zung (12), (13), (14). Comparando el-



poder discriminativo de la GDS con el de las otras escalas resultó ser mayor.

Los reactivos tienen dos categorías de respuesta (verdadero/falso), y de los 30 reactivos, 10 están invertidos (correlacionan con depresión al ser contestados de forma negativa). Desde su creación, a principios de los 80s. la GDS ha sido utilizada en numerosas investigaciones - que, por una parte han tratado de determinar las características técnicas de la GDS: por otra han intentado encontrar su espectro de aplicación; y por último, otras investigaciones han utilizado la GDS como instrumento de medición de la depresión.

#### CARACTERISTICAS TECNICAS DE LA G.D.S.

Hasta el momento, este es el área de investigación que, con respecto a la GDS más trabajos ha generado. Tal es así. que actualmente se conocen sobradamente su fiabilidad, validez, sensibilidad y especificidad. En numerosas ocasiones se han realizado comparaciones entre la GDS y otras escalas, arrojando por lo general un saldo positivo a favor de la primera.

La fiabilidad de esta escala ha sido obtenida por varios métodos, - desde los clásicos test-retest (con intervalos entre las dos aplicaciones que varían desde varias horas hasta un mes y más), hasta sofisticados y complicados métodos estadísticos, tales como el método de las dos mitades, el coeficiente de alpha de Crombach, etc. El valor obtenido depende de su forma de obtención, pero, en cualquier caso, los valores encontrados son muy altos, llegando a superar en numerosas ocasiones el 0.85 e, incluso, el 0.90 (15), (16), (17), (18), (19). Alguna investigación, además ha encontrado altos valores en la fiabilidad inter-aplicador (20), concretamente 0.85, lo cual parece asegurar la objetividad de la prueba.

Al igual que en el caso anterior, la Validez de la prueba ha sido obtenida de muy diversas maneras, aunque, fundamentalmente, ha consistido en la correlación con otros criterios diagnósticos tales como escalas (I.D.B., Hamilton, Zung, etc.) y criterios nosológicos (DSM-III, RDCL, etc.). Por lo general estas correlaciones son algo más que aceptables - asegurando así la especificidad de la prueba (15), (20), (17), (18), (21). - Yesavage y otros (22) han realizado un análisis factorial de esta escala encontrando hasta 8 factores que explican el 65% de la varianza total. - De ellos el primero parece ser el más importante al explicar el 30% de la varianza total, y el resto subsidiarios al explicar entre el 3 y el 7% cada uno de ellos. Estos resultados parecen asegurar el que efectivamente la G.D.S. es una medida específica de depresión que se centra, fundamentalmente en sus componentes afectivos y cognitivos, dejando de lado los somáticos y conductuales.

Otro aspecto puesto a prueba en numerosas ocasiones es el Poder = discriminativo de la escala, concretamente su sensibilidad y especificidad. El paradigma utilizado ha sido la aplicación de la prueba a muestras de ancianos deprimidos y no deprimidos y la obtención de dichos valores a través de los porcentajes de verdaderos positivos (sensibilidad) y verdaderos negativos (especificidad). En algunos casos se registran porcentajes muy altos, superiores al 80% y, en algunos casos, al 95%, asegurando así la potencia discriminativa de la G.D.S. (23), (16), (18) (19).

Por fin un grupo importante de investigaciones ha comparado la G.D.S. con otras escalas y/o criterios diagnósticos en todos los criterios anteriores para ver si esta escala supera a las demás, o, cuando menos, está a su altura. Los resultados procedentes de todas las comparaciones efec

tuadas aseguran a la G.D.S. como uno de los mejores instrumentos para la evaluación y detección de la depresión. Esto es así dado que independientemente de la escala y/o criterio diagnóstico con lo que se haya comparado la G.D.S., e independientemente del aspecto técnico (fiabilidad validez y/o discriminación) en el que se haya efectuado la comparación, la G.D.S. ha demostrado siempre ser superior a todos los demás instrumentos con los que haya sido comparada.

Vemos pues, como esta escala de nueva creación parece apuntarse como una de las más adecuadas para la evaluación de la depresión en la tercera edad, tanto por su especificidad (prueba desarrollada específicamente para ancianos), como por sus características técnicas (fiabilidad, validez y potencia discriminativa prácticamente inmejorables), como por comparación con otras pruebas y/o criterios diagnósticos (superior a aspectos y escalas tales como la de Hamilton, la de Beck y la de Zung, por citar solo las más conocidas y utilizadas).

#### Investigaciones encaminadas a determinar el espectro de aplicación de la G.D.S.

Menos numerosa, en cantidad de trabajos realizados, varios investigadores se han preocupado de ver bajo que condiciones es aplicable la G.D.S. En este sentido, su aplicabilidad se ha contrastado no sólo con ancianos sino con sujetos incluíbles en otros grupos de edad (jóvenes, adultos, etc.), obteniéndose muy buenos resultados.

Una de las más graves barreras con las que se enfrenta el profesional de la geriátría al evaluar el estado depresivo de un anciano es la demencia en sus diversas manifestaciones. La G.D.S. ha demostrado ser un eficaz predictor de depresión en estados leves y moderados de demencia, aunque por lo general, no ha demostrado ser adecuada cuando los estados demen

ciales y confusionales del sujeto son ciertamente severos.

Por último la G.D.S. se ha aplicado con buenos resultados a alcohólicos y ha demostrado ser un eficaz instrumento para evaluar la depresión en ancianos con enfermedades físicas.

A pesar de que la investigación realizada hasta el momento presente es bastante escasa, vemos como la G.D.S. parece poseer buenas perspectivas en lo referente a las condiciones en las que esta es aplicable.

Investigaciones que han utilizado la G.D.S. como instrumento de evaluación y detección de la depresión.

Lógicamente al ser la G.D.S. una escala muy joven, las investigaciones realizadas hasta el momento presente se refieren fundamentalmente a las dos áreas anteriores. No obstante, comienzan ya a aparecer algunos trabajos que utilizan G.D.S. como criterio de depresión dentro del marco de referencia de investigaciones más amplias. Es más solo, dado que, al fin y al cabo esta no es más que un instrumento de medida, es esperable, o al menos así sería deseable, que en un futuro inmediato sea esta el área que más trabajos incluya.

En este sentido pueden mencionarse el trabajo de Brink, quién utiliza la G.D.S. como criterio de eficiencia del diagnóstico medio, encontrando una falta de adecuación en los mismos, producto de la escala o nula formación que en depresión en tercera edad posee el personal sanitario que trabaja con ancianos. Por último Pérez Almeida, González Felipe, Morales Jiménez y Zamora Martín han utilizado en nuestro país la G.D.S. como instrumento de medición de la depresión en residencias geriátricas.

## CALIFICACION DE LA ESCALA:

Se da un punto por cada respuesta contestada con SI y se califica con menos uno la respuesta contestada con NO. Las preguntas que tienen asterisco deben recibir un punto por la respuesta NO y menos uno si la respuesta es SI.

Es el total de la suma del puntaje positivo lo que da la calificación.

1. de 0 a 10 es normal.
2. de 11 a 22 sugiere depresión severa en incremento.
3. de 23 en adelante los ancianos están severamente deprimidos.

Con todo lo anteriormente expuesto se encuentra entonces justificada la realización de un estudio de validez de una traducción al castellano de la escala de depresión geriátrica G.D.S., aplicada a una población determinada y, hacer así posible la realización de futuros estudios de depresión en hospitales de habla hispana.

### 5.2 Problema:

¿Los puntajes totales en una traducción al castellano de la escala de depresión geriátrica (G.D.S.) permiten identificar a aquellos pacientes que cursan con alguna modalidad del síndrome depresivo diagnosticado mediante entrevista clínica? (evaluación concurrente G.D.S. vs H.A.D.).

### 5.3 Objetivos:

- determinar el rango de los puntajes en la escala de depresión geriátrica que presentan aquellos ancianos diagnosticados como deprimidos.
- determinar la sensibilidad y especificidad de distintos puntos de corte de la escala de depresión geriátrica para cada una de las condiciones

diagnósticadas consideradas como "depresión".

#### 5.4 Hipótesis I

Los pacientes diagnósticados como deprimidos serán detectados a través de la escala de H.A.D. y G.D.S.

#### Hipótesis II

La determinación de la mejor sensibilidad y especificidad dará un punto de corte que discrimine pacientes deprimidos y no deprimidos.

### 6. POBLACION ESTUDIADA

Se estudió una población de 65 pacientes que acudieron a los servicios de Urgencias, preconsulta y Consulta externa del H.P.F.B.A. en el período comprendido entre los meses de Octubre de 1991 a Enero de 1992, ya sea como pacientes o como familiares de los mismos, mayores de 65 años - que previa información aceptaron participar en el estudio. Fueron excluidos aquellos pacientes que presentaron trastorno psicótico, confusión mental o demencia grave.

### 7. DISEÑO, METODO Y PROCEDIMIENTOS.

Se trata de un estudio metodológico, analítico y transversal. Como tareas iniciales se procedió a lo siguiente: revisión de la traducción al español de la escala, con el fin de que el lenguaje fuese lo más claro posible, diseño de una hoja de los datos demográficos para las siguientes variables: edad, sexo, residencia, estado civil, escolaridad, ocupación, ingresos mensuales, si los pacientes estaban recibiendo tratamiento con antidepresivos al momento del estudio o no, diagnóstico psiquiátrico mediante redacción de entrevista de acuerdo al DSM III-R --

para los diagnósticos de Depresión mayor, Reacción de adaptación con ánimo deprimido, trastorno distímico y Síndrome Orgánico cerebral afectivo con síntomas depresivos.

La descripción del diseño se da a continuación:

- A. Durante un periodo de 4 meses se estudiaron 65 pacientes que reunieron las características de población ya señaladas.
- B. Los pacientes recibieron la hoja de datos demográficos y se realizó la entrevista estructurada.
- C. El mismo día se les proporcionó la escala de depresión geriátrica y finalmente recibieron la escala de ansiedad y depresión para Hospital general.

## 8. ANÁLISIS DE RESULTADOS.

Se obtuvieron promedios y desviación estándar de los puntajes totales de la escala de depresión geriátrica (G.D.S.) y de la escala de ansiedad y depresión para hospitales generales, según los diversos diagnósticos psiquiátricos establecidos. Además se realizó análisis de varianza y cálculos de correlación entre GDS, HAD e IDB. Finalmente se obtuvo la sensibilidad y especificidad para diferentes puntos de corte con el fin de establecer el más adecuado, realizando curvas de ROC para cada diagnóstico psiquiátrico que nos permitió visualizar la validez de cada escala en los diferentes diagnósticos.

## 9. RESULTADOS.

### 9.1 Datos demográficos.

Se estudiaron un total de 65 pacientes, de los cuales el 55.3% correspondió al sexo femenino y el 44.6% al sexo masculino, los promedios de edad fueron de 69.0 años para las mujeres y 69.7 años para los hombres.

Tabla 1. El estado civil predominante fue el de casado-a para las mujeres que equivale a 44.4% y 65.5% de los hombres reportaron esta condición.

Tabla 2. En relación a la escolaridad se encontró que el 50% de las mujeres tenían primaria completa, a diferencia de los hombres que sólo el 34.4% tenían primaria completa. Además sin educación escolar se reportó un 13.8% en las mujeres y un 17.2% en los hombres, a nivel profesional los resultados fueron semejantes: 2 mujeres que equivalen al 5.5% y 2 - hombres que equivale al 6.8%. Tabla 3.

Las ocupaciones más frecuentes fueron para el sexo femenino el hogar que equivale al 63.8% y para el sexo masculino sin ocupación, con un porcentaje de 51.7%, no hubo ninguno con actividades profesionales ni estudiantes. Tabla 4.

En cuanto al lugar de residencia la mayor parte de los pacientes habitan en la zona metropolitana tanto hombres como mujeres. Tabla 5.

En los ingresos de la muestra, los porcentajes más altos correspondieron en las mujeres de 0 a \$300,000 que equivale al 27.7% y en los - hombres de 301 a \$900,000 que equivale al 55%. El 16.6% del sexo femenino no respondió este rubro, así como el 13.7 % del sexo masculino. Tabla 6

En cuanto a los diagnósticos psiquiátricos se determinó que en el - sexo femenino hubo el 19.4% para depresión mayor, 30.5% para reacción de adaptación con ánimo deprimido, 36.1% para trastorno distímico, no hubo pacientes con Síndrome orgánico cerebral afectivo con síntomas depresivos y sin diagnóstico psiquiátrico 13.8%. Para el sexo masculino se de-



terminó que el 24.1% tenían depresión mayor, 20.6 con reacción de adaptación con ánimo depresivo, el 37.9% con trastorno distímico, ninguno con Síndrome orgánico cerebral afectivo con sintomatología depresiva y 17.2% sin diagnóstico psiquiátrico. Tabla 7.

De los pacientes estudiados la mayoría, tanto del sexo masculino como del sexo femenino no recibían tratamiento antidepressivo en el momento del estudio. Sólo el 38% de las mujeres y el 17.1% de los hombres recibían tratamiento. Tabla 8.

## 9.2 VALIDEZ

En la tabla 9 se presentan las puntuaciones totales de acuerdo a la escala utilizada por cada grupo diagnóstico, donde se puede apreciar que la media obtenida por los pacientes con diagnóstico de depresión mayor (25.07), es mayor que la obtenida por los pacientes con reacción de adaptación con ánimo deprimido (15.11), con trastorno distímico, con Síndrome orgánico cerebral afectivo con ánimo deprimido (0) y de los pacientes sin diagnóstico psiquiátrico (5.40). Para conocer si estas diferencias son significativas, se realizó un análisis de varianza con el respectivo valor de  $p$ , el cuál resultó muy significativo ( $p < 0.0001$ ). Como el análisis de varianza evalúa globalmente las diferencias entre los 5 grupos, se hicieron comparaciones entre cada grupo diagnóstico mediante la prueba "t", determinando que la suma de los cuadrados equivale a 726.78, con grados de libertad de 3, con valor de  $f$  de 18.984 y una  $p < 0.0001$  que se considera significativa. Además se realizó un coeficiente de correlación entre los puntajes totales de la escala de depresión geriátrica y la escala de ansiedad y depresión para hospital general obteniéndose los siguientes resultados:

GDS vs. HAD (ansiedad) de 0.652 con un rango de 0.652 y  $p = 0.0001$  para GDS vs HAD (depresión) 0.833 con un rango de 0.833 y una  $p = 0.0001$  la cual se considera significativa.

Se obtuvo la sensibilidad (S) y especificidad (E) para la escala de depresión geriátrica con los diferentes diagnósticos, utilizando los mismos puntos de corte para cada diagnóstico. Los resultados se muestran en las tablas de la 10 a la 15.

Se construyeron además curvas de ROC con el fin de presentar en forma visual el poder discriminativo de la escala a todas las posibles combinaciones de sensibilidad y especificidad. Se puede observar que para depresión mayor la curva que más se aleja de la línea de no información es la de GDS y la curva que más se acerca a la línea de no información es la de HAD (D) por lo tanto se considera menos sensible. En el caso de reacción de adaptación con ánimo deprimido las tres curvas se encuentran por debajo de la línea de no información. Por último en el trastorno distímico con puntos de corte bajos las curvas tienden a acercarse a la línea de no información y con puntos de corte altos tienden a alejarse.

## 10. DISCUSION

Los resultados de los datos demográficos nos muestran una población que va de 65 a los 79 años de edad, con una media de 69.0 para el sexo femenino y 69.7 para el sexo masculino. De estos 65 pacientes, 55 presentaron sintomatología depresiva que reunía criterios para diferentes entidades diagnósticas y 10 se encontraban sin diagnóstico psiquiátrico; lo cual sugiere heterogeneidad suficiente para un estudio metodológico como el que se realizó. Por otro lado, los pacientes en su mayoría son del área metropolitana; y el 86.2% del sexo femenino sabían leer y escri

bir, en el caso del sexo masculino fue el 82.8% lo cual es muy semejante. Los ingresos reportados no fueron similares ya que las mujeres contaban con menos recursos económicos.

Acerca de la validez las puntuaciones totales que obtuvieron los - pacientes con depresión mayor de nuestra muestra fueron significativamente mayores de los que se obtuvieron en otros diagnósticos y los que no - tuvieron diagnóstico psiquiátrico.

La curva de ROC muestra una mejor sensibilidad y especificidad en la depresión mayor para la escala de depresión geriátrica, comparada - con la escala de ansiedad y depresión para hospitales generales, no así - para los diagnósticos de reacción de adaptación con ánimo deprimido y trastorno distímico. Con respecto a los puntos de corte usados para depresión mayor y como mencionamos en la introducción el más usado ha sido el propuesto por Yesavage y Brink que es de 23 puntos y nosotros encontramos - en este punto una sensibilidad de 0.85 y una especificidad de 0.82, lo - cual es semejante a lo reportado por los mencionados autores.

Para la escala de ansiedad y depresión para hospitales generales se da un punto de corte de 8 a 10, pero para depresión mayor en nuestra - muestra el punto de corte 11 es el que da una mayor sensibilidad y especificidad que equivale a 0.642 para sensibilidad y 0.549 para especificidad.

Para el diagnóstico de trastorno distímico y de reacción de adaptación con ánimo depresivo los puntajes utilizados por los autores y los - utilizados en nuestra muestra no fueron significativos.

## 11. CONCLUSIONES:

De acuerdo a los datos obtenidos y análisis estadístico realizado, se puede afirmar que en la utilización de la escala de depresión geriátrica los pacientes con depresión mayor obtienen puntajes significativamente más altos que los pacientes con otros diagnósticos con sintomatología de depresiva y sin diagnóstico psiquiátrico.

Por lo tanto la escala de depresión geriátrica es un instrumento - con una validez adecuada para su empleo en pacientes de la tercera edad en el HPFBA o en poblaciones semejantes.

TABLA 1

## CARACTERISTICAS DEMOGRAFICAS

SEXO	No.	PORCENTAJE	Edad promedio
FEMENINO	36	55.3	69.0
MASCULINO	29	44.6	69.7
TOTAL	65	100	--

TABLA 2

ESTADO CIVIL DE LA MUESTRA ESTUDIADA

ESTADO CIVIL	F E M E N I N O		M A S C U L I N O	
	No.	%	No.	%
SOLTERO (A)	7	19.4	2	6.8
CASADO (A)	16	44.4	19	65.5
DIVORCIADO (A)	5	13.8	2	6.8
UNION LIBRE	2	5.5	0	0
VIUDO (A)	6	16.6	6	20.6
TOTAL	36	100	29	100

TABLA 3

ESCOLARIDAD DE LA MUESTRA ESTUDIADA

ESCOLARIDAD	F E M E N I N O		M A S C U L I N O	
	No.	%	No.	%
SIN EDUCACION ESCOLAR	5	13.8	5	17.2
PRIMARIA INCOMPLETA	10	27.7	6	20.6
PRIMARIA COMPLETA	18	50	10	34.4
SECUNDARIA	-	0	2	6.8
PREPARATORIA O EQUIVALENTE	1	2.7	4	13.7
PROFESIONAL	2	5.5	2	6.8
TOTAL	36	100	29	100

TABLA 4

## OCUPACION DE LA MUESTRA ESTUDIADA

OCUPACION	F E M E N I N O		M A S C U L I N O	
	No.	%	No.	%
EMPLEADO	1	3.4	2	6.8
OBREIRO	0	0	1	3.4
TECNICO	0	0	3	10.3
PROFESIONISTA	0	0	0	0
SUBEMPLEADO	2	5.5	0	0
CAMPESSINO	0	0	1	3.4
HOGAR	23	63.8	3	10.3
ESTUDIANTE	0	0	0	0
NINGUNA	8	22.2	15	51.7
OTROS	2	5.5	4	13.7
TOTAL	36	100	20	100



TABLA 5

RESIDENCIA DE LA MUESTRA ESTUDIADA

RESIDENCIA	F E M E N I N O		M A S C U L I N O	
	No.	%	No.	%
AREA METROPOLITANA	28	77.7	20	68.9
PROVINCIA	8	22.2	9	31.0
TOTAL	36	100	29	100

TABLA 6

INGRESOS DE LA MUESTRA ESTUDIADA

INGRESOS EN MILES	F E M E N I N O		M A S C U L I N O	
	No.	%	No.	%
0 - 300,000	10	27.7	2	6.8
301 - 600,000	8	22.2	8	27.5
601 - 900,000	6	16.6	8	27.5
901 - 1 200,000	2	5.5	3	10.3
1 201 - 1 500,000	1	2.7	2	6.8
1 501 - 1 800,000	1	2.7	0	0
1 801 - 2 100,000 ó más	2	5.5	2	6.8
No contestó	6	16.6	4	13.7
TOTAL	36	100	29	100

TABLA 7

DIAGNOSTICO PSIQUIATRICO DE LA MUESTRA ESTUDIADA

DIAGNOSTICO PSIQUIATRICO	F E M E N I N O		M A S C U L I N O	
	No.	%	NO.	%
DEPRESION MAYOR	7	19.4	7	24.1
REACCION DE ADAPTACION CON ANIMO DEPRIMIDO	11	30.5	6	20.6
TRASTORNO DISTIMICO	13	36.1	11	37.9
SINDROME ORGANICO CEREBRAL	-	-	-	-
AFECTIVO CON SINTOMAS DEPRESIVOS				
SIN DIAGNOSTICO PSIQUIATRICO	5	13.8	5	17.2
TOTAL	36	100	29	100

TABLA 8

PACIENTES QUE ESTABAN RECIBIENDO TRATAMIENTO ANTIDEPRESIVO  
 EN EL MOMENTO DEL ESTUDIO.

	F E M E N I N O		M A S C U L I N O	
	No.	%	No.	%
<u>SI</u> RECIBIAN TRATAMIENTO	14	38.8	5	17.2
<u>NO</u> RECIBIEN TRATAMIENTO	22	61.1	24	82.7
TOTAL	36	100	29	100

TABLA 9

PUNTUACIONES TOTALES DE LA ESCALA DE DEPRESION GERIATRICA (GDS)  
 Y LA ESCALA DE ANSIEDAD Y DEPRESION PARA HOSPITALES GENERALES  
 (HAD) DE ACUERDO A DIAGNOSTICO PSIQUIATRICO.

DIAGNOSTICO	G.D.S.		H.A.D. (D)	
	PROMEDIO	S.D.	PROMEDIO	S.D.
DEPRESION MAYOR	25.07	2.495	13.071	4.514
REACCION DE ADAPTACION CON ANIMO DEPRIMIDO	15.118	4.299 +	8.059	4.038+
TRASTORNO DISTIMICO	19.667	5.600++	10.583	3.020++
S.O.C. A. CON SINTOMAS DEPRESIVOS	-	-	-	-
SIN DIAGNOSTICO PSIQUIATRICO	5.400	2.951+++	2.050	2.173+++

+  $p < 0.0001$  Vs. depresión mayor

++  $p < 0.05$  vs. depresión mayor

+++  $p < 0.001$  vs. trastorno distímico

TABLA 10

SENSIBILIDAD Y ESPECIFICIDAD DE G.D.S. PARA DEPRESION MAYOR

CON LOS DIFERENTES PUNTOS DE CORTE

PUNTO DE CORTE	SENSIBILIDAD	ESPECIFICIDAD
21	1.0	0.764
22	0.928	0.803
23	0.857	0.823
24	0.785	0.863
25	0.5	0.862
26	0.357	0.921
27	0.285	0.960
28	0.214	0.980
29	0.071	1

TABLA 11

SENSIBILIDAD Y ESPECIFICIDAD DE G.D.S. PARA REACCION DE ADAPTACION  
 CON LOS DIFERENTES PUNTOS DE CORTE.

PUNTOS DE CORTE	SENSIBILIDAD	ESPECIFICIDAD
21	0.058	0.479
22	0.058	0.577
23	0.058	0.583
24	0	0.625

TABLA 12

SENSIBILIDAD Y ESPECIFICIDAD DE G.D.S. PARA TRASTORNO DISTIMICO

CON LOS DIFERENTES PUNTOS DE CORTE.

PUNTOS DE CORTE	SENSIBILIDAD	ESPECIFICIDAD
21	0.458	0.634
22	0.375	0.658
23	0.333	0.682
24	0.291	0.731
25	0.291	0.829
26	0.166	0.878
27	0.083	0.902
28	0.041	0.926



TABLA 13

SENSIBILIDAD Y ESPECIFICIDAD DE H.A.D. PARA DEPRESION MAYOR

CON LOS DIFERENTES PUNTOS DE CORTE

PUNTOS DE CORTE	SENSIBILIDAD	ESPECIFICIDAD
7	0.857	0.352
8	0.857	0.411
9	0.857	0.490
10	0.785	0.549
11	0.642	0.549
12	0.642	0.764
13	0.571	0.843
14	0.5	0.862
15	0.357	0.960
16	0.285	1

TABLA 14

SENSIBILIDAD Y ESPECIFICIDAD DE H.A.D. PARA REACCION DE ADAPTACION  
 CON LOS DIFERENTES PUNTOS DE CORTE

PUNTOS DE CORTE	SENSIBILIDAD	ESPECIFICIDAD
7	0.647	0.291
8	0.588	0.333
9	0.470	0.625
10	0.352	0.416
11	0.352	0.458
12	0.235	0.645
13	0.176	0.729
14	0.117	0.75
15	0	0.854

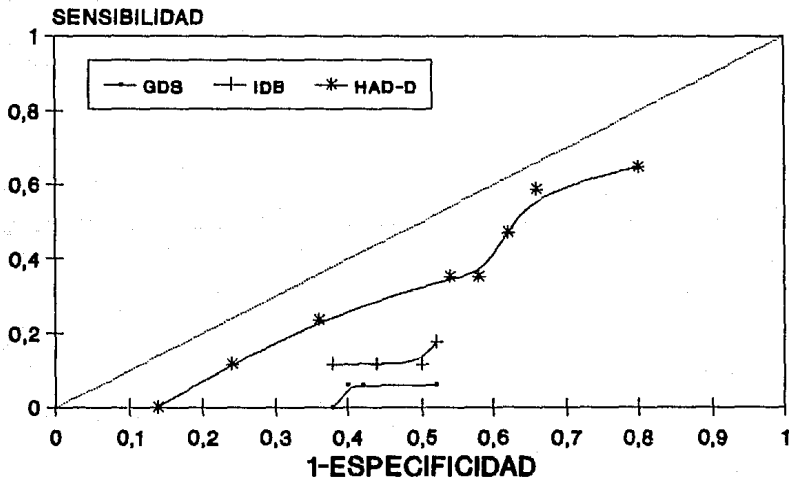
TABLA 15

SENSIBILIDAD Y ESPECIFICIDAD DE H.A.D. PARA TRASTORNO DISTIMICO

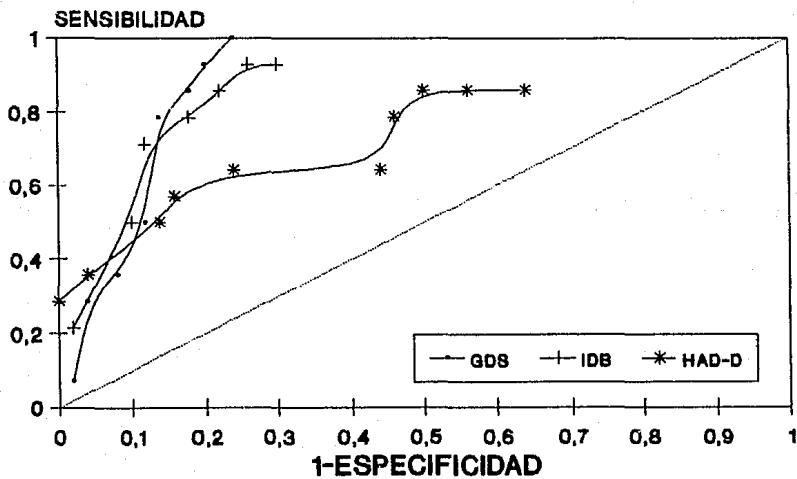
CON LOS DIFERENTES PUNTOS DE CORTE

PUNTOS DE CORTE	SENSIBILIDAD	ESPECIFICIDAD
7	0.916	0.439
8	0.833	0.463
9	0.75	0.512
10	0.708	0.585
11	0.708	0.838
12	0.333	0.682
13	0.208	0.731
14	0.208	0.780
15	0.083	0.878
16	0	0.098

# CURVA ROC REACCION DE ADAPTACION

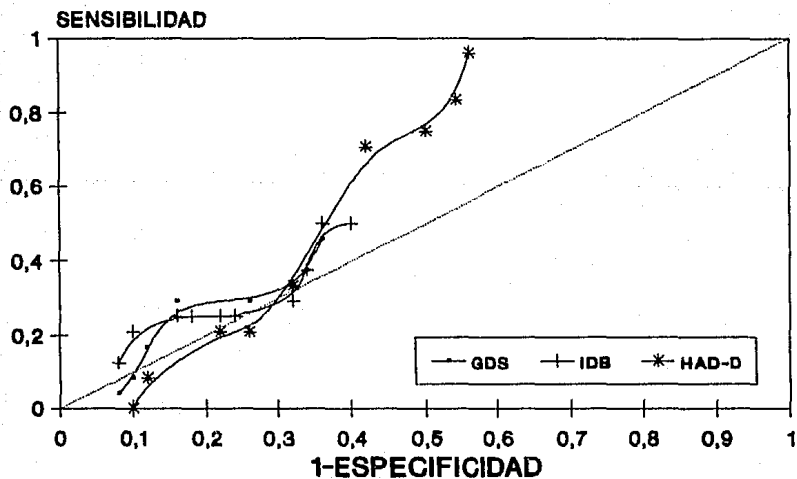


# CURVA ROC DEPRESION MAYOR



ESTA TESIS NO DEBE  
SALIR DE LA BIBLIOTECA

# CURVA ROC TRASTORNO DISTIMICO



## REGISTRO DE DATOS DEMOGRAFICOS

Por favor responda, lo más verazmente posible, a las aseveraciones que aparecen a continuación completando o marcando con una X en el espacio correspondiente. La información es totalmente confidencial.

1.- Nombre: \_\_\_\_\_

2.- Edad:   años

3.- Sexo 1  F 2  M

4.- Domicilio: \_\_\_\_\_  
Calle y Número Colonia Ciudad Estado C. P.

5.- Tel.: \_\_\_\_\_

6.- Estado Civil:

1  Soltero 2  Casado 3  Divorciado 4  Unión libre

7.- Escolaridad:

1  Sin educación escolar 2  Primaria incompleta 3  Primaria completa

4  Secundaria 5  Preparatoria o equivalente

6  Profesional

8 - Ocupación:

1  Empleado 2  Obrero 3  Técnico 4  Profesionalista

5  Subempleado 6  Campesino 7  Hogar 8  Estudiante

9  Ninguna 10  Otros.

Si está desempleado ¿Cual es la razón?.

1  Por su padecimiento 2  Otros, especifique: \_\_\_\_\_

9.- Situación Económica:

Ingreso mensual total (aproximado) de su familia:         pesos

Número de personas que dependen de este ingreso:

Provee el mayor ingreso familiar: 1  Usted 2  Su esposo (a)

3  Su(s) hijo(s) 4  Otros

10.- Problema médico:

Problema de salud por si que acude al hospital: \_\_\_\_\_

Tiempo que ha padecido este problema:

1   Días 2   Meses 3   Años

Tratamiento recibido:

1   Médico   No médico   Otros

en casode haber recibido tratamiento, éste consiste

1   Medicamentos 2   Cirugía 3  4  Otro

especifique: \_\_\_\_\_

Recibió tratamiento durante la última semana: 1  Si 2

NO ANOTAR EN ESTOS ESPACIOS

Fecha:

Paciente No.

Hospital: \_\_\_\_\_

Diagnóstico médico actual: \_\_\_\_\_

En caso de pacientes hospitalizados: fecha de ingreso:   /

Encuestador: \_\_\_\_\_

Diagnóstico de la entrevista DSM III.

1  Episodio depresivo mayor 2  Reacción de ajuste con animo depresivo

3  Desorden distímico 4  Síndrome orgánico cerebral efectivo (Depresivo)

5  Otros; \_\_\_\_\_

especifique: \_\_\_\_\_



ESCALA DE DEPRESION GERIATFICA  
( J.A. YESAVAGE, EL AL. 1983 )

NOBRE: \_\_\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_

SEXO: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_

- 1.- ¿ Está usted satisfecho con su vida ? SI/NO
- 2.- ¿ Ha abandonado usted muchos de sus intereses y actividades ? SI/NO
- 3.- ¿ Siente usted que su vida está vacía ? SI/NO
- 4.- ¿ Se aburre usted con frecuencia ? SI/NO
- 5.- ¿ Tiene usted esperanzas en el futuro ? SI/NO
- 6.- ¿ Está usted molesto por pensamientos que no puede alejar de su mente ? SI/NO
- 7.- ¿ Está usted de buen humor la mayor parte del tiempo ? SI/NO
- 8.- ¿ Tiene usted miedo de que algo malo le vaya a suceder ? SI/NO
- 9.- ¿ Se siente usted contento la mayor parte del tiempo ? SI/NO
- 10.- ¿ Se siente usted frecuentemente desamparado ? SI/NO
- 11.- ¿ Se siente usted intranquilo y nervioso con frecuencia ? SI/NO
- 12.- ¿ Prefiere usted quedarse en casa antes que salir y hacer cosas nuevas ? SI/NO
- 13.- ¿ Se preocupa usted frecuentemente por el futuro ? SI/NO
- 14.- ¿ Creé usted que tiene más problemas con su memoria que los demás ? SI/NO
- 15.- ¿ Piensa usted que es maravilloso estar vivo ahora ? SI/NO
- 16.- ¿ Se siente usted desanimado y triste con frecuencia ? SI/NO
- 17.- ¿ Siente usted que nadie lo aprecia ? SI/NO
- 18.- ¿ Se preocupa usted mucho por el pasado ? SI/NO
- 19.- ¿ Creé usted que la vida es muy emocionante ? SI/NO
- 20.- ¿ Le es difícil a usted comenzar con nuevos proyectos ? SI/NO

- 21.- ¿ Se siente usted lleno de energía ? SI/NO
- 22.- ¿ Siente usted que su situación es desesperante ? SI/NO
- 23.- ¿ Creé usted que los demás están en mejores condiciones que usted ? SI/NO
- 24.- ¿ Se molesta usted con frecuencia por cosas sin importancia ? SI/NO
- 25.- ¿ Tiene usted ganas de llorar con frecuencia ? SI/NO
- 26.- ¿ Tiene usted problemas para concentrarse ? SI/NO
- 27.- ¿ Disfruta usted el levantarse por las mañanas ? SI/NO
- 28.- ¿ Prefiere usted evitar las reuniones sociales ? SI/NO
- 29.- ¿ Es fácil para usted el tomar decisiones ? SI/NO
- 30.- ¿ Está su mente tan clara como solía estar antes ? SI/NO

## ESCALA H.A.D.

NOMBRE: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_

Los médicos conocen la importancia de los factores emocionales en la mayoría de enfermedades. Si el médico sabe cual es el estado emocional del paciente puede prestarle entonces mayor ayuda.

Este cuestionario ha sido confeccionado para ayudar a que su médico sepa cómo se siente usted afectiva y emocionalmente.

Lea cada pregunta y marque con una "x" la respuesta que usted considere que coincide con su propio estado emocional en la última semana.

No es necesario que piense mucho tiempo cada respuesta; en este cuestionario las respuestas espontáneas tienen mayor valor que las que se piensan mucho.

Me siento tenso/a o nervioso/a:

- Casi todo el día
- Gran parte del día
- De vez en cuando
- Nunca

Sigo disfrutando con las mismas cosas de siempre:

- Definitivamente igual que antes
- No tanto como antes
- Solamente un poco
- Ya no disfruto con nada

Siento una especie de temor como si algo malo fuera a suceder:

- Sí y muy intenso
- Sí, pero no muy intenso
- Sí, pero no me preocupa
- No siento nada de eso

Soy capaz de reírme y ver el lado gracioso de las cosas:

- Igual que siempre
- Actualmente algo menos
- Actualmente mucho menos
- Actualmente en absoluto

Tengo la cabeza llena de preocupaciones:

- Casi todo el día
- Gran parte del día
- De vez en cuando
- Nunca

Me siento alegre:

- Nunca
- Muy pocas veces
- En algunas ocasiones
- Gran parte del día

Soy capaz de permanecer sentado/a tranquila y relajadamente:

- Siempre
- A menudo
- Raras veces
- Nunca

Me siento lento/a y torpe:

- Gran parte del día
- A menudo
- A veces
- Nunca

Experimento una desagradable sensación de "nervios y hormigueos" en el estomago:

- Nunca
- Sólo en algunas ocasiones
- A menudo
- Muy a menudo

He perdido el interés por mi aspecto personal:

- Completamente
- No me cuido como debería hacerlo
- Es posible que no me cuide como debiera
- Me cuido como siempre lo he hecho

Me siento inquieto/a como si no pudiera dejar de moverme:

- Realmente mucho
- Bastante
- No mucho
- No, en lo absoluto

Espero las cosas con ilusión:

- Como siempre
- Algo menos que antes
- Mucho menos que antes
- No, en lo absoluto

Experimento de repente sensaciones de gran angustia o temor:

- Muy a menudo
- Con cierta frecuencia
- Raramente
- Nunca

Soy capaz de disfrutar con un buen libro o con un buen programa de radio o televisión:

- A menudo
- Algunas veces
- Pocas veces
- Casi nunca

## INVENTARIO DE BECK

Este inventario consiste en una serie de grupos de oraciones. Por favor lea cuidadosamente cada grupo y escoja la oración que describa cómo se ha sentido esta última semana, incluyendo hoy. Marque con una "X" la oración que haya escogido. Si varias oraciones en el grupo parecen aplicarse a su caso, marque sólo una. Asegúrese de leer todas las aseveraciones en cada grupo antes de contestar.

- 1)  No me siento triste.  
 Me siento triste.  
 Me siento triste todo el tiempo y no puedo animarme  
 Me siento tan triste e infeliz que ya no soporto.
- 2)  No me siento desanimado acerca del futuro  
 Me siento desanimado acerca del futuro.  
 Siento que no tengo para qué pensar en el porvenir.  
 Siento que no hay esperanza para el futuro y que las cosas no pueden mejorar.
- 3)  No me siento como un fracasado.  
 Siento que he fracasado más que otras personas.  
 Conforme veo atrás en mi vida, todo lo que puedo ver son muchos fracasos.  
 Siento que como persona soy un completo fracaso.
- 4)  Obtengo tanta satisfacción de las cosas como siempre.  
 No disfruto las cosas como antes.  
 Ya no obtengo satisfacción de nada.  
 Estoy insatisfecho y molesto con todos.
- 5)  No me siento culpable.  
 En algunos momentos me siento culpable.  
 La mayor parte del tiempo me siento algo culpable.  
 Me siento culpable todo el tiempo.
- 6)  No siento que seré castigado.  
 Siento que puedo ser castigado.  
 Creo que seré castigado.  
 Siento que estoy siendo castigado.
- 7)  No me siento descontento conmigo mismo.  
 Me siento descontento conmigo mismo.  
 Me siento a disgusto conmigo mismo.  
 Me odio a mí mismo.
- 8)  No siento que sea peor que otros.  
 Me critico a mí mismo por mi debilidad y mis errores.  
 Me culpo todo el tiempo por mis errores.  
 Me culpo por todo lo malo que sucede.

- 9) \_\_\_ No tengo ninguna idea acerca de suicidarme  
\_\_\_ Tengo ideas de suicidarme pero no lo haría.  
\_\_\_ Quisiera suicidarme.  
\_\_\_ Me suicidaría si tuviera la oportunidad.
- 10) \_\_\_ No lloro más que de costumbre.  
\_\_\_ Lloro más que antes.  
\_\_\_ Lloro todo el tiempo.  
\_\_\_ Podía llorar pero ahora no puedo aunque quiera.
- 11) \_\_\_ Ahora estoy más irritable que antes.  
\_\_\_ Me molesto o irrito más fácilmente que antes  
\_\_\_ Me siento irritado todo el tiempo.  
\_\_\_ No me irrito para nada con las cosas que antes me irritaban
- 12) \_\_\_ No he perdido el interés en la gente.  
\_\_\_ No me interesa la gente como 'antes.  
\_\_\_ He perdido la mayor parte de mi interés en la gente.  
\_\_\_ He perdido todo el interés en la gente.
- 13) \_\_\_ Tomo decisiones tan bien como siempre.  
\_\_\_ Pospongo decisiones como más frecuencia que antes  
\_\_\_ Se me dificulta tomar decisiones.  
\_\_\_ No puedo tomar decisiones en nada.
- 14) \_\_\_ No siento que me vea más feo que antes.  
\_\_\_ Me preocupa que me vea feo y viejo.  
\_\_\_ Siento que hay cambios permanentes en mi apariencia que hacen que me vea feo.
- 15) \_\_\_ Puedo trabajar tan bien como antes.  
\_\_\_ Tengo que hacer un trabajo extra para iniciar algo.  
\_\_\_ Tengo que obligarme a hacer cualquier cosa.  
\_\_\_ No puedo trabajar para nada.
- 16) \_\_\_ Duermo tan bien como antes.  
\_\_\_ No duermo tan bien como antes.  
\_\_\_ Me despierto 1 ó 2 horas antes de lo acostumbrado y me es difícil volver a dormirme.  
\_\_\_ Me despierto muchas horas antes de mi hora acostumbrada y no puedo volver a dormirme.
- 17) \_\_\_ No me canso más de lo habitual.  
\_\_\_ Me canso más fácilmente que antes.  
\_\_\_ Me canso de hacer casi cualquier cosa.  
\_\_\_ Me siento muy cansado de hacer cualquier cosa

- 18)  Mi apetito es igual que siempre.  
 Mi apetito no es tan bueno como antes.  
 Casi no tengo apetito.  
 No tengo apetito en lo absoluto.
- 19)  No he perdido peso o casi nada.  
 He perdido más de 2.5 Kilos.  
 He perdido más de 5 Kilos.  
 He perdido más de 7.5 Kilos.  
( Estoy a dieta: SI NO ).
- 20)  Mi salud no me preocupa más que antes.  
 Me preocupan molestias como dolor de cabeza, malestar estomacal o estreñimiento.  
 Estoy tan preocupado por mis molestias físicas que es difícil que pueda pensar en otra cosa.
- 21)  Mi interés por el sexo es igual que antes.  
 Estoy menos interesado en el sexo que antes.  
 Ahora estoy mucho menos interesado en el sexo que antes.  
 He perdido completamente el interés en el sexo.

## B I B L I O G R A F I A

1. Sosa A.L. Depresión en el anciano. *Psiquiatría* 1(3): 44-54, 1989.
2. Ayuso Gutiérrez J.L. Mateo Martín y Fuente Negro de Oregon. Análisis - Etiopatogénico y clínico de las depresiones en la tercera edad. *Acta - Psychiat Psicol Am Lat* 25: 187-192, 1979.
3. Nelson J.C.D., Quinlan D.M. Evaluation of the DSM-III criteria for - melancholia. *Arch Gen Psychiat* 38: 55-559, 1981.
4. Magni G. de Leo. Depresión en pacientes Médico Psiquiátricos y adultos. *JCP* 41(3): 337-343, 1985.
5. Yesavage J.A. Terence L. Brink T.L. Development and validation of a Geriatric depression screening scale. *J Clin Psychiatry* 17(1) 17-49, 1983.
6. Blumental M.D. Measuring depressive symptomatology in a general population. *Arch Gen Psychiatry* 32: 971-978, 1975.
7. Gallacher D. Yesavage J.A. Impact of physical health status on scores of older adults on the Hamilton rating scale for depression. *Arch Gen Psychiatry* 31: 721-729, 1983.
8. García Solorio D. Depresión senil. *Rev Iberoamer Geriatric y Gerontol* 4(2): 84-89, 1988.
9. Brink T.L. Limitations of the G.D.S. *Clin Gerontol* 2: 60-61, 1984.
10. Brink T.L. Depression in Caribbean Institutionalized Aged. *Int Psychol* 27(3): 23-28, 1985.
11. Brink T.L. Curran P. Examiner Test for Geriatric Depression. *Clin Gerontol* 3(4): 57-60, 1985.



12. Brink T.L. Yesavage J.A. Screening Tests for Geriatric Depression -  
Clin Gerontol 1(1): 37-43, 1982.
13. González Felipe M.A. Aspectos psicosociales de la tercera edad. Rev Iber Geriatric 3(7): 286-299, 1987.
14. González Felipe M.A. Características, técnicas y modificaciones introducidas en dos escalas de Depresión. Rev Iber Geriatric 4(5): 235-240, 1988.
15. Hickin C. Depression Scales for the Elderly: G.D.S., Gilleard, Zung.  
Clin Gerontol 6(3):51-53, 1987.
16. Kierman H.U. Wilson D. Comparison of the Geriatric Depression Scale -  
and Beck Depression Inventory in a Nursing Home Setting. Clin Gerontol  
6(1): 54-58, 1986.
17. Leshner E.L. Validation of the Geriatric Depression Scale Among Nursing  
Home Residents, Clin Gerontol 4(2): 21-28, 1986.
18. Pérez Almeida E. González Felipe M.A. Incidencia de depresión en una -  
Residencia Geriátrica y variables relacionadas con ella. Rev Esp Geriatric  
y Gerontol 24(1): 27-33, 1989.
19. Scogin F. The Concurrent Validity of the Geriatric Depression Scale -  
with Depressive Older Adults. Clin Gerontol 7(1):23-31, 1987.
20. Sheikh J.I. Yesavage J.A. Geriatric Depression Scale (GDS). Clin -  
Gerontol 5(1): 165-173, 1986.
21. Showdon J.A. A Study of Depression in Nursing Home Aged. J Psychiatry  
Res 20: 327-333, 1986.
22. Tankin A.S. Carson M.F. Comparison Among Four Measures of Depression  
in Younger and Older Alcoholics. Psychol Rep. 59: 287-293, 1986.
23. Weiss I.K. Aronson M.K. Aplicability of Depression Scales to the Old  
Person. J Amer Geriat Soc 34: 215-218, 1986.