



# Revisión estructurada de las escalas de depresión en personas mayores<sup>1</sup>

María José Cabañero-Martínez<sup>2</sup>, Julio Cabrero-García, Miguel Richart-Martínez,  
Carmen Luz Muñoz-Mendoza y Abilio Reig-Ferrer  
(Universidad de Alicante, España)

(Recibido 22 de mayo 2006 / Received May 22, 2006)

(Aceptado 21 de septiembre 2006 / Accepted September 21, 2006)

**RESUMEN.** El objetivo de este estudio teórico fue evaluar la adecuación conceptual, la aplicabilidad y las propiedades métricas de las medidas de depresión empleadas en la investigación con muestras de personas mayores españolas. Para ello se realizaron búsquedas electrónicas en las bases de datos nacionales IME e ISOC, y en las bases de datos internacionales MEDLINE, PsyInfo, CINAHL y Embase, así como búsquedas manuales en revistas reputadas del campo de la geriatría y la evaluación de resultados. Para cada instrumento se analizó la adecuación conceptual, la aplicabilidad y las propiedades métricas. Se incluyeron 30 estudios empíricos relativos a 6 instrumentos: la Escala de Depresión Geriátrica, la Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos, la Escala Autoaplicada para la Depresión de Zung, el Inventario de Depresión de Beck, la Escala Observacional y la Escala Breve de Valoración de la Depresión con Tarjetas. Los resultados evidencian una escasa adecuación conceptual de las escalas, ausencia de normas de aplicabilidad y unas propiedades psicométricas insuficientes, con la ausencia de datos sobre responsividad en todas ellas. Sólo dos versiones de la Escala de Depresión Geriátrica, de 30 y 15 ítems, presentan mínimas garantías para su uso.

<sup>1</sup> Este estudio ha sido posible gracias a la financiación de la Red Temática de Investigación Cooperativa sobre Cuidados a Personas Mayores (RIMARED). Grupo de Evaluación de Resultados de Salud por el Fondo de Investigaciones Sanitarias (expediente G03/100), cuyo investigador principal ha sido Julio Cabrero García.

<sup>2</sup> Correspondencia: Departamento de Enfermería. Universidad de Alicante. Campus de San Vicente del Raspeig. Carretera de San Vicente, s/n. 03690 San Vicente de Raspeig. Alicante (España). E-mail: Mariajose.cabanero@ua.es

**PALABRAS CLAVE.** Depresión. Escalas. Propiedades psicométricas. Personas mayores. Estudio teórico.

**ABSTRACT.** The aim of this theoretical study was to review evidence related to the conceptual adequacy, applicability and psychometric properties of depression measures in Spanish elderly people. For this purpose, the national databases, IME and ISOC, and international databases, MEDLINE, PsyInfo, CINAHL and Embase were searched. Also the manual search was conducted in reputable journals in the field of geriatrics and outcomes research. The conceptual adequacy, the applicability and the psychometric properties were evaluated for each instrument. 30 empirical studies related to 6 instruments were included: The Geriatric Depression Scale, The Center for Epidemiologic Studies Depression Scale, The Zung Self-Rating Depression Scale, The Bek Depression Inventory, The Observational Scale and The Brief Assessment Schedule Depression Cards. The results make evident a scarce conceptual adequacy, an absence of application norms and insufficient psychometric properties, together with the absence of data on the responsiveness. Only two versions of the Geriatric Depression Scale, with 30 and 15 items, reach the minimum quality guarantees for its use.

**KEY WORDS.** Depression. Scales. Psychometric properties. Elderly people. Theoretical study.

**RESUMO.** O objectivo deste estudo teórico foi avaliar a adequação conceptual, a aplicabilidade e as propriedades métricas das medidas de depressão empregues na investigação com os nossos adultos idosos espanhóis. Para isso realizaram-se pesquisas electrónicas nas bases de dados nacionais IME e ISOC, e nas bases de dados internacionais MEDLINE, PsyInfo, CINAHL e Embase, assim como pesquisas manuais em revistas reconhecidas no domínio da geriatria e da avaliação de resultados. Para cada instrumento analisou-se a adequação conceptual, a aplicabilidade e as propriedades psicométricas. Incluíram-se 30 estudos empíricos relativos a 6 instrumentos: a Escala de Depressão Geriátrica, a Escala de Depressão do Centro de Estudos Epidemiológicos, a Escala Auto-aplicada para a Depressão de Zung, o Inventário de Depressão de Beck, a Escala Observacional e a Escala Breve de Valoração da Depressão com cartões. Os resultados evidenciam uma escassa adequação conceptual das escalas, ausência de normas de aplicabilidade e propriedades psicométricas insuficientes, com a ausência de dados sobre responsividade em todas elas. Apenas duas versões da Escala de Depressão Geriátrica, de 30 e 15 itens, apresentam garantias mínimas para o seu uso.

**PALAVRAS CHAVE.** Depressão. Escalas. Propriedades psicométricas. Pessoas adultas idosas. Estudo teórico.

### Introducción

En las últimas décadas, los cambios ocurridos en la morbilidad y mortalidad poblacional y los avances en tratamientos e intervenciones de salud han propiciado que a las medidas clásicas de resultados de salud (clínicas y de laboratorio) se incorporen

las centradas en la perspectiva del paciente. Como indican Garrat, Schmidt, Mackintosh y Fitzpatrick (2002), para obtener una valoración completa de los beneficios de una intervención es necesario conocer el impacto que ésta tiene sobre el paciente, en términos de estatus de salud y calidad de vida. Alrededor de estos dos conceptos, que son el eje central de las medidas de resultados de salud basados en el paciente (RSBP) (Cabrero-García *et al.*, 2005), en las últimas tres décadas se ha desarrollado una disciplina, con su estructura teórica, con métodos aceptados y diversas aplicaciones (Scientific Advisory Committee of the Medical Outcomes Trust, 2002). El uso de estas medidas en la práctica clínica, en particular las de calidad de vida relacionada con la salud (CVRS), puede facilitar la comunicación entre pacientes y profesionales, descubrir problemas de los pacientes y monitorizar las respuestas a los tratamientos (Greenhalgh, Long y Flynn, 2005). Específicamente, en el campo de la atención sanitaria a las personas mayores, el *Royal College of Physicians of London* y *The British Geriatrics Society* (1992) han desarrollado con claridad estas utilidades: a) planificación y valoración a partir de las necesidades de salud, b) auditoría clínica, c) atención clínica, d) provisión de servicios de apoyo, e) cribado, f) evaluación de resultados y g) ajuste de la casuística (*casemix*).

Conceptualmente, el estatus de salud y la CVRS están constituidos por tres dimensiones básicas: física, psicológica y social, en consonancia con la definición de salud de la Organización Mundial de la Salud (World Health Organization, 1947), aunque el peso de estas dimensiones en las valoraciones globales de ambos constructos es diferente (Cabañero-Martínez *et al.*, 2004; Smith, Avis y Assmann, 1999). Algunos autores, como Fitzpatrick, Davey, Buxton y Jones (1998), han añadido a estos dominios básicos otros como síntomas, juicios globales de salud y satisfacción del paciente. Los instrumentos utilizados para la evaluación de la CVRS pueden ser clasificados como genéricos (multidimensionales), específicos de condición o población y específicos de dominio (Alonso, 2000; Casas, Repullo y Pereira, 2001). Los genéricos son aquellos que evalúan las dimensiones física, psicológica y social en cualquier condición de salud o población. Dos ejemplos son el SF-36 (Ware y Sherbourne, 1992) y las Láminas COOP WONCA (WONCA Classification Committee, 1990). Los específicos de población, como el OARS, dirigido a personas mayores (Fillenbaum, 1988), o de condición de salud, como el *Parkinson's Disease Questionnaire* (Peto, Jenkinson, Fitzpatrick y Greenhall, 1995), son también medidas multidimensionales, pero sus contenidos incluyen aspectos relevantes para una enfermedad o población concreta. Por último, los instrumentos específicos de dominio cubren una sola dimensión de la CVRS como, por ejemplo, el Índice de Katz (Katz, Ford, Moskowitz, Jackson y Jaffe, 1963) que evalúa la dimensión física o el Cuestionario de Salud General (Goldberg, 1972), que valora la dimensión psicológica.

En las medidas de la dimensión psicológica se incluyen los instrumentos de bienestar emocional, ansiedad y depresión, y los del estado cognitivo (McDowell y Newell, 1996). En este estudio hemos centrado nuestro objetivo en las medidas de depresión en personas mayores donde la detección de la sintomatología depresiva adquiere especial relevancia. En primer lugar por su elevada prevalencia, aunque dependiente del contexto (Zunzunegui, Béland, Llacer y León, 1998). También por su difícil evaluación, especialmente complicada por la dificultad para distinguir los deterioros cognitivos de

los afectivos (Kane y Kane, 1993) y su sintomatología somática de la de otros procesos patológicos (Fernández-Ballesteros, Izal, Montorio, González y Díaz, 1992). Por último, por ser predictor de deterioro cognitivo (Zunzunegui, Béland, Gornemann y Del Ser, 1999) y de discapacidad (Béland y Zunzunegui, 1999).

En las obras de referencia sobre instrumentos de RSBP, las medidas de evaluación de sintomatología depresiva, o bien se han incluido entre las medidas del funcionamiento mental, como ocurre en el compendio de Kane y Kane (1984), específico de personas mayores, o se han incluido como un capítulo separado de las medidas de bienestar psicológico y de las de estatus mental, como en el texto de McDowell y Newell (1996). La revisión más reciente en el campo de la RSBP, en población geriátrica, se ha centrado en las medidas genéricas utilizadas en dicha población (Haywood, Garratt y Fitzpatrick, 2005a, 2005b).

En el ámbito nacional la obra de referencia sobre RSBP es la de Badía, Salamero y Alonso (2002), un compendio sobre instrumentos en el que no se presentan medidas específicas para personas mayores y en el que los instrumentos de depresión están incluidos en las medidas de bienestar psicológico y salud mental. Entre las revisiones de autores españoles sobre instrumentos de depresión, en personas mayores de 65 años, cabe destacar la realizada por Montorio e Izal (1996), donde resumen los datos nacionales e internacionales publicados sobre la Escala de Depresión Geriátrica y la realizada por Montorio y Lázaro (1996), que consiste en una enumeración de instrumentos de valoración, que no se centra en los instrumentos de depresión, pero los incluye. No existe ninguna revisión sistemática sobre la medida de la depresión en personas mayores. El vacío existente en la literatura recomienda la realización de una revisión de los instrumentos de cribado de sintomatología depresiva en esta población.

El objetivo de este estudio teórico (Montero y León, 2005) fue evaluar la adecuación conceptual, la aplicabilidad y las propiedades métricas de las medidas de depresión empleadas en personas españolas de 65 años o más.

## Método

### *Estrategias de búsqueda*

Para la obtención de documentos originales se han llevado a cabo búsquedas electrónicas en las bases de datos nacionales IME e ISOC, desde 1980 a 2004. También, en las bases de datos internacionales MEDLINE, CINAHL y PsycInfo, desde 1989 a junio 2003, y en Embase, desde 1989 hasta 2004.

Las estrategias fueron diseñadas para obtener estudios originales sobre desarrollo, uso, validación o adaptación de instrumentos de sintomatología depresiva en personas mayores. La estrategia se basó en tres conceptos: la edad, la sintomatología depresiva y las propiedades métricas-técnicas de los instrumentos de medida.

Se realizaron búsquedas secundarias por los nombres de instrumentos identificados y por autores en IME e ISOC y MEDLINE.

Paralelamente se llevaron a cabo búsquedas manuales con la finalidad de completar las primeras. Para ello, se seleccionaron publicaciones periódicas consideradas rele-

vantes y reputadas en el campo de la evaluación de resultados de salud y la geriatría y gerontología en España: Medicina Clínica, Atención Primaria, Geriátrika, Revista Española de Geriatría y Gerontología y la Revista Multidisciplinar de Gerontología (antes Revista de Gerontología). El periodo de búsqueda fue desde el año 1997 hasta el año 2004. Las referencias bibliográficas de los artículos que cumplieran los criterios de inclusión también se revisaron para obtener artículos adicionales.

### *Criterios de inclusión*

Se incluyeron los artículos originales basados en muestras de personas mayores, cuya edad media fuera  $\geq 65$  años (rango inferior  $\geq 55$  años) de origen español, que utilizaran medidas específicas de depresión y en los que se valorase una o más de las características métricas de los instrumentos.

### *Criterios de exclusión*

Todos aquellos estudios en los que se hacía uso de instrumentos de sintomatología depresiva pero no aportaban información sobre su rendimiento, en cualquiera de los aspectos indicados en el apartado de extracción de datos.

### *Extracción de datos*

La extracción de la información la llevaron a cabo dos investigadores, previamente entrenados, de manera independiente, resolviendo los desacuerdos por consenso con el investigador principal. La información extraída se dividió en dos secciones: información sobre el estudio e información relativa a las escalas focales. La información relativa al estudio incluía las características del estudio y la muestra.

La extracción de la información relativa a las escalas siguió los criterios de calidad definidos para las medidas de resultados de salud basados en el paciente (Carretero-Dios y Pérez, 2005; McDowell y Newell, 1996; Scientific Advisory Committee of the Medical Outcomes Trust, 2002; Valderas, Ferrer y Alonso, 2005) e incluía tres bloques de información: a) adecuación conceptual, b) aplicabilidad y c) propiedades métricas (fiabilidad, validez y responsividad).

En la adecuación conceptual se consideró la información relativa a la construcción o adaptación de la escala, número de dimensiones e ítems, nivel de medida, tipo de puntuaciones, modelo de medida y efectos suelo y techo. En la aplicabilidad se recogieron aquellos datos relativos al modo de administración y fuente, demandas de la tarea y requerimientos especiales del informante y administrador.

En cuanto a las propiedades métricas, al valorar la fiabilidad se evaluó si los estudios aportaban datos sobre consistencia interna, estabilidad test-retest o equivalencia. Para la consistencia interna se recogieron los valores del coeficiente alfa de Cronbach, KR-20 o correlaciones entre dos mitades (Muñiz, 1992) y para la estabilidad test-retest y la fiabilidad por equivalencia, los coeficientes de correlación de Pearson, coeficientes Kappa y coeficientes de correlación intraclase (CCI).

Los aspectos de validez evaluados fueron: la validez de criterio (concurrente o predictiva) y la de constructo. Para la validez de criterio se extrajeron los valores de sensibilidad y especificidad, en el caso de criterios de variables dicotómicas y las

correlaciones entre la medida y un *gold standard* o criterio clínico, en el caso de las variables continuas. La evaluación de la validez de constructo podía incluir el estudio de la estructura factorial del instrumento, a través de análisis factoriales exploratorios o confirmatorios, la evaluación de la capacidad de discriminación de la escala entre grupos conocidos o la aportación de evidencias convergentes y divergentes con variables de su red nomológica u otras, como variables sociodemográficas y clínicas.

Los estudios que aportaban información relativa a la responsividad (capacidad del cuestionario para detectar cambios) debían presentar estadísticos de tamaño del efecto del cambio o medidas de correlación de cambio entre predictores y criterios clínicos (Haywood *et al.*, 2005a, 2005b).

Además de estos criterios, si la escala era una versión adaptada de otro idioma, se recogió la información sobre el proceso de adaptación transcultural. La información sobre este proceso debía incluir, al menos, cómo se llevó a cabo la traducción simple o en su caso, el proceso de traducción-retrotraducción y prueba piloto realizados (Casas *et al.*, 2001; Echevarría, García y Zarco, 2000; Tatano, Bernal y Froman, 2003).

Finalmente, a partir de los criterios expuestos por Badía *et al.* (2002) y McDowell y Newell (1996), con la finalidad de resumir la información, se han reunido los diferentes criterios en una valoración sumaria. Cada uno de los criterios incluidos se evaluaron con una escala de tres puntos: ? (*sin información*); 0 (*información incompleta o de baja calidad*) y 1 (*información completa y de calidad*). Los criterios utilizados en este caso fueron: a) para la adecuación conceptual: la población génesis de la escala, el proceso de adaptación transcultural, la validez conceptual, los contextos de aplicación y el desempeño de la escala; b) para la aplicabilidad: la administración y las demandas del administrador, demandas del respondiente e interpretabilidad; c) y para las propiedades psicométricas: fiabilidad, validez y responsividad.

## Resultados

### *Estrategia de búsqueda*

Una vez cribados todos los artículos, 30 cumplieron los criterios de inclusión. Las búsquedas electrónicas aportaron 12 documentos y los manuales 11, con un solapamiento entre ellas de 5 artículos. Las búsquedas por instrumentos y autores aportaron 5 registros adicionales y a través de referencias bibliográficas se obtuvieron 7 más.

### *Instrumentos seleccionados*

Los estudios analizados permitieron identificar 6 escalas: la Escala de Depresión Geriátrica (GDS) (Brink *et al.*, 1982), la Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D) (Radloff, 1977), la Escala Autoaplicada para la Depresión de Zung (SDS) (Zung y Dirham, 1965), el Inventario de Depresión de Beck (BDI) (Beck, Ward, Mendelson, Mock y Erilaugil, 1961), la Escala Observacional (EO) (Torres *et al.*, 2004) y la Escala Breve de Valoración de la Depresión con Tarjetas (BASDES) (Adshead, Day y Pitt, 1992).

Se excluyeron las siguientes escalas por no presentar datos de validez o presentar sólo datos débiles sobre su validez (análisis factoriales exploratorios o sólo evidencias convergentes o divergentes): Hospital Anxiety and Depression Scale (Zigmond y Snaith, 1983), *Hamilton's Depression Scale with Melancholia Scale* (Bech, Kastrup y Rafaelsen, 1986), la Escala de Depresión IPAT (Krug y Laughlin, 1976) y la Escala de Depresión del MMPI: "2D" (Hathway y McKinley, 1942).

### *Descripción de los instrumentos*

La Escala de Depresión Geriátrica fue diseñada específicamente para ser aplicada en personas mayores, con la finalidad de distinguir ancianos depresivos y no depresivos. Está constituida por 30 ítems sobre afecto, inactividad, irritabilidad, aislamiento, pensamientos angustiosos y juicios negativos, no incluye ítems sobre síntomas somáticos (Brink *et al.*, 1982). Consta de dos alternativas de respuesta (*sí/no*) para facilitar la administración (Yesavage *et al.*, 1983). Posteriormente se han desarrollado versiones más cortas (Hoyl *et al.*, 1999; Sheikh y Yesavage, 1986). En castellano (Tabla 1) se han realizado diversas adaptaciones de la versión de 30 ítems. En algunas, como las de Abizanda *et al.* (1998), Fernández-San-Martín *et al.* (2002), Izal y Montorio (1993) y Lobo, Ventura y Marco (1990) se indica haber efectuado un proceso de traducción simple y se mantienen las alternativas de respuesta. Otras, como la de González (1988), han introducido cambios tan importantes (forma de administración y puntuación) que su comparación con el original es compleja y no informan sobre su proceso de adaptación. Y en otras versiones, como en la realizada por Ramos, Montejo, Lafuente, Ponce de León y Moreno (1991), no se informa del proceso de adaptación transcultural. Entre las versiones más cortas destaca la realizada por Martínez de la Iglesia *et al.* (2002), sobre la GDS de 15 ítems, cuyo proceso de adaptación transcultural incluyó traducción-retrotraducción y estudio piloto. El resto de las versiones cortas castellanas se han elaborado, mayoritariamente, seleccionando ítems de versiones más largas ya adaptadas a nuestro idioma.

La Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos fue diseñada para la valoración de la sintomatología depresiva, en población general, en estudios de investigación. Está constituida por 20 frases sobre el estado de ánimo depresivo. Las dimensiones originales fueron: *Afecto deprimido, somático y actividad retardada, afecto positivo e interpersonal*. La escala de respuesta es del 0 (*nunca*) al 3 (*siempre*) (Radloff, 1977). En cuanto a las escalas españolas, existe una versión traducida pero realizada sobre pacientes psiquiátricos no ancianos (Soler *et al.*, 1997). Los autores de la versión utilizada en personas mayores no informan haber realizado proceso de adaptación transcultural (Zunzunegui, Delgado *et al.*, 1998)

El Inventario de Depresión de Beck fue desarrollado originariamente en personas adultas con trastornos psiquiátricos para evaluar la intensidad de la depresión. Consta de 21 categorías de síntomas y actitudes que describen una manifestación particular de la depresión. La versión original presenta ítems sobre emociones, cambios de comportamiento y síntomas somáticos. Cada síntoma es valorado según el grado de severidad del síntoma en una escala ordinal de 4 puntos que oscila entre 0 (para la alternativa positiva) y 3 (para la alternativa negativa) (Beck y Beamesderfer, 1974; Beck *et al.*,

1961). La versión utilizada en personas mayores españolas no presenta ningún dato sobre su adaptación transcultural (González, 1988). Existe una versión de 15 ítems adaptada por Montorio (1990), en este grupo de edad, cuyos datos no han sido publicados, por lo que no ha sido incluida. Conde, Esteban y Useros (1976) y Vázquez y Sanz (1997) han realizado dos versiones (traducciones simples) adaptadas en población general, así como en estudiantes universitarios (Sanz, Navarro y Vázquez, 2003; Sanz y Vázquez, 1998) y en pacientes con trastornos psicológicos (Vázquez y Sanz, 1999), pero no específicamente en personas mayores.

La Escala Autoaplicada de Zung se elaboró inicialmente en pacientes con un diagnóstico primario de depresión, con la finalidad de evaluar la severidad de su sintomatología. Consta de 20 ítems con 4 alternativas de respuesta que oscilan entre *muy pocas veces* y *casi siempre*. Al puntuar se asigna un valor entre 1 y 4 a cada respuesta dependiendo de que el ítem sea positivo o negativo y en función de la intensidad del síntoma. Los pacientes deprimidos obtendrán un índice más alto (Conde y Sánchez de Vega, 1969). Zung clasificó los síntomas en afectivos, somáticos, psicomotores y psicológicos (Zung y Dirham, 1965). La versión utilizada en ancianos es la adaptada al castellano por Conde y Sánchez de Vega (1969). Para su elaboración se propusieron un mínimo de 5 traducciones de cada ítem, de mutuo acuerdo entre 3 psiquiatras concedores del inglés y 3 universitarios norteamericanos. En función de la experiencia clínica de los autores, se seleccionó aquella traducción considerada más adecuada a nuestro medio sociocultural.

La Escala Observacional se desarrolló para identificar la depresión en pacientes ancianos. Consta de 6 ítems con respuesta ordinal del 0 (*nunca*) al 2 (*siempre*) y ha sido diseñada en español. Los ítems responden a síntomas físicos, psicológicos y sociales (Torres *et al.*, 2004).

La Escala Breve de Valoración de la Depresión con Tarjetas se elaboró específicamente para el diagnóstico de la depresión en ancianos hospitalizados. Consta de 19 tarjetas con afirmaciones derivadas de la escala de depresión del *Brief Assessment Schedule* (McDonald *et al.*, 1982). El tipo de escala es dicotómica: *verdadero* y *falso* (Adshead, *et al.*, 1992). La adaptación al castellano la han realizado Gómez-Feria y Jiménez (2004). Para su elaboración realizaron dos traducciones independientes y tras obtener una primera versión llevaron a cabo una traducción inversa que según los autores no presentó diferencias con el original.



TABLA 1. Adecuación conceptual y aplicabilidad (GDS).

Instrumento	Nº de ítems	Contextos	Edad (media)	Administración	Proceso de adaptación
Escala de Depresión Geriátrica (GDS)					
Escala de Depresión Geriátrica de 30 ítems		Versiones con diferentes ítems: afecto bajo, inactividad, irritabilidad, aislamiento, pensamientos angustiosos y juicios negativos sobre el pasado, el presente y el futuro.			
GDS-30 (Izal y Montorio, 1993)	30 ítems	- Instituciones de media y larga estancia - Comunidad	67,84	- Entrevista - Autoadministrado	- Proceso de traducción propia y comparación con otras versiones españolas - No informado
GDS-30 (Ramos <i>et al.</i> , 1991)	30 ítems	- Instituciones de media y larga estancia - Atención especializada con ingreso - Comunidad	≥ 65	- Entrevista - Autoadministrado	
GDS-30 (Fernández-San-Martín <i>et al.</i> , 2002)	30 ítems	- Atención Primaria	> 64	- Entrevista	- Proceso de traducción propia por profesionales de la salud bilingües, evalúan comprensión y respuesta de los ítems - Proceso de traducción propia - No informan sobre proceso de adaptación
GDS-30 (Lobo <i>et al.</i> , 1990)	30 ítems	- Instituciones de media y larga estancia	91,90	- Entrevista	
GDS-30 (González, 1988)	30 ítems	- Instituciones de media y larga estancia	84,40	- Entrevista (como guión de entrevista) - Entrevista	- Informan realizar traducción
GDS-30 (Abizanda <i>et al.</i> , 1998)	30 ítems	- Comunidad	74,13	- Entrevista	- No informado, referencian la versión original
GDS-30 (Gutiérrez, Gallano, Reig y Solano, 1996)	30 ítems	- Atención especializada con ingreso	81	- Entrevista	- No informado, referencian la versión original
GDS-30 (Tena-Dávila Hernández, Rodríguez y Sobrino, 1998)	30 ítems	- Atención especializada con ingreso	81,70	- Autoadministrado	- No informado, referencian la versión original
GDS-30 (Miguel de la Huerfía, López, Delgado, Santamaría, y Aspe, 1996)	30 ítems	- Comunidad	79,30	- Autoadministrado	- No informado, referencian la versión original
GDS-30 (Salamero y Marcos, 1992)	30 ítems	- Comunidad	77,50	- Entrevista	- No informado, referencian la versión original
GDS-30 (García y Tobías, 2001)	30 ítems	- Instituciones de media y larga estancia - Atención primaria	73	- Autoadministrado	- No informado, referencian una versión sin datos
Escala de Depresión Geriátrica de 20 ítems					
GDS-20 (Pérez, González, Moraleda, Szarek y González, 1990)	20 ítems	- Instituciones de media y larga estancia	81,60	- Entrevista (como guión de entrevista)	- Desarrollada a partir de la GDS-30 (González, 1988)
Escala de Depresión Geriátrica de 15 ítems					
GDS-15 (Martínez de la Iglesia <i>et al.</i> , 2002)	15 ítems	- Atención primaria - Instituciones de media y larga estancia - Atención domiciliaria	74,30-79,20	- Entrevista	- Proceso de traducción-retrotraducción y prueba piloto
GDS-15 (Martí <i>et al.</i> , 2000)	15 ítems	- Instituciones de media y larga estancia	74,60	- Entrevista	- Proceso de traducción propia y utilización de algunos ítems de la GDS-30 (Izal y Montorio, 1993) - No informado
GDS-15 (Martínez, Díaz, García y Gil, 1993)	15 ítems	- Atención especializada ambulatoria	78,30	- Entrevista	
Escala de Depresión Geriátrica de 8 ítems					
GDS-8 (Buz, 1996)	8 ítems	- Instituciones de media y larga estancia	77	- Autoadministrado	- Obtenida con modificaciones a partir de la GDS-30 (Izal y Montorio, 1993)
Escala de Depresión Geriátrica de 5 ítems					
GDS-5 (Dz Džos, Hernández, Reusch, y Cruz, 2001)	5 ítems	- Atención especializada ambulatoria	78,30	- Entrevista	- Obtenida a partir de GDS-15 (Martínez <i>et al.</i> , 1993)

TABLA 2. Adecuación conceptual y aplicabilidad (otras escalas).

<i>Instrumento</i>	<i>Nº de ítems</i>	<i>Contextos</i>	<i>Edad (media)</i>	<i>Administración</i>	<i>Proceso de adaptación</i>
Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (Zunzunegui, Delgado <i>et al.</i> , 1998)	20 ítems: afecto deprimido, somático y actividad retardada, afecto positivo e interpersonal	- Comunidad - Atención primaria	≥ 65	- Entrevista	- Utilizan una versión en castellano pero desarrollada para población mexicana
Escala Autoaplicada para la Depresión de Zung (Conde y Sánchez de Vega, 1969)	20 ítems: afectivos, somáticos, fisiológicos y psicológicos	- Instituciones de media y larga estancia - Atención primaria	70,19 - 81,90	- Autoadministrado - Entrevista	- Proceso de traducción propia
Inventario de Depresión de Beck (González, 1988)	21 ítems: emociones (afectivos), cambios comportamiento y somáticos	- Instituciones de media y larga estancia	84,40	- Entrevista	- No informado
Escala Observacional (Torres <i>et al.</i> , 2004)	6 ítems: síntomas físicos, psicológicos y sociales	- Instituciones de media y larga estancia	83	- Observación	- Desarrollada en castellano
Escala Breve de Valoración de la Depresión con Tarjetas (Gómez-Feria y Jiménez, 2004)	19 ítems. No indican dimensiones o tipos de ítems	- Atención especializada ambulatoria	70,34	- Entrevista	- Traducción y retrotraducción

### *Adecuación conceptual y aplicabilidad (Tablas 1 y 2)*

En cuanto a los contextos, todas las escalas, excepto la CES-D, la BASDEC y algunas versiones de la GDS, se han utilizado en instituciones de media y larga estancia. En atención primaria sólo se han utilizado 3 versiones de la GDS, la CES-D y la SDS. Con muestras comunitarias sólo se han aplicado la GDS y la CES-D y en atención especializada únicamente la GDS en 5 de sus versiones y la BASDEC.

Acercas de la forma de administración, la BASDEX, la BDI y la CES-D únicamente se han aplicado mediante entrevista y la EO mediante observación. La SDS ha sido administrada a través de entrevista y autoinforme. La GDS, predominantemente, se ha aplicado como entrevista pero algunas versiones también se han aplicado como un autoinforme o únicamente con esta modalidad. En cuanto a la necesidad de entrenamiento previo del administrador, en ningún caso se especificó el tipo de entrenamiento requerido.

En todos los estudios la fuente del informe ha sido el paciente. Únicamente en la versión de 30 ítems de la GDS utilizada por Gutiérrez *et al.*, (1996), se preguntó a los allegados o informantes claves (*proxis*), en caso necesario.

Sobre el tiempo de administración, sólo han informado los autores de la versión de 20 ítems de la GDS (Pérez, *et al.*, 1990), cuyo tiempo osciló entre 20 y 30 minutos y los de la versión de 8 ítems (Buz, 1996) que osciló entre 46 y 90 segundos. En el primer caso, la administración fue a través de entrevista y en el caso de la GDS-8, la escala fue autoadministrada.

La compleción y comprensión de los ítems fue informada por Fernández-San-Martín *et al.* (2002), quienes indican los ítems menos contestados para su versión de 30 ítems de la GDS y afirman, en general, una comprensión elevada por parte de los respondientes. En el estudio de validación de la CES-D (Zunzunegui, Delgado *et al.*, 1998) también se informa sobre los ítems menos contestados. En cuanto a la tasa de respuesta fue informada, únicamente, en el estudio de Monforte *et al.* (1998), para dos de las escalas que aplican, la SDS (77,4%) y la versión de Izal y Montorio (1993) de la GDS (77,5%).

Sobre su interpretabilidad, únicamente en la adaptación de 20 ítems de la GDS se presentan puntuaciones centiles según sexo, pero para una muestra de 130 personas no representativa de la población española (Pérez *et al.*, 1990). El desempeño de las escalas (efectos suelo y techo) no se ha evaluado para ninguna de ellas.

### *Propiedades psicométricas*

La fiabilidad (Tabla 3) ha sido evaluada en cuatro de las seis escalas seleccionadas; sobre la SDS y la EO no hay datos. Del BDI sólo se proporciona una correlación entre dos mitades de 0,52 y de la CES-D un coeficiente alfa de Cronbach de 0,83. Los autores de la BASDEC informan sobre fiabilidad test-retest y equivalencia: dos observadores independientes evalúan una misma muestra con una diferencia media de tiempo de 6 días ( $DT = 2,54$ ). Obtienen en ambos casos una correlación Pearson de 0,90. En cuanto a la GDS, versión de 5 ítems, se informa un alfa de Cronbach de 0,45 y para la de 8 ítems de 0,83 y una correlación test-retest de 0,86. En las versiones de 15 ítems, De Dios, *et al.*, (2001) informan para la versión de Martínez, *et al.*, (1993) un alfa de

TABLA 3. Fiabilidad de los instrumentos.

Instrumento	Consistencia interna	Fiabilidad	Test-retest y equivalencia
Escala de Depresión Geriátrica			
Escala de Depresión Geriátrica de 30 ítems			
GDS-30 (Izai y Montoro, 1993)	- Coeficiente KR-20 = 0,85 para pacientes sin deterioro cognitivo, 0,88 con deterioro y 0,90 con probable demencia (Rodríguez Testal, Valdés y Benítez, 2003; Rodríguez Testal, Valdés y Catalán, 2003)		- Test-retest con periodo medio de 1,9 meses: $r = 0,87$ (Rodríguez <i>et al.</i> , 2003b) - Test-retest con periodo de 1 mes: $r = 0,89$ (Izai y Montoro, 1995)
GDS-30 (Ramos <i>et al.</i> , 1991)	- Alfa de Cronbach = 0,89 (c. de día) y 0,94 (hospitales) (Izai y Montoro, 1996)		
GDS-30 (Fernández-San-Martín <i>et al.</i> , 2002)	- Alfa de Cronbach = 0,89 (Izai y Montoro, 1993)		- No informado
GDS-30 (Lobo <i>et al.</i> , 1990)	- Alfa de Cronbach = 0,61		- No informado
GDS-30 (González, 1988)	- No informado		- No informado
GDS-30 (Abrizanda <i>et al.</i> , 1998)	- Dos mitades $r = 0,76$ ; PHI = 0,57 Contingencia = 0,58		- No informado
GDS-30 (Gutiérrez <i>et al.</i> , 1996)	- No informado		- No informado
GDS-30 (Tena-Dívila <i>et al.</i> , 1998)	- No informado		- Equivalencia entre observadores: $r = 0,21$
GDS-30 (Miguel de la Huerza <i>et al.</i> , 1996)	- No informado		- No informado
GDS-30 (Salanero y Marcos, 1992)	- Alfa de Cronbach = 0,87		- No informado
GDS-30 (García y Tobias, 2001)	- No informado		- No informado
Escala de Depresión Geriátrica de 20 ítems			
GDS-20 (Pérez <i>et al.</i> , 1990)	- Dos mitades: $r = 0,81$		- No informado
Escala de Depresión Geriátrica de 15 ítems			
GDS-15 (Martínez de la Iglesia <i>et al.</i> , 2002)	- Coeficiente KR-20 = 0,99		- Test-retest con periodo de 7-10 días: Kappa = 0,95 - Equivalencia entre observadores: Kappa = 0,66
GDS-15 (Maari <i>et al.</i> , 2000)	- No informado		- No informado
GDS-15 (Maartinez <i>et al.</i> , 1993)	- Alfa de Cronbach = 0,79		- No informado
Escala de Depresión Geriátrica de 8 ítems			
GDS-8 (Buz, 1996)	- Alfa de Cronbach = 0,83; KR-20 = 0,81		- Test-retest con periodo de 14-30 días: $r = 0,86$
Escala de Depresión Geriátrica de 5 ítems			
GDS-5 (De Dios <i>et al.</i> , 2001)	- Alfa de Cronbach = 0,45		- No informado
Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos			
Escala Autoaplicada para la Depresión de Zung	- Alfa de Cronbach = 0,83 (Zunzunegui <i>et al.</i> , 1999)		- No informado
Inventario de Depresión de Beck	- No informado		- No informado
Escala Observacional	- Dos mitades: $r = 0,52$ ; PHI = 0,50; Contingencia = 0,50 (González, 1988)		- No informado
Escala Breve de Valoración de la Depresión con Tujéjas	- No informado		- No informado
Escala Breve de Valoración de la Depresión con Tujéjas	- Alfa de Cronbach = 0,67 (Gómez-Feria y Jiménez, 2004)		- Test-retest con periodo medio de 6 días: $r = 0,90$ , con distintos observadores - Equivalencia entre observadores: $r = 0,90$ , tras un periodo medio de 6 días (Gómez-Feria y Jiménez, 2004)

Cronbach de 0,73 y Martínez de la Iglesia *et al.* (2002) un coeficiente KR-20 de 0,99, un coeficiente kappa intra observador de 0,95 y un índice kappa entre-observadores de 0,66. Sobre la escala de 20 ítems se informa una correlación entre dos mitades de 0,81. En los estudios originales sobre versiones de 30 ítems los coeficientes de consistencia interna oscilaron entre 0,61 para la versión de Ramos *et al.* (1991) y de 0,94 para la de Izal y Montorio (1993). Únicamente se calculó el coeficiente test-retest para la versión de Izal y Montorio (1993), informándose valores de 0,89 y 0,87. La equivalencia entre observadores sólo se obtuvo en la versión utilizada por Tena-Dávila, *et al.*, (1998), mostrando una correlación entre observadores de 0,21.

En cuanto a la validez, en cuatro de las seis escalas (GDS, CES-D, SDS y EO) se ha informado sobre validez de criterio (Tabla 4), siendo más habitual el análisis de criterio concurrente y utilizando como estándar el diagnóstico de depresión a partir de diferentes criterios clínicos (DSM, ICD-9 o criterios hospitalarios previamente establecidos), excepto en el caso de la EO donde el estándar utilizado fue la propia GDS. La validez predictiva sólo ha sido evaluada en dos escalas (GDS y CES-D). La depresión ha sido relacionada principalmente con resultados adversos, ya sean mortalidad (Béland y Zunzunegui, 1999), institucionalización (Abizanda *et al.*, 1998; Béland y Zunzunegui, 1999), deterioro funcional (Béland y Zunzunegui, 1999; Gutiérrez *et al.*, 1996) o deterioro cognitivo (Zunzunegui *et al.*, 1999).

La validez de constructo (Tablas 5 y 6) ha sido informada en todas la escalas excepto en la EO. La estructura factorial sólo ha sido analizada para la GDS de 30 ítems (Rodríguez-Testal, Valdés y Benítez, 2003; Salamero y Marcos, 1992) y para la CES-D (Zunzunegui, Delgado *et al.*, 1998), realizándose, en ambos casos, análisis factoriales exploratorios. Las evidencias convergentes y divergentes han sido evaluadas en cuatro de las escalas, la GDS, la SDS el BDI y la BASDEX. Para obtener evidencias convergentes, se ha evaluado, mayoritariamente, su asociación con otras escalas de depresión y para obtener evidencias divergentes, con escalas de otros dominios de CVRS. La validez discriminante entre grupos conocidos sólo se ha informado en el estudio de Arbinaga (2002): se utiliza la versión de 30 ítems de la GDS realizada por Ramos *et al.* (1991) y se muestran diferencias estadísticamente significativas en las puntuaciones de la escala entre mujeres institucionalizadas y no institucionalizadas ( $p < 0,001$ ). La responsividad no se ha evaluado formalmente en ninguno de los 5 instrumentos.

### Valoración sumaria

La valoración sumaria se presenta en la Tabla 7. Respecto de la adecuación conceptual, únicamente la GDS de 15 ítems, de Martínez de la Iglesia *et al.* (2002), presenta una puntuación de 3 (moderada) y las versiones de 30 ítems de Izal y Montorio (1993), Ramos *et al.* (1991) y Salamero y Marcos (1992) una puntuación de 2 (baja-moderada), el resto presenta puntuaciones de 1 o no puntúa en este apartado. En cuanto a la aplicabilidad de las escalas ninguna de ellas obtiene puntuación: o bien presentan una información incompleta o de baja calidad, o bien no presentan información al respecto. Y atendiendo a las características psicométricas, la mejor escala es la versión

TABLA 4. Validez de criterio

Instrumento	Validez de criterio / Validez predictiva*
Escala de Depresión Geriátrica	
Escala de Depresión Geriátrica de 30 ítems	
GDS-30 (Izal y Montorio, 1993)	- Para el punto de corte 11: $S = 100\%$ y $E = 86\%$ y para el punto de corte 14: $S = 100\%$ y $E = 100\%$ (Izal y Montorio, 1996)
GDS-30 (Ramos <i>et al.</i> , 1991)	- Para el punto de corte 18: $S = 94\%$ y $E = 94\%$ ( $r = 0,87$ ) (Ramos <i>et al.</i> , 1991; Ramos, Montejo, Lafuente, Ponce de León y Moreno, 1993) y para el punto de corte 17: $S = 100\%$ y $E = 85\%$ (Ramos <i>et al.</i> , 1991)
GDS-30 (Fernández-San-Martín <i>et al.</i> , 2002)	- Para el punto de corte 9/10; $S = 86,7\%$ y $E = 63,1\%$ y para el punto de corte 10/11: $S = 81,7\%$ y $E = 68\%$
GDS-30 (Lobo <i>et al.</i> , 1990)	- Para el punto de corte 14/15: $S = 83,3\%$ y $E = 92,3\%$ y para el punto de corte 15/16: $S = 66,6\%$ y $E = 100\%$
GDS-30 (González, 1988)	- No informado
GDS-30 (Abizanda <i>et al.</i> , 1998)	- La depresión se asoció al ingreso hospitalario a los 2 años ( $OR = 4,2$ ; $IC-95\%: 1,1-15,7$ )*
GDS-30 (Gutiérrez <i>et al.</i> , 1996)	- La depresión se asoció al deterioro funcional al mes del alta ( $OR = 4,34$ ; $IC-95\%: 0,95-20,45$ )*
GDS-30 (Tena-Dávila <i>et al.</i> , 1998)	- No informado
GDS-30 (Miguel de la Huerta <i>et al.</i> , 1996)	- No informado
GDS-30 (Salamero y Marcos, 1992)	- No informado
GDS-30 (García y Tobías, 2001)	- No informado
Escala de Depresión Geriátrica de 20 ítems	
GDS-20 (Pérez <i>et al.</i> , 1990)	- No informado
Escala de Depresión Geriátrica de 15 ítems	
GDS-15 (Martínez de la Iglesia <i>et al.</i> , 2002)	- Para el punto de corte $\geq 5$ : $S = 81,8\%$ y $E = 76,6\%$
GDS-15 (Martí <i>et al.</i> , 2000)	- Para el punto de corte $\geq 5$ : $S = 85,3\%$ y $E = 85,5\%$
GDS-15 (Martínez <i>et al.</i> , 1993)	- Para el punto de corte $\geq 5$ : $S = 93,1\%$ y $E = 73,5\%$
Escala de Depresión Geriátrica de 8 ítems	
GDS-8 (Buz, 1996)	- No informado
Escala de Depresión Geriátrica de 5 ítems	
GDS-5 (De Dios <i>et al.</i> , 2001)	- Para el punto de corte $\geq 2$ : $S = 98,9\%$ y $E = 57,4\%$
Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos	- Para el punto de corte de 16: $S = 88,2\%$ y $E = 61,7\%$ ; para la detección de la depresión mayor: $S = 100\%$ y $S = 73\%$ (Zunzunegui, Delgado <i>et al.</i> , 1998)
	- Controladas las variables edad, sexo y nivel de estudios las regresiones múltiples realizadas mostraron un coeficiente de regresión $CR = 0,95$ para el índice cognitivo global, de $CR = 0,76$ para el índice de memoria y de $0,37$ para el de orientación a los años, resultando todos ellos significativos ( $p < 0,01$ ) (Zunzunegui <i>et al.</i> , 1999)*
	- La depresión resultó asociada a discapacidad en AIVD ( $OR = 1,70$ ; $IC\ 95\%: 1 - 2,80$ ), a la discapacidad en ABVD ( $OR = 2,2$ ; $IC\ 95\%: 1,40 - 5,50$ ) y a la muerte o institucionalización ( $OR = 2,30$ ; $IC\ 95\%: 1,20 - 4,30$ ) a los dos años (Béland y Zunzunegui, 1999)*
Escala Autoaplicada para la Depresión de Zung	- Para el punto de corte 47: $S = 0,89$ y $E = 0,94$ (Ramos <i>et al.</i> , 1991; Ramos <i>et al.</i> , 1993)
	- Para el punto de corte 9: $S = 0,92$ y $E = 0,88$ y para el punto de corte 10: $S = 0,83$ y $E = 0,97$ , en puntuaciones corregidas (Ramos <i>et al.</i> , 1991)
	- Para el punto de corte 45/46: $S = 84,60\%$ y $E = 81,80\%$ y en el punto de corte 48/49: $S = 84,60\%$ y $E = 84,30\%$ . Con el MEC la $S$ aumentó hasta $92,30\%$ (Lobo <i>et al.</i> , 1990)
Inventario de Depresión de Beck	- No informado
Escala Observacional	- Para el punto de corte $\geq 5$ : $S = 60\%$ y $E = 81\%$ (Torres <i>et al.</i> , 2004)
Escala Breve de Valoración de la Depresión con Tarjetas	- No informado

TABLA 5. Validez constructo (GDS).

Instrumento	Validez de constructo (evidencias convergentes / divergentes)	Relaciones con otras variables
Escala de Depresión Geriátrica Escala de Depresión Geriátrica de 30 ítems GDS-30 (Izal y Montorio, 1993)	Correlación con escalas de depresión	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Índice Barthel: <math>r = 0,24</math> (<math>p &lt; 0,001</math>) (Monforte <i>et al.</i>, 1998)</li> <li>- SDS: <math>0,72</math> (<math>p &lt; 0,001</math>) (Monforte <i>et al.</i>, 1998) y <math>0,70</math> (<math>p &lt; 0,001</math>) (Rodríguez <i>et al.</i>, 2003b)</li> <li>- CAMDEX de depresión: <math>0,83</math> (Izal y Montorio, 1996)</li> <li>- <i>Adjective Checklist</i>: <math>0,86</math> (<math>p &lt; 0,001</math>) (Izal y Montorio, 1993)</li> <li>- SDS: <math>0,86</math> (<math>p &lt; 0,001</math>) (Ramos <i>et al.</i>, 1991)</li> <li>- RDC: <math>0,89</math> (<math>p &lt; 0,001</math>) (Ramos <i>et al.</i>, 1991; Ramos <i>et al.</i>, 1993)</li> <li>- No informado</li> <li>- No informado</li> <li>- BDI: <math>0,56</math></li> <li>- No informado</li> <li>- No informado</li> <li>- No informado</li> <li>- No informado</li> <li>- No informado</li> <li>- Escala HRSD/MES: <math>0,77</math></li> <li>- No informado</li> <li>- No informado</li> </ul>
GDS-30 (Ramos <i>et al.</i> , 1991)		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Inventarios de Satisfacción con la Vida: <math>r = 0,63</math> (Arbinga, 2002)</li> <li>- Nivel de estudio: <math>r = -0,31</math>; estado de salud en los últimos 12 meses: <math>r = -0,41</math>; edad: <math>r = 0,41</math> (<math>p &lt; 0,001</math> y <math>p &lt; 0,05</math>) (Arbinga, 2002)</li> </ul>
GDS-30 (Fernández-Sanz-Martin <i>et al.</i> , 2002)		- No informado
GDS-30 (Lobo <i>et al.</i> , 1990)		- No informado
GDS-30 (González, 1988)		- No informado
GDS-30 (Abizanda <i>et al.</i> , 1998)		- No informado
GDS-30 (Gutiérrez <i>et al.</i> , 1996)		- No informado
GDS-30 (Tena-Davila <i>et al.</i> , 1998)		- No informado
GDS-30 (Miguel de la Huerza <i>et al.</i> , 1996)		- No informado
GDS-30 (Salmero y Marcos, 1992)		- No informado
GDS-30 (García y Tobias, 2001)		- No informado
Escala de Depresión Geriátrica de 20 ítems		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Escala HAD-A: <math>r = 0,64</math> (<math>p = 0,000</math>)</li> <li>- RL: nivel de estudios (primarios) (<math>\beta = 2,31</math>; <math>p = 0,006</math>), aislamiento social (<math>\beta = 2,17</math>; <math>p = 0,0008</math>) y dependencia según Índice de Katz (<math>\beta = 1,31</math>; <math>p = 0,0084</math>)</li> <li>- No informado</li> </ul>
GDS-20 (Pérez <i>et al.</i> , 1990)		- No informado
Escala de Depresión Geriátrica de 15 ítems		<ul style="list-style-type: none"> <li>- SPMSQ-VE: <math>r = 0,24</math> (<math>p &lt; 0,001</math>) (Martínez de la Iglesia <i>et al.</i>, 2002)</li> <li>- Asociaciones: no escolarización (<math>p = 0,058</math>), deterioro cognitivo (<math>p = 0,060</math>), mayor dependencia funcional (<math>p = 0,038</math>) y 2 o más enfermedades según índices de comorbilidad (<math>p = 0,096</math>); en los pacientes de atención domiciliaria solo el deterioro cognitivo se asoció significativamente a la presencia de depresión (<math>p = 0,010</math>) (Campos, Adán y Navarro, 2004)</li> <li>- Asociación: edad (77,70 deprimidos vs. 75,90 no deprimidos; <math>p = 0,03</math>)</li> <li>- No informado</li> </ul>
GDS-15 (Martínez <i>et al.</i> , 2000)		- No informado
GDS-15 (Martínez <i>et al.</i> , 1993)		- No informado
Escala de Depresión Geriátrica de 8 ítems		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Escala HAD-A: <math>0,73</math> (<math>p &lt; 0,001</math>)</li> <li>- SDS-30: <math>0,80</math> (<math>p &lt; 0,001</math>)</li> <li>- SDS: <math>0,64</math> (<math>p &lt; 0,001</math>);</li> <li>- HAD-D: <math>0,61</math> (<math>p &lt; 0,001</math>)</li> <li>- No informado</li> </ul>
GDS-8 (Buz, 1996)		- No informado
Escala de Depresión Geriátrica de 5 ítems		<ul style="list-style-type: none"> <li>- RM (eliminada la puntuación de la GDS-15); el diagnóstico (<math>\beta = 0,4</math>) y la edad (<math>\beta = 0,49</math>) se asociaban (<math>R^2 = 0,22</math>; <math>p = 0,02</math>) (De Dios <i>et al.</i>, 2001)</li> </ul>
GDS-5 (De Dios <i>et al.</i> , 2001)		- No informado

MEC: Mini-examen Cognoscitivo; SPMSQ: *Short Portable Mental Status Questionnaire*;  $r$ : correlación; RM: regresión múltiple; AF: análisis de varianza; RDC: criterios diagnósticos para la depresión; HAD-A/D: *Hospital Anxiety and Depression Scale* (subescala ansiedad y depresión); HRSD/MES: *Hamilton's Depression Scale with Melancholia Scale*; RL: regresión logística; SPMSQ-VE: *Short Portable Mental Status Questionnaire*- versión española

TABLA 6. Validez constructo (otras escalas).

<i>Instrumento</i>	<i>Validez de constructo (evidencias convergentes / divergentes)</i>
	<i>Correlación con escalas de depresión</i> <i>Relaciones con otras variables</i>
Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos	- No informado
Escala Autoaplicada para Depresión de Zung	- GDS: 0,72 y 0,86 ( $p < 0,001$ ) (Lobo <i>et al.</i> , 1990; Monforte <i>et al.</i> , 1998) - RDC: 0,85 ( $p < 0,001$ ) (Lobo <i>et al.</i> , 1990)
Inventario de Depresión de Beck	- GDS: 0,56 (0,01) (González, 1988)
Escala Observacional	- No informado
Escala Breve de Valoración de la Depresión con Tarjetas	- GDS-15: 0,70 ( $p \leq 0,001$ ) (Gómez-Feria y Jiménez, 2004)

RDC: criterios diagnósticos de investigación para la depresión mayor; r: correlación



TABLA 7. Valoración sumaria

Instrumento	Adecuación conceptual	Aplicabilidad	Propiedades métricas	Total
Escala de Depresión Geriátrica de 30 ítems				
GDS-30 (Izal y Montorio, 1993)	2	0	4	6
GDS-30 (Ramos <i>et al.</i> , 1991)	2	0	0	2
GDS-30 (Fernández-San-Martín <i>et al.</i> , 2002)	1	0	1	2
GDS-30 (Lobo <i>et al.</i> , 1990)	1	0	0	1
GDS-30 (González, 1988)	1	0	0	1
GDS-30 (Abizanda <i>et al.</i> , 1998)	1	0	0	1
GDS-30 (Gutiérrez <i>et al.</i> , 1996)	1	0	0	1
GDS-30 (Tena-Dávila <i>et al.</i> , 1998)	1	0	0	1
GDS-30 (Miguel de la Huerta <i>et al.</i> , 1996)	1	0	0	1
GDS-30 (Salmero y Marcos, 1992)	2	0	1	3
GDS-30 (García y Tobías, 2001)	1	0	0	1
Escala de Depresión Geriátrica de 20 ítems				
GDS-20 (Pérez <i>et al.</i> , 1990)	1	0	1	2
Escala de Depresión Geriátrica de 15 ítems				
GDS-15 (Martínez de la Iglesia <i>et al.</i> , 2002)	3	0	2	5
GDS-15 (Marí <i>et al.</i> , 2000)	1	0	1	2
GDS-15 (Martínez <i>et al.</i> , 1993)	1	0	1	2
Escala de Depresión Geriátrica de 8 ítems				
GDS-8 (Buz, 1996)	1	0	2	3
Escala de Depresión Geriátrica de 5 ítems				
GDS-5 (De Dios <i>et al.</i> , 2001)	1	0	0	1
Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos	1	0	1	2
Escala Autoaplicada para la Depresión de Zung	1	0	1	2
Inventario de Depresión de Beck	0	0	0	0
Escala Observacional	0	0	0	1
Escala Breve de Valoración de la Depresión con Tarjetas	1	0	1	2

Adecuación conceptual (población génesis de la escala; proceso de adaptación transcultural; validación conceptual; contexto de aplicación; desempeño)

Aplicabilidad (administración y demandas del administrador; respondiente y demandas del respondiente; interpretabilidad)

Propiedades métricas (fiabilidad por consistencia interna; fiabilidad test-retest o equivalencia; validez de criterio; validez de constructo; responsividad)

de Izal y Montorio (1993) de la GDS, que ha obtenido una puntuación de 4, seguida de la versión de 15 ítems de Martínez de la Iglesia *et al.* (2002) y la de 8 ítems de Buz (1996) con una puntuación de 2; el resto han recibido puntuaciones de 1 o no han puntuado en este apartado.

Globalmente, las dos escalas con mejores puntuaciones totales han sido dos versiones de la GDS, la de 30 ítems de Izal y Montorio (1993) y la de 15 ítems de Martínez de la Iglesia *et al.* (2002), con una puntuación de 6 y 5 puntos respectivamente.

### Discusión

La revisión realizada nos ha permitido identificar un escaso número de estudios y escalas sobre las que se presentan, en general, pocos datos. La información mostrada no alcanza, en la mayoría de los casos, los estándares de calidad establecidos y resulta especialmente escasa la información aportada sobre su aplicabilidad. La GDS es la escala que ha reunido más información, pero referida a múltiples versiones, en su mayoría, con mínimos estándares de calidad.

Los dos instrumentos con mayor calidad son dos versiones de esta escala, la de 30 ítems de Izal y Montorio (1993) y la de 15 ítems de Martínez de la Iglesia *et al.* (2002). La versión de 15 ítems es la única sobre la que se informa de la realización de un adecuado proceso de adaptación transcultural, de ahí su mejor adecuación conceptual con respecto a las diferentes versiones de la GDS, a pesar de que no se ha informado sobre su desempeño y de que los datos sobre su validación son escasos. Para ninguna de las versiones de esta escala se ha informado de suficientes datos sobre su aplicabilidad. En cuanto a las propiedades métricas, estas dos versiones junto a la de 8 ítems de Buz (1996) presentan valores de fiabilidad que superan los estándares de calidad para decisiones grupales, pero sólo la de 15 ítems los supera a nivel individual, con valores superiores a 0,90. Hay que tener en cuenta que, pese a que en prácticamente ninguno de los casos se informa sobre el tiempo de respuesta, las escalas con menos ítems, presentando el mismo tipo de escala de respuesta, reducen el tiempo de administración considerablemente y, por tanto, la demanda sobre el respondiente. Esta reducción del tiempo es especialmente deseable en personas mayores, como bien indican Sheikh y Yesavage (1986), autores de la versión de 15 ítems. Los estudios en los que se ha utilizado la versión de 30 ítems de Izal y Montorio (1993) han mostrado los mejores datos de validez de criterio y constructo (Izal y Montorio, 1993; Izal y Montorio, 1996; Monforte *et al.*, 1998; Rodríguez, León y Catalán, 1999; Rodríguez-Testol, Valdés y Benítez, 2003; Rodríguez-Testal, Valdés y Catalán, 2003). La versión de 15 ítems de Martí *et al.* (2000) ha superado los estándares establecidos con respecto a la validez de criterio, pero no los de validez de constructo. El resto de versiones no han superado los estándares establecidos o no han informado sobre validez.

El resto de las escalas, CES-D, SDS, BDI, EO y BASDEC, presentan una insuficiente adecuación conceptual, una escasa o nula información sobre su aplicabilidad y unas propiedades métricas de baja calidad.

Si evaluamos la información, en función de los tres ejes de análisis, también evidenciamos la escasa información obtenida. En cuanto a la adecuación conceptual cabe destacar la ausencia de información sobre el desempeño de las escalas y la escasa o nula información presentada sobre su validez conceptual con respecto a las versiones originales. Sólo tres de los instrumentos, la GDS, la EO y la BASDEC, han sido desarrollados originariamente en personas mayores y sólo la EO ha sido elaborada en España. A pesar de ello, excepto la ya mencionada versión de 15 ítems de la GDS, el resto no presentan un proceso de adaptación transcultural completo o no aportan información al respecto.

La aplicabilidad ha sido el eje con menor cantidad y calidad de información aportada, lo que parece poco razonable teniendo en cuenta que dicha información es importante en la clínica. Al respecto cabe destacar la ausencia de información de calidad sobre interpretabilidad en todas las escalas, sobre el nivel de entrenamiento requerido por el entrevistador, sobre el tiempo de administración, sobre la presencia o no de versiones especiales para allegados (*proxis*) y otros requerimientos necesarios en este grupo de población. De las propiedades métricas, la fiabilidad es la más informada pero, sólo tres versiones de la GDS superan los criterios de calidad mínimos a nivel grupal y una a nivel individual. La fiabilidad por consistencia interna ha sido la más evaluada, mientras la fiabilidad test-retest y por equivalencia sólo ha sido analizada para cuatro versiones de la GDS y para la BASDEC. La ausencia de información sobre fiabilidad test-retest limita el uso de las escalas en estudios longitudinales y la falta de datos sobre equivalencia no permite su uso con diferentes observadores o el uso de formas paralelas. En cuanto a la validez cabe indicar que únicamente dos versiones de la GDS y la SDS superan los criterios de calidad establecidos en la valoración resumen para la validez de criterio y sólo la versión de 30 ítems de Izal y Montorio (1993) de la GDS lo hace para la validez de constructo. En general, la información sobre la validez de constructo es muy débil, no presentándose en ningún caso análisis confirmatorios sobre los modelos de medida o estructurales. De especial relevancia es la ausencia de datos sobre responsividad para todas las escalas, lo que limita su uso en la monitorización del cambio y en la investigación de resultados.

Si bien la evidencia es contundente, es necesario tener en cuenta las limitaciones derivadas de los criterios de inclusión establecidos, como es la ausencia de literatura gris, tesis doctorales y las inherentes a las búsquedas electrónicas y recuperación de documentos que se han intentado superar mediante diferentes estrategias. Por un lado, en las búsquedas ha primado la sensibilidad y se han utilizado diferentes bases de datos, y por otro, se han llevado a cabo búsquedas manuales y rastreo de referencias bibliográficas con la finalidad de complementar las estrategias electrónicas.

En conclusión, el estado de la medición de la sintomatología depresiva en personas mayores españolas adolece de serias lagunas. En todas las escalas presentadas se evidencia una falta de información sobre su desempeño, su aplicabilidad, incluyendo su interpretabilidad, y su responsividad en población geriátrica, aspectos muy relevantes para su uso en la clínica.

Por tanto, sería recomendable, en todas ellas, pero con mayor hincapié en las dos versiones de mejor calidad, que se llevasen a cabo estudios sobre dichas propiedades.

Ello pondría a disposición del clínico la información necesaria para su utilización e interpretación.

### Referencias

- Abizanda, P., Luengo, C., López, J., Sánchez, P., Romero, L. y Fernández, C. (1998). Predictores de mortalidad, deterioro funcional e ingreso hospitalario en una muestra de ancianos residentes en la comunidad. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 33, 219-225.
- Adshead, F., Day, D. y Pitt, B. (1992). BASDEC: A novel screening instrument for depression in elderly medical inpatients. *British Medical Journal*, 305, 397.
- Alonso, J. (2000). La medida de la calidad de vida relacionada con la salud en la investigación y la práctica. *Gaceta Sanitaria*, 14, 163-167.
- Arbinaga, F. (2002). La mujer mayor institucionalizada vs. no institucionalizada: aproximación al estado de ánimo, la ansiedad ante la muerte y su satisfacción con la vida. *Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de Enlace*, 64, 26-33.
- Badía, X., Salamero, M. y Alonso, J. (2002). *La medida de la salud. Guía de escalas de medición en español*. Barcelona: Edimac.
- Bech, P., Kastrup, M. y Rafaelsen, O.J. (1986). Mini-compendium of rating scales for states of anxiety, depression, mania, schizophrenia, with corresponding DSM-III syndromes. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 73 (Suppl 326), 1-37.
- Beck, A.T. y Beamesderfer, A. (1974). Assessment of depression: The Depression Inventory. *Psychological Measurements in Psychopharmacology*, 7, 151-169.
- Beck, A.T., Ward, C.H., Mendelson, M., Mock, J. y Erilaugil, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4, 561-571.
- Béland, F. y Zunzunegui, M.V. (1999). Predictors of functional status in older people living at home. *Age and Ageing*, 28, 153-159.
- Brink, T.L., Yesavage, J.A., Lum, O., Heersema, P.H., Adey, M. y Rose, T.L. (1982). Screening test for geriatric depression. *Clinical Gerontologist*, 1, 37-43.
- Buz, J. (1996). Mini-GDS 8: Una nueva versión breve para ancianos institucionalizados. *Geriatría*, 12, 41-45.
- Cabañero-Martínez, M.J., Richart-Martínez, M., Cabrero-García, J., Orts-Cortés, M.I., Reig-Ferrer, A. y Tosal-Herrero, B. (2004). Fiabilidad y validez de la Escala de Satisfacción con la Vida de Diener en una muestra de mujeres embarazadas y púerperas. *Psicothema*, 16, 448-455.
- Cabrero-García, J. y el Nodo de Evaluación de Resultados de la Red Temática Cooperativa de Investigación de Cuidados a Personas Mayores (RIMARED). (2005). *La evaluación de los resultados de salud en personas mayores*. Mimeo
- Campos, J., Ardanaz, J. y Navarro, A. (2004). Depresión en pacientes de edad avanzada. Dos ámbitos: un centro sociosanitario y un programa de soporte domiciliario. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 39, 232-239.
- Carretero-Dios, H. y Pérez, C. (2005). Normas para el desarrollo y revisión de estudios instrumentales. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 5, 521-551.
- Casas, J., Repullo, J.R. y Pereira, J. (2001). Medidas de calidad de vida relacionada con la salud. Conceptos básicos, construcción y adaptación cultural. *Medicina Clínica (Barc)*, 116, 798-796.
- Conde, L.V., Esteban, C.T. y Useros, S.E. (1976). Revisión crítica de la adaptación española del Cuestionario de Beck. *Revista de Psicología General Aplicada*, 31, 469-497.

- Conde, V. y Sánchez de Vega (1969). La Escala Autoaplicada para la depresión de Zung. *Archivos de Neurobiología*, 32, 535-558.
- De Dios, R., Hernández, A.M., Rexach, L.I. y Cruz, A.J. (2001). Validación de una versión de cinco ítems de la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage en una población española. *Revista Española de Geriátria y Gerontología*, 36, 276-280.
- Echevarría, C., García, J. y Zarco, M.J. (2000). Adaptación de los instrumentos lingüísticos de medida de salud en rehabilitación. *Rehabilitación*, 34, 91-95.
- Fernández-Ballesteros, R., Izal, M., Montorio, I., González, J.L. y Díaz, P. (1992). *Evaluación e intervención psicológica en la vejez*. Barcelona: Martínez Roca.
- Fernández-San-Martín, M.I., Andrade, C., Molina, J., Muñoz, P.E., Carretero, B., Rodríguez, M. y Silva A. (2002). Validation of the Spanish version of the Geriatric Depression Scale (GDS) in primary care. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 17, 279-287.
- Fillenbaum, G.G. (1988). *Multidimensional functional assessment of older adults. The Duke Older Americans Resources and Services Procedure*. Nueva Jersey: Lawrence Erlbaum Associates Pub.
- Fitzpatrick, R., Davey, C., Buxton, M.J. y Jones, D.R. (1998). Evaluating patient-based outcome measures for use in clinical trials. *Health Technology Assessment*, 2, 1-74.
- García, M.J. y Tobías, J. (2001). Prevalencia de depresión en mayores de 65 años. Perfil del anciano de riesgo. *Atención Primaria*, 27, 484-488.
- Garratt, A., Schmidt, L., Mackintosh, A. y Fitzpatrick, R. (2002). Quality of life measurement: Bibliographic study of patient assessed health outcome measures. *British Medical Journal*, 324, 1117-1119.
- Goldberg, D.P. (1972). *The detection of psychiatric illness by questionnaire*. Londres: Oxford University Press.
- Gómez-Feria, I. y Jiménez, R. (2004). Validación al español de la escala BASDEC (Escala Breve de Valoración de la Depresión Con Tarjetas) para la depresión. *Psiquiatría Biológica*, 11, 1-4.
- González, M.A. (1988). Características técnicas y modificaciones introducidas en dos escalas de depresión: estudio piloto para la adaptación y baremación de la GDS y el BDI a la población geriátrica española. *Geriátrika*, 4, 59-66.
- Greenhalgh, J, Long, A.F. y Flynn, R. (2005). The use of patient reported outcome measures in routine clinical practice: Lack of impact or lack of theory? *Social Science & Medicine*, 60, 833-843.
- Gutiérrez, J., Galiano, R., Reig, C. y Solano, J. (1996). Deterioro funcional relacionado con la hospitalización en el anciano. *MAFRE Medicina*, 7, 275-282.
- Hathway, S.R. y McKinley, J.C. (1942). *The Minnesota Multiphasic Personality Inventory*. Minneapolis: University of Minnesota Press.
- Haywood, K.L., Garratt, A.M. y Fitzpatrick, R. (2005a). Older people specific health status and quality of life: A structured review of self-assessed instruments. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 11, 315-327.
- Haywood, K.L., Garratt, A.M. y Fitzpatrick, R. (2005b). Quality of life in older people: A structured review of generic self-assessed health instruments. *Quality of life Research*, 14, 1651-1668.
- Hoyl, M.T., Alessi, C.A., Harker, J.O., Josephson, K.R., Pietruszka, F.M., Koelfgen, M., Mervis, J.R., Fitten, L.J. y Rubenstein, L.Z. (1999). Development and testing of a five-item version of the Geriatric Depression Scale. *Journal of the American Geriatric Society*, 47, 873-878.
- Izal, M. y Montorio, I. (1993). Adaptation of the Geriatric Depression Scale: A preliminary study. *Clinical Gerontologist*, 13, 83-91.

- Izal, M. y Montorio, I. (1996). Adaptación en nuestro medio de la Escala de Depresión Geriátrica (GDS) en distintos subgrupos: residentes en la comunidad y asistentes a hospitales de día. *Revista de Gerontología*, 6, 329-337.
- Kane, R.A. y Kane R.L. (1984). *Assessing the elderly: A practical guide to measurement*. Lexington, DC: Health and Company.
- Kane, R.S. y Kane, R.L. (1993). *Evaluación de las necesidades en los ancianos*. Barcelona: SG Editores.
- Katz, S., Ford, A.B., Moskowitz, R.W., Jackson, B.A. y Jaffe, M.W. (1963). Studies of illness in the age: The index ADL a standardized measure of biological and psychological function. *Journal of the American Medical Association*, 185, 914-919.
- Krug, S. y Laughlin, J.E. (1976). *Handbook for the IPAT Depression Scale*. Champaign. Illinois: Institute for Personality and Ability Testing.
- Lobo, A., Ventura, T. y Marco, C. (1990). Psychiatric morbidity among residents in a home for the elderly in Spain: Prevalence of disorder and validity of screening. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 5, 83-91.
- Martí, D., Miralles, R., Llorach, I., García-Palleiro, P., Esperanza, A., Guillén, J. y Cervera, A. (2000). Transtornos depresivos en una unidad de convalecencia: experiencia y validación de una versión española de 15 preguntas de la escala de depresión geriátrica de Yesavage. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 35, 1-7.
- Martínez, E., Díaz, G., García, J. A. y Gil, P. (1993). Escala de Yesavage reducida: su validez para detectar trastornos afectivos. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 28 (Supl. 1), 28.
- Martínez de la Iglesia, J., Onís, M.C., Dueñas, H.R., Albert, C.C., Aguado, T.C. y Luque, L.R. (2002). Versión española del cuestionario de Yesavage abreviado (GDS) para el despistaje de depresión en mayores de 65 años: adaptación y validación. *Revista de Medicina Familiar y Comunitaria*, 12, 620-630.
- McDonald, A., Mann, A., Jenkins, R., Richard, L., Godlove, C. y Rodwell, G. (1982). An attempt to determine the impact of 4 types of care upon the elderly in London by the study of matched groups. *Psychological Medicine*, 12, 190-200.
- McDowell, I. y Newell, C. (1996). *Measuring health: A guide to rating scales and questionnaires* (2ª ed.). Nueva York: Oxford University Press.
- Miguel de la Huerta, J.J., López, I., Delgado, O., Santamaría, J.L. y Axpe, A. (1996). Evaluación de las necesidades psicosociales de personas mayores usuarias de cuatro centros de día de Vizcaya. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 31 (NM1), 37-44.
- Monforte, J.A., Fernández, C., Díez, J., Toranzo, I., Alonso, M.M. y Franco, M.A. (1998). Prevalencia de la depresión en el anciano que vive en residencias. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 33, 13-20.
- Montero, I. y León, O.G. (2005). Sistema de clasificación del método de los informes de investigación en Psicología. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 5, 115-127.
- Montorio, I. (1990). *Evaluación psicológica en la vejez: instrumentación desde un enfoque multidimensional*. Tesis doctoral no publicada. Universidad de Madrid, Madrid, España.
- Montorio, I. e Izal, M. (1996). The Geriatric Depression Scale: A review of its development and utility. *International Psychogeriatrics*, 8, 103-111.
- Montorio, I. y Lázaro, S. (1996). Instrumentos de evaluación funcional en la edad avanzada: Un análisis bibliométrico. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 31, 45-54.
- Muñiz, J. (1992). *Teoría clásica de los tests*. Madrid: Pirámide.
- Pérez, E., González, M.A., Moraleda, P., Szurek, S. y González, J.A. (1990). La Geriatric Depression Scale (GDS) como instrumento para la evaluación de la depresión: bases de la misma.

- Modificaciones introducidas y adaptación de la prueba a la realidad psicogeriatrica. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 25, 173-180.
- Peto, V., Jenkinson, C., Fitzpatrick, R. y Greenhall, R. (1995). The development and validation of a short measure of functioning and well-being for individuals with Parkinson's disease. *Quality of Life Research*, 4, 241-248.
- Radloff, L.S. (1977). The CES-D Scale: A self-report depression scale for research in general population. *Applied Psychological Measurement*, 1, 385-401.
- Ramos, J.A., Montejo, M.L., Lafuente, R., Ponce de León, C. y Moreno, A. (1991). Validación de la escala-criba geriátrica para la depresión. *Actas Luso-Españolas de Neurología y Psiquiatría*, 19, 174-177.
- Ramos, J.A., Montejo, M.L., Lafuente, R., Ponce de León, C. y Moreno, A. (1993). Validación de tres procedimientos para diagnosticar depresión en ancianos. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 28, 275-279.
- Rodríguez, J.F., León, J.L. y Catalán, M.C. (1999). Estrés, bienestar subjetivo y depresión en ancianos diabéticos. *Geriátrika*, 15, 411-425.
- Rodríguez-Testal, J.F., Valdés, M. y Benítez, M.M. (2003). Propiedades psicométricas de la escala geriátrica de depresión (GDS): análisis procedente de cuatro investigaciones. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 38, 132-144.
- Rodríguez-Testal, J.F., Valdés, M. y Catalán, M.C. (2003). Análisis de la fiabilidad de la escala geriátrica de depresión GDS en ancianos con deterioro cognoscitivo. *Geriátrika*, 19, 95-104.
- Royal College of Physicians of London and the British Geriatrics Society (1992). *Standardised assessment scales for elderly people*. Londres: Royal College of Physicians of London.
- Salamero, M. y Marcos, T. (1992). Factor study of the Geriatric Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 86, 283-286.
- Sanz, J., Navarro, M.E. y Vázquez, C. (2003). Adaptación española del Inventario para la Depresión de Beck-II (BDI-II): 1. Propiedades psicométricas en estudiantes universitarios. *Análisis y Modificación de Conducta*, 29, 239-288.
- Sanz, J. y Vázquez, C. (1998). Fiabilidad, validez y datos normativos del Inventario para la Depresión de Beck. *Psicothema*, 10, 303-318.
- Scientific Advisory Committee of the Medical Outcomes Trust (2002). Assessing health status and quality-of-life instruments: Attributes and review criteria. *Quality of Life Research*, 11, 193-205.
- Sheikh, J.I. y Yesavage, J.A. (1986). Geriatric Depression Scale (GDS). Recent evidence and development of a shorter version. En T.L. Brink (Ed.), *ÁClinical Gerontology: A guide to assessment and intervention* (pp. 94-201). Nueva York: Harworth Press.
- Smith, K.W., Avis, N.E. y Assmann, S.F. (1999). Distinguishing between quality of life and health status in quality of life research: A meta-analysis. *Quality of Life Research*, 8, 447-459.
- Soler, J., Pérez-Sola, V., Puigdemont, D., Pérez-Blanco, J., Figueres, M. y Álvarez, E. (1997). Estudio de validación del Center for Epidemiologic Studies-Depression (CES-D) en una población española de pacientes con trastornos afectivos. *Actas Luso-Españolas de Neurología y Psiquiatría*, 25, 243-249.
- Tatano, C., Bernal, H. y Froman, R.D. (2003). Methods to document semantic equivalente of a translated scale. *Research in Nursing & Health*, 26, 64-73.
- Téna-Davila, C., Hernández, M.A., Rodríguez, F. y Sobrino, M.P. (1998). Análisis de la concordancia interobservador de varias escalas de valoración en pacientes ancianos con fractura de cadera. *Rehabilitación*, 32, 34-38.

- Torres, R.M., Miralles, R., García, M.P., Arellano, M., Aguilera, A., Pi, M. y Cervera, A.M. (2004). Observational scale and geriatric depression scale of Yesavage to identify depressive symptoms in older patients. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 9, 473-442.
- Valderas, J.M., Ferrer, M. y Alonso, J. (2005). Instrumentos de calidad de vida relacionada con la salud y de otros resultados percibidos por los pacientes. *Medicina Clínica*, 125 (Supl. 1), 56-60.
- Vázquez, C. y Sanz, J. (1997). Fiabilidad y valores normativos de la versión española del Inventario para la Depresión de Beck de 1978. *Clínica y Salud*, 8, 403-422.
- Vázquez, C. y Sanz, J. (1999). Fiabilidad y validez de la versión española del Inventario para la Depresión de Beck de 1978 en pacientes con trastornos psicológicos. *Clínica y Salud*, 10, 59-81.
- Ware, J.E. y Sherbourne, C.D. (1992). The MOS 36-ítem short form health survey (SF-36). *Medical Care*, 30, 473-783.
- WONCA Classification Committee (1990). *Functional status measurement in primary care*. Nueva York: Springer Verlag.
- World Health Organization. (1947). Constitution. *WHO Chronicle*, 1-29.
- Yesavage, J.A., Brink, T.L., Rose, T.L., Lum, O., Huang, V., Adey, M. y Leirer, V.O. (1983). Development and validation of a geriatric depression screening scale: A preliminary report. *Journal of Psychiatric Research*, 17, 37-49.
- Zigmond, A.S. y Snaith, R.P. (1983). The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67, 361-367.
- Zung, W.W.K. y Dirham, N.C. (1965). A Self-Rating Depression Scale. *Archives of General Psychiatry*, 12, 63-70.
- Zunzunegui, M.V., Béland, F., Gornemann, I. y Del Ser, T. (1999). La depresión como factor predictor del deterioro cognitivo en las personas mayores. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 34, 125-134.
- Zunzunegui, M.V., Béland, F., Llacer, A. y León, V. (1998). Gender differences in depressive symptoms among Spanish elderly. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 33, 195-205.
- Zunzunegui, M.V., Delgado, M., Pérez, E., Yagüe, A.I., Illescas, M.L. y León, V. (1998). Validación de la Escala CES-D para la medida de la sintomatología depresiva en una población de personas mayores española. *Revista Multidisciplinar de Gerontología*, 8, 156-161.