

Cuestionario de Depresión Geriátrica de Yesavage abreviado (GDS-VE): Análisis de su estructura interna en adultos mayores residentes en Buenos Aires, Argentina

Yesavage's Geriatric Depression Questionnaire (GDS-VE): Analysis of its internal structure in older adults living in Buenos Aires, Argentina

Yesavage Geriatric Depression Questionnaire (GDS-VE): Análise de sua estrutura interna em idosos residentes em Buenos Aires, Argentina

María Florencia Tartaglini

ORCID ID: 0000-0002-7925-7831

Instituto de Neurociencias Buenos Aires, INEBA-CONICET, Argentina

Paula Daniela Hermida

ORCID ID: 0000-0003-1585-1222

CONICET - Universidad de Buenos Aires, Instituto Alberto C. Taquini de Investigaciones en Medicina Traslacional (IATIMET), Argentina

Silvia Deborah Ofman

ORCID ID: 0000-0002-7393-5718

CONICET - Universidad de Buenos Aires, Instituto Alberto C. Taquini de Investigaciones en Medicina Traslacional (IATIMET), Argentina

Carolina Feldberg

ORCID ID: 0000-0001-5470-7755

Instituto de Neurociencias Buenos Aires, INEBA-CONICET, Argentina

Agustín Freiberg-Hoffmann

ORCID ID: 0000-0001-8737-1186

Universidad de Buenos Aires, CONICET, Argentina

Autor referente: florenciatartaglini@gmail.com

Historia editorial

Recibido: 04/09/2020

Aceptado: 18/03/2021

RESUMEN

La depresión es uno de los trastornos del estado de ánimo más frecuentes e incapacitantes en la población de adultos mayores. Para medirla, una de las escalas más utilizadas es el Cuestionario de Depresión Geriátrica de Yesavage, en su versión abreviada (GDS-VE). Pese a su reconocimiento y frecuente utilización, aún no se ha realizado un análisis de estas características en población argentina. Actualmente, con motivo de la pandemia por COVID-19 y el contexto de aislamiento, la American Psychological Association recomienda adaptar las prácticas presenciales a la modalidad virtual. Dada esta necesidad, el presente trabajo tiene por objetivo analizar la estructura interna del GDS-VE para las modalidades de administración de lápiz y papel e

Internet, examinando la equivalencia métrica entre ambas. Se realizó un análisis factorial confirmatorio y se estimó la consistencia interna para las dos modalidades. También se examinó la invarianza factorial entre ambas formas de administración. Participaron 696 adultos mayores que respondieron al cuestionario mediante dos modalidades de administración (50% lápiz y papel y 50% Internet). Como resultado, se verificó un adecuado ajuste del modelo a los datos empíricos para las dos versiones (lápiz y papel e Internet), como también una adecuada invarianza métrica entre ellas. Estos hallazgos aportan evidencias de validez y confiabilidad acerca de la estructura interna del GDS-VE en población argentina.

Palabras clave: depresión; adultos mayores; estructura interna; confiabilidad.

ABSTRACT

Depression represents one of the most frequent and disabling mood disorders in the elderly population. To measure it, one of the most used scales is the Geriatric Depression Questionnaire, developed by Yesavage, in its abbreviated version (GDS-VE). Despite its ample acknowledgment and frequent use, an analysis of these characteristics has not yet been carried out on the Argentine population. Currently, because of the COVID-19 pandemic and the isolation context, the American Psychological Association recommends adapting face-to-face to virtual practices. Given this need, the present work aims to analyze the internal structure of the GDS-VE, for pencil-paper and Internet modalities

examining the metric equivalence between both of them. A confirmatory factor analysis was carried out and the internal consistency was estimated for both modalities. Factor invariance between both forms of administration was also examined. A total of 696 older adults participated and responded to the questionnaire, using two modes of administration (50% pencil-paper and 50% Internet). As a result, an adequate adjustment of the model to the empirical data was verified for both versions (pencil-paper and Internet), as well as an adequate metric invariance between them. These findings provide evidence of validity and reliability of the GDS-VE instrument on the Argentine population.

Key-words: depression; older adults; internal structure; reliability.

RESUMO

A depressão representa uma das condições mais frequentes e incapacitantes na população idosa. Para mensurá-la, uma das escalas mais utilizadas é o Yesavage Geriatric Depression Questionnaire, em sua versão abreviada (GDS-VE). Apesar de seu reconhecimento e uso frequente, uma análise dessas características ainda não foi realizada na população argentina. Atualmente, devido à pandemia COVID-19 e ao contexto de isolamento, a American Psychological Association recomenda adaptar as práticas presenciais para o modo virtual. Diante dessa necessidade, o presente trabalho tem como objetivo analisar a estrutura interna do GDS-VE para as modalidades lápis e papel e administração de Internet, examinando

a equivalência métrica entre ambas. Foi realizada uma análise fatorial confirmatória e estimada a consistência interna para ambas as modalidades. A invariância fatorial entre as duas formas de administração também foi examinada. Participaram 696 idosos, que responderam ao questionário em duas modalidades de aplicação (50% papel-lápis e 50% Internet). Como resultado, verificou-se um adequado ajuste do modelo aos dados empíricos para as duas versões (lápis-papel e Internet), bem como uma adequada invariância métrica entre elas. Esses achados fornecem evidências de validade e confiabilidade do instrumento GDS-VE na população argentina.

Palavras-chave: depressão; adultos mais velhos; validade; confiabilidade.

El envejecimiento de la población mundial es un proceso intrínseco a la transición demográfica (World Health Organization [WHO], 2002). En Argentina, el 14% de la población está conformada por adultos mayores de 60 años de edad. Asimismo, la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA) es considerada la población más envejecida del país (Instituto Nacional de Estadística y Censos [INDEC], 2011). Estudios realizados en torno al envejecimiento demuestran que, si bien dicho ciclo vital no es sinónimo de enfermedad, en el mismo se observa el aumento de trastornos neurodegenerativos y mentales. En particular, los trastornos del estado de ánimo constituyen una problemática ya que generalmente se encuentran subdiagnosticados, generando un incremento tanto en la demanda como en los costos en salud (Alexopoulos, 2005; Anderson, 2001; Blazer, 2000). Con el fin de garantizar el mayor acceso de las personas y reservar la atención especializada para los casos más

severos, la Organización Mundial de la Salud (WHO, 2001) recomienda que la detección de los trastornos mentales se realice en el nivel de atención primaria.

Stagnaro et al. (2018) afirman haber realizado el primer estudio epidemiológico en la República Argentina, enmarcado dentro de la encuesta mundial de salud mental realizada por la Organización Mundial de la Salud (Kessler & Ünsün, 2008). En el mismo se informó que 1 de cada 7 argentinos presentó algún trastorno mental, y sólo el 30% de estos recibió tratamiento por profesionales especialistas en el área. Particularmente, se observó más riesgo de desarrollar un trastorno mental en adultos mayores de 75 años de edad, siendo el trastorno depresivo mayor el más frecuente dentro de estos. Los hallazgos de este estudio, en coincidencia con los de otros realizados en países de América Latina, permitirían visibilizar el subdiagnóstico de este tipo de trastornos (Stagnaro et al., 2018).

Alexopoulos (2005) señala que la depresión en las persona mayores se refiere a los síndromes depresivos descritos en el DSM IV (American Psychiatric Association, 2013) y en el CIE-10 (Organización Mundial de la Salud [OMS], 1992), los cuales surgen en adultos mayores de 65 años. Como definición general, para la descripción de la depresión geriátrica se suele considerar el trastorno depresivo mayor. El mismo se caracteriza por la confluencia de cinco o más de los siguientes síntomas: estado de ánimo deprimido; pérdida de interés o placer; modificación del 5% del peso corporal (aumento o descenso) sin causa aparente; alteraciones del sueño; agitación y/o retraso psicomotor; fatiga o pérdida de energía; sentimiento de inutilidad o culpabilidad exacerbado; disminución de la capacidad de pensamiento, concentración y toma de decisiones; pensamientos de muerte recurrentes. Para el diagnóstico del trastorno depresivo mayor debe estar presente uno de los dos primeros síntomas descritos, en combinación con los restantes, durante al menos dos semanas, observándose también un cambio en el funcionamiento de las actividades cotidianas de la persona (American Psychiatric Association, 2013).

La literatura científica señala que en los últimos años de vida se producen distintos tipos de pérdidas (físicas, económicas y psicosociales) las que, junto a los cambios que trae aparejado el proceso de envejecimiento (vasculares, degenerativos), pueden predisponer al surgimiento de depresión (Alexopoulos, 2005; Hummel et al., 2017). Cabe destacar que la depresión geriátrica puede presentarse como un nuevo episodio en una persona que ya cursó una depresión previamente, o por primera vez de manera tardía. La heterogeneidad en su forma de presentación se debe, también, a que en su etiología participan de manera conjunta mecanismos patogénicos de orden biológico y factores psicosociales (Camus, Kraehenbühl, Preisig, Büla, & Waeber, 2004; Van-Ojen, Hooijer, Jonker, Lindeboom & Van-Tilburg, 1995).

Por su parte, Bastidas-Bilbao (2014) señala que existe una alta comorbilidad entre la depresión geriátrica y la enfermedad cerebrovascular, la diabetes, la enfermedad de Alzheimer y el parkinsonismo. Debido a su forma de presentación (somatizaciones) los trastornos depresivos suelen solaparse o coexistir con otros cuadros, como así también confundirse con el efecto farmacológico de algunos medicamentos (Burke & Wengel, 2003; Unützer, 2002). Por ello se advierte la necesidad de profundizar en el estudio del diagnóstico diferencial, a fin de evitar el sobrediagnóstico de las enfermedades médicas y el subdiagnóstico de la depresión geriátrica (Fiske, Wetherell & Gatz, 2009). Por otra parte, se ha observado que esta enfermedad puede condicionar la evolución de otras patologías o comorbilidades, e interferir en procesos de rehabilitación, pudiendo causar deterioro funcional, mental y social. Además, la depresión puede intervenir en el desarrollo de ciertas enfermedades, a través de una alteración en el sistema inmune y el aumento de los trastornos psicofisiológicos. También se ha observado que contribuye con la elevación del riesgo de muerte e incremento en la tasa de suicidios (Blazer, 2000; 2003).

Una de las escalas más difundidas para la medición de la depresión geriátrica, dado su diseño específico, es la *Geriatric Depression Scale* (GDS) [Cuestionario de

Depresión Geriátrica] de Yesavage (1988). Previo al desarrollo de la misma, la mayoría de las escalas utilizadas habían sido diseñadas y validadas en población joven, aplicándose en adultos mayores, sin contemplar las diferencias por grupo etario. La escala GDS fue creada como una herramienta de detección, para ser utilizada en atención primaria, con el fin de identificar síntomas de depresión en adultos mayores. Posteriormente, la derivación a profesionales especializados en salud mental, completa el diagnóstico final (Nease & Maloin, 2003).

La versión original del instrumento quedó conformada por 30 preguntas, con opciones de respuestas dicotómicas (sí/no), diseñada para aplicarse de manera autoadministrada. En relación a la construcción de las preguntas, Yesavage (1988) priorizó los síntomas psicológicos y las quejas cognitivas, ante los síntomas somáticos, ya que los primeros presentaban mayor poder de discriminación para sintomatología depresiva. Dado que es un instrumento autoaplicado, el autor omitió preguntas sobre sexualidad e ideación suicida, por considerar que podrían generar interpretaciones erróneas y resistencia en los entrevistados.

En relación a la validación psicométrica, el instrumento obtuvo elevados índices de sensibilidad (84%) y especificidad (95%), presentando adecuadas evidencias de validez concurrente con otras escalas clásicas utilizadas para el cribado de depresión (Brink et al., 1982).

Debido a la transversalidad de la depresión geriátrica, este instrumento suele incluirse en evaluaciones de índole clínica, psiquiátrica y neuropsicológica. La herramienta presenta, también, adecuados índices de fiabilidad en adultos mayores con déficit cognitivos y demencia (Rodríguez-Testal, Valdés-Díaz y Catalán-Mahindo, 2003).

Considerando la posible fatiga o disminución de atención de los participantes, se han elaborado y validado versiones abreviadas de la escala. En este sentido, la primera reducción de la *Geriatric Depression Scale* (GDS) quedó compuesta por 15 ítems (10

positivos y 5 negativos), demostrando una sensibilidad y especificidad equiparable a la versión original (Yesavage & Sheikh, 1986).

Martínez de la Iglesia et al. (2002) realizaron la validación lingüística al español y los análisis psicométricos correspondientes, obteniendo adecuadas evidencias de validez convergente y discriminante. También informaron apropiados índices de consistencia interna ($KR-20 = .994$), sensibilidad (81%) y especificidad (76%).

A nivel regional, en países de Latinoamérica, se realizaron algunos análisis psicométricos de este instrumento. Sobre la versión de 30 ítems, Blanco Molina y Salazar Villanea (2014) realizaron un estudio en Costa Rica, a partir del cual encontraron evidencias de validez convergente y altos niveles de consistencia interna. Por su lado, Candia Ponce (2016) en un estudio realizado en México sobre la versión de 15 ítems, encontró un aceptable índice de consistencia interna.

Estos estudios han permitido evidenciar que el instrumento, en sus diferentes versiones, posee adecuadas propiedades psicométricas para evaluar el fenómeno en población de adultos mayores de la región. Sin embargo, hasta el momento, no se han publicado análisis que respalden la administración virtual de esta escala en Argentina.

La pandemia por COVID-19, declarada por la Organización Mundial de la Salud en marzo del presente año (OMS, 2020), ha evidenciado las limitaciones que los profesionales de la salud encuentran para realizar evaluaciones presenciales, dado el actual contexto. En este sentido, la American Psychological Association (APA, 2020) recomienda adaptar las prácticas presenciales a una modalidad de atención virtual, y que las evaluaciones remotas se efectúen a través de instrumentos estandarizados, que demuestren tener propiedades equivalentes a las que presentan bajo la modalidad de administración presencial. Al respecto, la International Test Commission (ITC, 2005) ha redactado una serie de consideraciones acerca de las propiedades psicométricas que debe cumplir un test administrado en línea. Se menciona que el instrumento debe presentar estudios que garanticen la equivalencia de sus

características técnicas respecto a la versión en formato de lápiz y papel, tal como estructuras, confiabilidades y puntajes comparables, entre otros.

Considerando la compleja situación de las personas mayores frente al COVID-19, tanto en lo que refiere a la vulnerabilidad biológica, como a los aspectos psicológicos y sociales (Pinazo-Hernandis, 2020), el presente trabajo se propone analizar, de manera preliminar, la estructura interna del GDS-VE (Cuestionario de Depresión Geriátrica, versión abreviada y en español) -análisis factorial confirmatorio, consistencia interna e invarianza factorial- para las modalidades de administración de lápiz y papel e Internet. Adicionalmente se propone comparar los puntajes arrojados por el instrumento entre ambas modalidades de administración.

Método

Participantes: Se reclutaron 696 adultos mayores (24.3% varones y 75.7% mujeres) de entre 60 y 93 años ($M=70.70$; $DE=6.81$). La muestra se dividió en dos grupos, que fueron evaluados en distintos períodos. En ambos casos, el tipo de muestreo fue no probabilístico por conveniencia.

El primer grupo (50% de los sujetos) quedó conformado por 348 participantes, siendo 23.9% varones y 76.1% mujeres, quienes tenían entre 60 y 93 años ($M=71$; $DE=6.99$). Se los entrevistó durante el período de febrero de 2015 a febrero de 2019. Estos datos fueron recogidos de manera presencial, a través del cuestionario en formato de lápiz y papel. El reclutamiento se realizó a través de instituciones de salud, de tipo asistencial, que también realizan actividades de promoción para la salud y participación social, orientadas a los adultos mayores.

El segundo grupo (50% restante) quedó conformado por 348 participantes, siendo 24.7% varones y 75.3% mujeres, en edades comprendidas entre 60 y 90 años ($M=69.88$; $DE=6.53$). En este caso, los participantes completaron el cuestionario en línea, a través de Internet, durante los meses de abril y mayo del 2020, etapa en la

que recién comenzaba el confinamiento por el contexto del Aislamiento Social, Preventivo y Obligatorio — medida sanitaria implementada en Argentina ante la emergencia de la pandemia por COVID-19—. Por este motivo, y tomando el recaudo sanitario correspondiente, se realizó la recolección de datos de manera virtual, a través de un formulario *Google Forms*, el cual fue difundido a través de las redes sociales.

Instrumentos

Cuestionario de Depresión Geriátrica de Yesavage, versión española GDS-VE (Martínez de la Iglesia et al., 2002). El cuestionario se encuentra conformado por 15 ítems, con opciones de respuestas dicotómicas (sí/no) y una estructura unidimensional. Diez preguntas son directas (ítems 2, 3, 4, 6, 8, 9, 10, 12, 14 y 15). Las cinco restantes, son indirectas (ítems 1, 5, 7, 11 y 13). Cada pregunta puede puntuar con 0 o 1 punto, otorgándole el valor de 1 a la respuesta que representa el indicador de depresión.

Para calcular el puntaje total, se suman los puntajes de los 15 ítems que conforman la escala. Al respecto, los autores originales proponen que si se obtiene un puntaje total igual o mayor a 5 puntos, se considera presencia de depresión.

Cuestionario sociodemográfico: con el fin de obtener el perfil sociodemográfico del adulto mayor, se elaboró un cuestionario *ad hoc* de preguntas cerradas, a través del cual se recabó información sobre las características generales de los participantes. Se incluyeron las siguientes variables y opciones de respuesta: edad (años), género (masculino/femenino/otro), nacionalidad (argentino/extranjero), estado civil (soltero/casado/separado/viudo), nivel educativo (primario/secundario/terciario-universitario).

Procedimiento

Los datos fueron recogidos de modo presencial y a través de Internet.

La investigación se llevó adelante con todos los resguardos éticos, obteniéndose (previo a la realización del estudio) la aprobación de los siguientes comités de ética: Comité de Ética en Investigación del Centro de Educación Médica e Investigaciones Clínicas “Norberto Quirno” (CEMIC) y Comité de Ética del Instituto de Neurociencias Buenos Aires (INEBA).

Previo a la investigación, el investigador responsable informó a los participantes sobre el objetivo y las características del estudio, aclarando que la participación era libre y voluntaria, pudiendo el participante abandonar el estudio en cualquier momento y por cualquier motivo. Asimismo, también se aclaró sobre el anonimato de los datos. Los autores declaran estar en posesión del consentimiento informado.

Análisis de datos

Se utilizó el software LISREL 8.8 para el análisis factorial confirmatorio y de invarianza factorial. Para los análisis se emplearon matrices de correlaciones tetracóricas y el método de estimación máxima verosimilitud robusto dado el carácter dicotómico de las variables y el tamaño de las muestras (Hoyle, 2012). El análisis factorial confirmatorio se realizó para cada muestra de ambos formatos de administración (lápiz y papel e Internet). El ajuste de los modelos se interpretó a partir de los índices *Normed Fit Index* (NFI), *Non-Normed Fit Index* (NNFI), *Comparative Fit Index* (CFI) cuyos valores aceptables y óptimos se encuentran por encima de .90 y .95 respectivamente. Además se consideró el índice *Root Mean Square Error of Approximation* (RMSEA) cuyo valor debe ser inferior a .08 (Flora, 2017).

Se analizó luego la consistencia interna para cada modelo a través del coeficiente *KR-20*, dado que los ítems presentaban opción de respuesta dicotómica (Price, 2017). Se

estudiaron diferencias significativas entre ambos coeficientes mediante el programa *AlphaTest*.

Luego se estudió la invarianza factorial entre ambas modalidades de administración (lápiz y papel e Internet). Se pusieron a prueba tres modelos anidados aplicando distintos niveles de restricción (configural, métrico y estructural). La invarianza entre los modelos se examinó mediante diferencias en los índices RMSEA y CFI donde los valores aceptables se ubican por debajo de .015 y .01 respectivamente (Putnick & Bornstein, 2016).

Por último, mediante las pruebas Shapiro-Wilk y Levene se testeó la normalidad y homocedasticidad de las variables dependientes no verificándose su cumplimiento para la aplicación de pruebas paramétricas. Por esta razón, se optó por analizar las diferencias entre los puntajes de ambas modalidades de administración a través de la prueba U de Mann-Whitney con el software SPSS 21.

Resultados

Se comenzó por efectuar un análisis factorial confirmatorio para ambas modalidades de administración (lápiz y papel e Internet). Ambos modelos arrojaron índices de ajuste óptimos. Adicionalmente, se estimó la consistencia interna para los dos formatos y se compararon los coeficientes, obteniéndose valores aceptables tanto en la versión de lápiz y papel, como en la de Internet, no registrándose, además, diferencias significativas entre ambos índices (Tabla 1).

Tabla 1

*Cuestionario de Depresión Geriátrica, versión abreviada en español (GDS-VE):
Análisis factorial confirmatorio en modalidades de administración de lápiz y papel e
Internet*

Ítem	Modalidad de administración	
	Lápiz y papel	Internet
Ítem 1	.592	.704
Ítem 2	.683	.399
Ítem 3	.532	.882
Ítem 4	.362	.676
Ítem 5	.856	.570
Ítem 6	.411	.392
Ítem 7	.950	.763
Ítem 8	.452	.662
Ítem 9	.356	.204
Ítem 10	.068	.375
Ítem 11	.835	.598
Ítem 12	.039	.794
Ítem 13	.656	.741
Ítem 14	.558	.795
Ítem 15	.547	.507
NFI	.954	.970
NNFI	.966	.982
CFI	.971	.984
RMSEA [IC 90%]	.068 [.058-.079]	.055 [.044-.066]
KR-20 [IC 95%]	.779 [.743-.812]	.761 [.723-.796]
χ^2		.465
G/I		1
P		.495

Nota: NFI= Índice de Ajuste Normado; NNFI= Índice de Ajuste No Normado; CFI= Índice de Ajuste Comparativo; RMSEA= Error Cuadrático Medio de Aproximación.

Posteriormente, se examinó la invarianza factorial del modelo entre ambas modalidades de administración. El procedimiento verificó la equivalencia métrica del modelo testado entre los formatos de administración de lápiz y papel e Internet (Tabla 2).

Tabla 2

*Cuestionario de Depresión Geriátrica, versión abreviada en español (GDS-VE).
Invarianza factorial entre modalidades de administración lápiz y papel e Internet*

	CFI	Δ CFI	RMSEA	Δ RMSEA
Configural	.978	-	.061 [.054-.067]	-
Métrico	.973	.005	.066 [.059-.074]	-.005
Estructura	.972	.006	.064 [.057-.071]	-.003

Nota: CFI= Índice de Ajuste Comparativo; RMSEA= Error Cuadrático Medio de Aproximación.

Por último, se analizaron diferencias entre los puntajes de ambas modalidades de administración. Se registró una diferencia estadísticamente significativa, aunque con un bajo tamaño del efecto entre los puntajes de la modalidad de lápiz y papel y la de Internet (Tabla 3).

Tabla 3*GDS-VE. Comparación de puntajes entre la administración lápiz y papel e Internet.*

	Rango	U de Mann- Whitney	p	g	Shapiro-Wilk		Levenne	
					S-W _(gl)	p	F	p
Lápiz y papel	366.78	54191	.016	.194	.929 ₍₃₄₈₎	<	6.367	.012
Internet	330.22				.865 ₍₃₄₈₎	<.001		

Discusión

Frente al inexorable envejecimiento de la población mundial, la necesidad de generar estrategias de promoción de la salud y de prevención de enfermedades, para los adultos mayores, resulta indiscutible. En este sentido, contar con instrumentos de evaluación psicológica que permitan realizar un diagnóstico precoz, representa un desafío.

La elevada prevalencia de depresión geriátrica, sumada a la dificultad para su diagnóstico diferencial, coadyuvan a que se considere como un importante predictor de discapacidad funcional y mortalidad, representando un problema mayor para la salud pública (Blazer, 2003). La depresión en los adultos mayores no solo representa una importante carga de malestar para ellos, sino también para sus familias, para las instituciones de salud y para las residencias geriátricas. El personal sanitario de atención primaria ocupa un lugar estratégico para su detección (Fernández Viadero, 1998).

Como se mencionó anteriormente, el contexto sanitario actual genera la necesidad de mantener ciertos recaudos hacia los adultos mayores (OMS, 2020). Por este motivo, el desarrollo de adaptaciones y validaciones de instrumentos que permitan realizar evaluaciones de forma remota, resulta un aporte fundamental (APA, 2020).

Los resultados arrojados por los análisis aplicados en el presente trabajo indican que el modelo unidimensional del instrumento, conformado por 15 reactivos, conserva la misma estructura y consistencia interna, con independencia de la modalidad en que se administre. Resultados similares fueron encontrados en estudios realizados en otros países y de forma presencial, tanto en su versión de 30 ítems (Blanco Molina y Salazar Villanea, 2014) como de 15 ítems (Candia Ponce, 2016).

Debe destacarse que para los modelos estimados para ambos formatos, los ítems 9 (¿Prefiere usted quedarse en casa, más que salir y hacer cosas nuevas?) y 10 (¿Cree que tiene más problemas de memoria que la mayoría de la gente?) mostraron saturaciones bajas. Esto estaría indicando que aportan un porcentaje de su variabilidad sensiblemente menor a la explicación de la variable latente, con respecto al resto de las estimaciones. Ello podría deberse al contenido de cada ítem. En el caso del ítem 9 se observa que el reactivo ha sido redactado en dos direcciones, es decir, pregunta tanto sobre el lugar donde le gusta permanecer a la persona, como sobre su interés por emprender cosas nuevas. Situación que podría estar afectando la respuesta de los evaluados ya que los elementos deben preguntar por una cuestión a la vez (Moreno, Martínez y Muñiz, 2004). Para el caso del ítem 10 se podría hipotetizar que el mismo refiere a características cognitivas, siendo éste el único ítem redactado en esa dirección, motivo que explicaría el bajo valor de saturación. Por otra parte se observa que la estimación del ítem 12 (¿Actualmente se siente un/a inútil?) fue baja, pero solo para la modalidad de administración de lápiz y papel. En este sentido, se considera que esta pregunta, tal como fue redactada, podría ser interpretada como un juicio de valor, lo cual generaría un impacto en los participantes, de manera tal que

condicione su respuesta. Especialmente en la modalidad presencial, donde se encuentran cara a cara con el evaluador y la tendencia a responder desde la deseabilidad social, se puede ver incrementada (Gnambs & Kaspar, 2015).

No obstante, y a pesar de las estimaciones encontradas, se decidió conservar los tres ítems señalados, ya que poseen relevancia teórica según las características descritas para la depresión, siendo que, además, no modifican los índices de ajuste del modelo. Así, en la comparación de ambos, el hecho de que la equivalencia del modelo haya podido verificarse entre dos formatos de administración diferentes aporta evidencia a favor de su generalización, en cuanto a las propiedades e interpretaciones de sus puntajes (Dimitrov, 2014). Sin embargo, se considera necesario continuar con los análisis psicométricos para tomar una decisión final a este respecto.

En último lugar se compararon los puntajes promedio del instrumento bajo ambas modalidades de administración. Si bien se registró una diferencia significativa ($p < .05$), su tamaño del efecto fue pequeño ($g < .20$). Esto permite concluir que ambas modalidades de administración no arrojan puntajes sustancialmente diferentes y que, en todo caso, se debe continuar investigando este aspecto en el futuro.

Se quiere destacar que los hallazgos de la presente investigación aportan evidencias de validez y confiabilidad acerca de la estructura interna de un instrumento que permite evaluar la depresión geriátrica, tanto de forma presencial como remota. El instrumento puede ser empleado dentro del ámbito de la investigación, a fin de continuar el estudio de un fenómeno relevante para la población de adultos mayores. Asimismo, los resultados contribuyen —de manera preliminar— con el estudio psicométrico de una herramienta que, una vez finalizados todos los análisis correspondientes, permitirá evaluar de manera remota la depresión en adultos mayores.

En cuanto a las limitaciones del estudio se puede mencionar que el instrumento fue administrado en dos momentos temporales diferentes. Un grupo fue evaluado durante

la etapa inicial de confinamiento por la pandemia de COVID-19, mientras que el otro fue estudiado entre los años 2015 y 2019. Si bien el contexto de pandemia podría haber afectado los resultados, tal impacto pudo haber quedado matizado por el hecho de que la evaluación virtual se realizó en los meses iniciales de aislamiento. Apoya esta afirmación el hecho de que la estructura del modelo no se ha visto afectada, siendo esto verificado a través del análisis de invarianza factorial. Asimismo, y tal como se mencionó anteriormente, ambas modalidades de administración no presentaron diferencias sustanciales en sus puntajes. Por otra parte, cabe destacar que justamente fue el contexto de pandemia el que generó la necesidad de adaptar las herramientas de evaluación a modalidad virtual (APA, 2020).

Por otro lado, y en cuanto a la muestra, no se ha podido balancear la cantidad de respuestas por sexo, quedando la mayoría representada por mujeres.

Por estas limitaciones, a futuro se proyecta replicar el estudio dentro de un mismo período temporal para ambas modalidades de administración y con igual cantidad de participantes mujeres y varones.

Asimismo se debe mencionar que no se examinaron evidencias de validez externa. Una de las razones de ello, es que no se cuenta con instrumentos validados localmente en ambos formatos de administración (lápiz y papel e Internet) que evalúen constructos teóricamente afines. Cabe destacar que esta limitación es la que, al mismo tiempo, ha imposibilitado la estimación de índices de sensibilidad y especificidad que permitirían, a nivel local, establecer con precisión un punto de corte que facilite su interpretación a los usuarios de la técnica. Esta dificultad podría superarse si se realizase un estudio de grupos contrastados clasificando a los sujetos en dos grupos —sujetos con y sin depresión— empleando otro criterio como el juicio de profesionales de la salud, en lugar de otro instrumento.

Conclusión

El contexto pandémico por COVID-19, no sólo puso en evidencia la vacancia de estudios vinculados a la validación de instrumentos de evaluación virtual, sino también, el carácter prioritario de la evaluación de los trastornos mentales en los adultos mayores. Este trabajo presenta resultados preliminares de una validación interna del cuestionario de Depresión Geriátrica de Yesavage, versión abreviada y en idioma español (GDS-VE). Para finalizar, en coincidencia con Stagnaro et al. (2018), se señala la necesidad de desarrollar herramientas adecuadas para evaluar diferentes trastornos mentales en los adultos mayores. El presente trabajo realiza un aporte preliminar para el desarrollo específico de instrumentos que evalúen la depresión geriátrica. Asimismo, se considera que la continuidad de esta línea de investigación puede generar nuevos aportes acerca de las propiedades psicométricas del mencionado instrumento.

Referencias

- Alexopoulos, G. S. (2005). Depression in the elderly. *Lancet*, 365(9475),1961-1970.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5th. ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- American Psychological Association. (2020). *Guidance on psychological tele-assessment during the COVID-19 crisis*. Recuperado de <https://www.apaservices.org/practice/reimbursement/health-codes/testing/tele-assessment-covid-19>
- Anderson, D. N. (2001). Treating depression in old age: the reasons to be positive. *Age Ageing*, 30(1), 13-17. doi: 10.1093/ageing/30.1.13.
- Bastidas-Bilbao, H. (2014). Enfermedades médicas y depresión en el adulto mayor: características comunes y relación etiológica. *Revista de Psicología (PUCP)*, 32(2), 191-218.

- Blanco Molina, M., y Salazar Villanea, M. (2014). Escala de Depresión Geriátrica GDS de Yesavage. En V. Smith-Castro (Comp.), *Compendio de Instrumentos de Medición IIP - 2014* (pp. 241-246). Recuperado de <http://www.kerwa.ucr.ac.cr/bitstream/handle/10669/30350/Escala%20de%20Depresion%20Geri%C3%A1trica%20GDS%20de%20Yesavage.PDF?sequence=4&isAllowed=y>
- Blazer, D. G. (2000). Psychiatry and the oldest old. *American Journal of Psychiatry*, 157(12), 1915-1924. doi:10.1176/appi.ajp.157.12.1915.
- Blazer, D. G. (2003). Depression in late life: review and commentary. *The Journals of Gerontology. Series A, Biological sciences and medical sciences*, 58(3), 249-265. doi.org/10.1093/gerona/58.3.M249
- Brink, T. L., Yesavage, J. A., Lum, O., Heersema, P. H., Adey, M., & Rose, T. L. (1982). Screening tests for geriatric depression. *Clinical Gerontologist: The Journal of Aging and Mental Health*, 1(1), 37-43. doi.org/10.1300/J018v01n01_06
- Burke, W. J., & Wengel, S. P. (2003). Late-life mood disorders. *Clinics in Geriatric Medicine*, 19(4), 777-797. doi.org/10.1016/s0749-0690(03)00041-7
- Camus, V., Kraehenbühl, H., Preisig, M., Büla, C. J., & Waeber, G. (2004). Geriatric depression and vascular diseases: what are the links? *Journal of Affective Disorders*, 81(1), 1-16. doi.org/10.1016/j.jad.2003.08.003
- Candia Ponce, C. A. (2016). Confiabilidad de la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage (GDS-15) en Personas Adultas Mayores de Chilpancingo, Guerrero. *Tlamati Sabiduria*, 7(2). Recuperado de <http://tlamati.uagro.mx/t7e2/602.pdf>.
- Dimitrov, D. M. (2014). *Statistical methods for validation of assessment scale data in counseling and related fields*. Alexandria: Wiley.

- Fernández Viadero, C. (1998). Trastornos mentales habituales en ancianos. En J. L. Vázquez-Barquero (Ed.), *Psiquiatría en atención primaria* (pp. 477-494). Madrid: Aula Médica.
- Fiske, A., Wetherell, J. L., & Gatz, M. (2009). Depression in older adults. *Annual Review of Clinical Psychology*, 5, 363-389. doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.032408.153621
- Flora, D. (2017). *Statistical Methods for the Social and Behavioural Sciences*. Toronto: SAGE.
- Gnamb, T., & Kaspar, K. (2015). Disclosure of sensitive behaviors across self-administered survey modes: a meta-analysis. *Behavior Research Methods*, 47(4), 1237-1259. doi.org/10.3758/s13428-014-0533-4
- Hoyle, R. H. (2012). *Handbook of structural equation modeling*. London: Guilford Press.
- Hummel, J., Weisbrod, C., Boesch, L., Himpler, K., Hauer, K., Hautzinger, M., ... Kopf, D. (2017). AIDE—Acute Illness and Depression in Elderly Patients. Cognitive Behavioral Group Psychotherapy in Geriatric Patients With Comorbid Depression: a Randomized, Controlled Trial. *Journal of the American Medical Directors Association*, 18(4), 341-349. doi.org/10.1016/j.jamda.2016.10.009
- Instituto Nacional de Estadística y Censos. (2011). *Envejecimiento de la población por provincia o jurisdicción, según censos nacionales 1970 a 2010*. Recuperado de <https://www.indec.gov.ar/indec/web/Nivel4-CensoNacional-3-999-Censo-2010>
- International Test Commission (2005). *International Guidelines on Computer-Based and Internet Delivered Testing*. Recuperado de https://www.intestcom.org/files/guideline_computer_based_testing.pdf
- Kessler, R. C., & Ünsün, T. B. (2008). *The WHO world mental health surveys*. New York: Cambridge University Press.

- Martínez de la Iglesia, J., Onís-Vilches, M^a C., Dueñas-Herrero, R., Albert-Colomer, C., Aguado-Taberné, C., y Luque-Luque, R. (2002). Versión española del cuestionario de Yesavage abreviado (GDS) para el despistaje de depresión en mayores de 65 años: adaptación y validación. *Medifam*, 12(10), 26-40.
- Moreno, R., Martínez, R. J., y Muñiz, J. (2004). Directrices para la construcción de ítems de elección múltiple. *Psicothema*, 16(3), 490-497.
- Nease, D. E., & Maloin, J. M. (2003). Depression screening: a practical strategy. *The Journal of Family Practice*, 52(2), 118-124.
- Organización Mundial de la Salud (1992). *CIE-10: Décima Revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades. Trastornos mentales y del comportamiento: descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico*. Recuperado de <https://apps.who.int/iris/handle/10665/40510?locale-attribute=es&>
- Organización Mundial de la Salud (2020). *Brote de enfermedad por coronavirus (COVID-19)*. Recuperado de <https://www.who.int/es/emergencias/diseases/novel-coronavirus-2019>
- Pinazo-Hernandis, S. (2020). Impacto psicosocial de la COVID-19 en las personas mayores: problemas y retos. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 55(5), 249-252.
- Price, L. R. (2017). *Psychometric methods. Theory into practice*. London: Guilford Press.
- Putnick, D. L., & Bornstein, M. H. (2016). Measurement invariance conventions and reporting: The state of the art and future directions for psychological research. *Developmental Review*, 41, 71-90. doi:10.1016/j.dr.2016.06.004.
- Rodríguez-Testal, J. F., Valdés-Díaz, M., y Catalán-Mahindo, M. C. (2003). Análisis de la fiabilidad de la escala geriátrica de depresión GDS en ancianos con deterioro cognoscitivo. *Geriatrka*, 19(3), 29-38.
- Stagnaro, J. C., Cía, A., Vázquez, N., Vommaro, H., Nemirovsky, M., Serfaty, E.,...

- Kessler, R. (2018). Estudio epidemiológico de salud mental en población general de la República Argentina. *Vertex*, XXIX, 275-299.
- Unützer, J. (2002). Diagnosis and treatment of older adults with depression in primary care. *Biological Psychiatry*, 52(3), 285-292. doi: 10.1016/s0006-3223(02)01338-0.
- Van-Ojen, R., Hooijer, C., Jonker, C., Lindeboom, J., & Van-Tilburg, W. (1995). Late-life depressive disorder in the community, early onset and the decrease of vulnerability with increasing age. *Journal of Affective Disorders*, 33(3), 159-166. doi: 10.1016/0165-0327(94)00064-g.
- World Health Organization (2001). *The world health report 2001*. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization (2002). *Active ageing: a policy framework*. Geneva: World Health Organization. Recuperado de http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/67215/1/WHO_NMH_NPH_02.8.pdf.
- Yesavage, J. A. (1988). Geriatric Depression Scale. *Psychopharmacology Bulletin*; 24(4), 709-711.
- Yesavage, J. A., & Sheikh, M. D. (1986). 9/Geriatric Depression Scale (GDS). *Clinical Gerontologist*, 5(1-2), 165-173. doi.org/10.1300/J018v05n01_09.

Declaración de contribución de los/las autores/as

MFT y PDH diseñaron el estudio, supervisaron la recolección de datos y redactaron el manuscrito. SDO participó en la recolección de datos y redacción del manuscrito. CF colaboró en la recolección de datos y redacción del escrito. AFH participó en la confección de los apartados de método y resultados en lo que respecta a la redacción y análisis de datos. Todos los autores han leído y aprobado el manuscrito.

Editor de sección

La editora de sección de este artículo fue Gabriela Fernández Theoduloz.

ORCID ID: 0000-0002-9225-060X

Formato de citación

Tartaglini, M.F., Hermida, P.D., Ofman, S.D., Feldberg, C. y Freiberg-Hoffmann, A. (2021). Cuestionario de Depresión Geriátrica de Yesavage abreviado (GDS-VE): Análisis de su estructura interna en adultos mayores residentes en Buenos Aires, Argentina. *Psicología, Conocimiento y Sociedad*, 11(2), 99-121. doi: <http://dx.doi.org/10.26864/PCS.v11.n2.5>
