

Validación de la Escala de Depresión de Yesavage (versión reducida) en adultos mayores colombianos

Angela María Bacca, Angélica González y Ana Fernanda Uribe Rodríguez
Pontificia Universidad Javeriana, Cali (Colombia)

Recibido: 12/12/04

Aceptado: 25/01/04

Resumen

Esta investigación busca estandarizar la Escala de Depresión de Yesavage (versión reducida) en los adultos mayores no institucionalizados de la ciudad de Cali pertenecientes a Centros Día. Se conforma una muestra de 500 adultos mayores, dentro de los cuales 416 son mujeres y 84 son hombres, entre los 60 y 96 años de edad. Este tipo metodológico forma parte de la modalidad de validación de una prueba. Para la estandarización de la escala se utilizaron las medidas de tendencia central y los coeficientes de correlación punto biserial para cada ítem. El coeficiente de confiabilidad de la escala es del 0.7268 indicando que la escala GDS- 15 es altamente confiable; 14 de los 15 ítems estadísticamente predicen moderadamente el constructo de depresión; sin embargo, desde el análisis psicológico los 15 ítems son pertinentes para evaluar rasgos depresivos.

Palabras claves: estandarización, depresión y adultos mayores.

Abstract

This investigation looks for to standardize the Scale of Depression of Yesavage (reduced versión) in noninstitutionalized the greater adults of the city of Cali pertaining to Centers Day. A sample of 500 greater adults is satisfied, within who 416 are women and 84 are men, between the 60 and 96 years of age. The type of is methodologic since it comprises of the modality of validation of a test. For the standardization of the scale the measures of central tendency and the coefficients of correlation were used biserial point for each item. The coefficient of trustworthiness of the scale is of the 0,7268 indicating that scale GDS -15 items is highly confiable; 14 of the 15 items predict moderately construct of depression; nevertheless, from the psychological analysis the 15 items are pertinent to evaluate depressive characteristics.

Key words: greater standardization, depression and older

En nuestro contexto no se cuenta con escalas y medidas de valoración estandarizadas y normalizadas con relación a la depresión en adultos mayores. Por lo tanto, este grupo poblacional puede llegar a verse afectado al no contar con un instrumento útil de valoración ya que generalmente la depresión en estas personas tiende a estar sub-diagnosticada. El objetivo fundamental en este estudio consiste en estandarizar la Escala de Depresión de Yesavage (versión reducida) en adultos mayores no institucionalizados de la ciudad de Cali.

La estandarización de las pruebas psicológicas es definida como «El proceso de aplicar una prueba a una muestra representativa de personas que la responden con el propósito de establecer normas se conoce como estandarización de una prueba» (Cohen y Swerdlik, 1996, p. 126). En la medición, al administrar una prueba, la meta es obtener una estimación tan precisa como sea posible de la ejecución de los sujetos. La estimación precisa en las pruebas psicológicas, igual que en otros procedimientos científicos, depende del control de los errores, o sea, de la minimización de la influencia de factores irrelevantes para los fines de la medición. Esto se logra, haciendo que la situación de prueba sea lo más semejante posible para todos los individuos. Por lo cual, el proceso de desarrollo de esos controles se denomina estandarización e implica que a cada sujeto le sean presentados los mismos reactivos (o equivalentes) y que existan reglas específicas para la administración y la calificación de la prueba. La definición de estandarización con la que se trabajó en la presente investigación es la propuesta por Brown (1980), la cual incluye sólo la necesidad de un contenido de reactivos común y procedimientos estándar de administración y calificación. En otras palabras, la estandarización se refiere a los procedimientos para obtener calificaciones y no a los requisitos necesarios para interpretar los datos.

En todo este proceso de la estandarización se requiere definir algún grupo como la población para la cual se ha diseñado la prueba. Esta población es el universo completo, en este caso se trabajó con adultos mayores no instituciona-

lizados, los cuales tienen varias características en común, así para el estudio se requiere que este grupo poblacional sea mayor de 60 años. Por tanto, el propósito principal del proceso de estandarización es determinar la distribución de calificaciones brutas en el grupo de estandarización (grupos de norma). Las calificaciones que se obtienen una vez aplicado el instrumento a la muestra representativa son calificaciones directas de la misma, convirtiéndose entonces en alguna forma en calificaciones derivadas o normas estandarizadas.

Estas calificaciones arrojadas se organizan dentro de los manuales de las pruebas, los cuales contienen cuadros de normas donde enlistan las calificaciones directas y las convertidas o derivadas correspondientes. El objetivo de los cuadros de normas es puntuar el desempeño de una persona ante la prueba, ubicándolo en un rango determinado que permita el análisis del mismo (Aiken, 1996). De igual manera, Cohen y Swerdlik (1996) plantean que después de analizados los datos, el elaborador de la prueba entrará a describir los mismos, haciendo uso de la estadística descriptiva, donde están incorporadas las medidas de tendencia central y variabilidad, completando así el proceso de estandarización.

Teniendo en cuenta que la prueba mide la depresión en adultos mayores, se realizó una breve teorización sobre estos dos constructos. La depresión es un trastorno del afecto caracterizado por estados de tristeza prolongada en el tiempo, intolerancia a las frustraciones, agotamiento y cambios en todos los aspectos generales de la vida. Tiene un componente cognitivo que implica una visión negativa de sí mismo, del mundo y del futuro (Beck, 1979 citado por De Grado, 1997). Cuando una persona sufre de depresión generalmente sus diferentes áreas de funcionamiento, tales como su vida laboral, afectiva, relacional y personal, se ven alteradas negativamente ya que la persona pierde el interés en las actividades que realiza diariamente. En el DSM IV (APA, 1980, 1987 citado por Fernández-Ballesteros, Izal, Montorio, González y Díaz, 1991) la depresión mayor (unipolar) es

definida a través de cinco de los siguientes nueve síntomas, cuando éstos se presentan al menos durante un periodo de dos semanas: el humor disfórico, pérdida de interés o de placer por la mayoría de las actividades, cambios significativos en el peso, insomnio o hipersomnio, agitación o inhibición psicomotriz, fatiga, sentimientos de menosprecio y/o culpa, pobre concentración e indecisión, ideaciones o intentos suicidas.

Así como el adulto mayor puede presentar enfermedades físicas crónicas, puede también exponer trastornos psicológicos como la depresión, según la cual, ButleryLewis (1981), citados por Fernández-Ballesteros et al. (1991), afirman que el funcionamiento afectivo en la vejez muestra como problema emocional más concurrente la depresión llegando a afectar las diferentes dimensiones de la vida en el adulto mayor. Por otra parte, en estudios realizados por Kraaij, Arensman, y Spinhoven (2002) se establece que la depresión es un problema de salud mental común entre personas mayores, cerca de 10-15% de personas mayores sufre de los síntomas depresivos que requieren intervención. De igual manera, en el estudio se destaca que la depresión en el adulto mayor no se toma en cuenta y por lo mismo no se diagnostica ni se trata adecuadamente. De acuerdo con lo anterior, es importante tener en cuenta que en las clasificaciones vigentes (DSM - IV y CIE - 10) no se recogen cuadros depresivos en ancianos como cuadros diferentes al resto; por esto se considera que las depresiones que se inician en una persona adulta mayor, o las depresiones tardías, podrían corresponder a uno de los tres subgrupos siguientes; 1) depresión como preludio de un cuadro orgánico cerebral, 2) depresión ubicada entre las depresiones endógenas unipolares y 3) Reacción vivencial depresiva en edades avanzadas, como respuesta al contexto familiar y social.

Por otro lado, el proceso de envejecimiento ha atraído la atención de gerontólogos, geriatras, psicólogos y otros profesionales que tienen que ver con el desarrollo humano; por esto existe gran variedad de aproximaciones a la vejez, ofre-

ciendo así un panorama mucho más amplio de esta etapa del ciclo vital. Actualmente, el grupo de personas mayores de 60 años, no sólo va aumentando en cantidad, sino también en el número de años vividos. Se afirma que en la actualidad, la esperanza de vida está aproximadamente en 72 años para las mujeres y 67 años para los hombres y, según la proyección para el año 2050, la proporción de mujeres ancianas será considerablemente mayor que la de los hombres (Márquez, 1995). Teniendo en cuenta las estadísticas referentes al crecimiento demográfico y la estructura piramidal de la población, es necesario tener claridad en la conceptualización del adulto mayor y en esta medida tener un abordaje más cercano a las vivencias propias del adulto mayor consigo mismo y su entorno, Fernández-Ballesteros et al. (1991) afirman que desde la Psicología del Desarrollo en las últimas etapas de la vida se aprecian, inequívocamente, cambios que disminuyen el funcionamiento intelectual y cognitivo de las personas. Sin embargo, también se da en algunos casos competencias cognitivas que manifiestan gran número de personas mayores hasta la connotación de recompensas sociales.

Método

El objeto de estudio de la presente investigación está focalizado en la población de adultos mayores de la ciudad de Cali, según las estadísticas del DANE (1999) son 99.087 adultos mayores de 60 años aproximadamente en todo Colombia. Se cuenta con una muestra de 500 adultos mayores de 60 años no institucionalizados. La selección de la muestra se lleva a cabo mediante un muestreo intencional.

Inicialmente se realizó la validación por jueces para ejecutar la adaptación de la escala a la población de adultos mayores de la ciudad de Cali. Consecutivamente, se llevó a cabo una prueba piloto para verificar si la adaptación de la escala de Yesavage cumple con los requerimientos de la población adulta mayor colombiana. Seguidamente, se hizo un acercamiento a entidades que trabajan con el adulto mayor, es

decir. Centros Día de la ciudad de Cali, para iniciar la aplicación de la escala a 500 personas mayores de 60 años pertenecientes a estos grupos.

La escala se administró individualmente a los adultos mayores de esos diferentes Centros Día. Los métodos que se utilizaron para la estandarización fueron las medidas de tendencia central y el coeficiente de correlación, entendiéndose éste como un número que proporciona un índice de la fuerza de relación entre dos cosas (Cohen y cols, 1996). Para el caso de la escala GDS - 15 el coeficiente de correlación utilizado fue el punto biserial (rpbis), el cual proporciona una estimación de la correlación producto momento de Pearson. Mide qué tanto poder predictivo tiene el ítem y cómo puede contribuir a las predicciones, en este caso del rasgo de depresión. Este tipo de correlación se utilizó únicamente para establecer el nivel de correlación de cada uno de los 15 ítems de la escala con respecto a la puntuación total de la misma.

El instrumento seleccionado para la estandarización es la escala de Depresión de Yesavage (versión reducida), conocida también con el nombre de GDS - 15. La escala de Depresión Geriátrica (versión reducida) Brink, Yesavage, Lum, Heersema, Adey y Rose (1982). Se considera el único autoinforme construido específicamente para adultos mayores y su principal ventaja es que no mezcla síntomas físicos con los depresivos.

Se centra en aspectos cognitivo-conductuales relacionados con las característi-

cas específicas de la depresión del adulto mayor. Esta variable es medida a través de la Escala de Depresión de Yesavage (versión reducida) la cual categoriza la depresión en tres niveles: ausente (0 a 5), leve (6 a 9), establecida (10 o más).

En los estudios realizados en España, la versión de 15 ítems ha demostrado una fiabilidad ínter cintra-observador muy alta, con una validez predictiva similar a la referida: sensibilidad del 80% y especificidad del 75% para el punto de corte 5. González, Gil, Carrasco y García (2001), citados por Uribe Rodríguez y Buelacasa (2003), establecen que las ventajas encontradas son: primero, no mide estados de ánimo pasajeros; segundo, no se ha encontrado relación entre la discapacidad social y la puntuación, y por último, la forma de instrucción no afecta significativamente los resultados.

Resultados

En el presente apartado se mostrarán los resultados obtenidos a partir del análisis estadístico, estos resultados al final darán cuenta del proceso de estandarización de la escala GDS-15. La presentación de estos resultados se inicia con la información de la escala en puntajes totales, posteriormente, se describen los resultados alcanzados ítem por ítem- Con el objetivo de establecer la normalidad de la distribución de los datos en la escala se utilizaron pruebas no paramétricas para obtener el resultado, la prueba que se usa para esto es la de kolmogorov - smirnov.

Tabla 1. Prueba de kolmogorov - smirnov para una muestra.

		Puntuación total
N		500
Parámetros	Media	3,75
Normales	Desv. Típica.	2,817
Diferencias	Absoluta	0,16
Mas extremas	Positiva	0,16
Negativa		-0,092
Z de Kolmogorov - Smirnov		3,587
Sig. Asintót. (bilateral).		0

Teniendo en cuenta la Tabla 1, la hipótesis nula se rechaza con un nivel de confianza del 95%, indicando que los resultados del puntaje total de la escala no se distribuyen normalmente.

Para realizar la estandarización de la escala es necesario evidenciar la relación que existe entre los ítems con respecto al puntaje total de la escala, para tal efecto es necesario utilizar un coeficiente de correlación, en este caso se emplea el coeficiente de correlación punto biserial debido a que la distribución de la muestra no es normal. A continuación se presentan, en la Ta-

bla 2, los resultados obtenidos ítem por ítem relacionado con el total de la escala.

De igual manera, para el análisis de resultados se hace necesario establecer las medidas de tendencia central con respecto al total de la escala, así como también los resultados estadísticos arrojados ítem por ítem con referencia a la presencia y ausencia del rasgo a medir que es la depresión.

Para determinar si la correlación es alta o baja, se tiene en cuenta la siguiente organización para la interpretación de los resultados.

Tamaño de la Correlación	Interpretación
0,01-0,3	Baja
0,3-0,7	Moderada
0,7-1,00	Alta

Una vez obtenida la organización para establecer los niveles de correlación, se presentan a continuación, en la Tabla 2, las correlaciones ítem por ítem. Las cuales se encuentran en un nivel moderado de predicción respecto al constructo que se está midiendo, a excepción del ítem número 9, el cual presenta una correlación baja.

De igual forma, se observa que el porcentaje de la población que respondió con presencia del rasgo que está representada con el ID, se distribuye así: 9 (ítems 1,3,5,7,8,10,11,13, 14) de los 15 reactivos se ubican en un nivel bajo, y los 6 restantes (ítems 2,4,6,9,12,15) se ubican en un nivel moderado.

Tabla 2. Coeficiente de correlación punto biserial (rPBIS)

ítem	Rpbis	Índice del Rasgo (ID)
01	0,45	0,09
02	0,47	0,49
03	0,60	0,28
04	0,61	0,31
05	0,47	0,13
06	0,40	0,37
07	0,50	0,14
08	0,53	0,24
09	0,29	0,35
10	0,38	0,24
11	0,34	0,03
12	0,48	0,36
13	0,40	0,10
14	0,57	0,17
15	0,45	0,43

Tabla 3. Medidas de tendencia central para el GDS- 15.

Estadístico	Valor
N válidos	500
Perdidos	0
Media	3,75
Mediana	3
Moda	3
Des. Tip.	2,817
Varianza	7,937
Mínimo	0
Máximo.	15
25	2
Percentiles: 50	3
75	5
Coef. De Confiabilidad	0,7268

De acuerdo con la Tabla 3, en el total de la escala de depresión se encuentran los siguientes resultados arrojados por los estadísticos descriptivos, así, se cuenta con un promedio de 3,75,

una desviación estándar de 2.817 y un puntaje máximo de 15 y mínimo de 0. La prueba GDS-15 cuenta con una confiabilidad del 0,7268.

Tabla 4. Frecuencias y porcentajes totales del GDS-15.

Puntaje	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
0	37	7,4%	74%
1	79	15,8%	23,2%
2	80	16%	39,2%
3	82	16,4%	55,6%
4	63	12,6%	68,2%
5	42	8,4%	76,6%
6	34	6,8%	83,4%
7	27	5,4%	88,8%
8	20	4%	92,8%
9	16	3,2%	96%
10	5	1%	97%
11	8	1,6%	98,6%
12	3	0,6%	99,2%
13	2	0,4%	99,6%
14	1	0,2%	99,8%
15	1	0,2%	100%

Teniendo en cuenta la Tabla 4, se evidencia que de los 500 sujetos, a los cuales se les aplicó la escala GDS - 15, se encontró que el 76,6% de la población equivalente a 383 personas se ubi-

can en el rango normal dentro de la misma escala; el 19,4% que está representado con 97 personas se encuentra en un nivel leve de depresión, y finalmente, un 4% del total de la muestra (500)

que equivalen a 20 personas se encuentra con una depresión establecida.

Las tablas 5 y 6 que se presentan a continuación están divididas en medidas de tenden-

cia central para aquéllos que presentan el rasgo depresivo y medidas de tendencia central para aquéllos que no presentan el rasgo depresivo.

Tabla 5. Medidas de tendencia central para ausencia del rasgo (depresión)

Nº	Ítem	Mínimo	Máximo	Media	Des. Típica	Varianza	Frecuencia	P25	P50	P75
1	¿Esta satisfecho con su vida?	0	12	3,35	2,421	5,862	455	1	3	5
2	¿Ha renunciado a muchas actividades?	0	9	2,45	2,042	4,7	256	1	2	4
3	¿Siente que su vida está vacía?	0	9	2,68	1,955	3,821	359	1	2	4
4	¿Se encuentra a menudo aburrido?	0	11	2,59	1,916	3,672	344	1	2	4
5	¿Tiene a menudo buen ánimo?	0	11	3,23	2,344	5,493	435	1	3	5
6	¿Teme que algo malo le pase?	0	13	2,87	2,411	5,811	313	1	2	4
7	¿Se siente feliz muchas veces?	0	11	3,18	2,318	5,372	430	1	3	4
8	¿Se siente a menudo abandonado?	0	11	2,91	2,152	4,633	380	1	3	4
9	¿Prefiere quedarse en casa a salir?	0	13	3,15	2,606	6,789	324	1	3	4
10	¿Cree tener más problemas de memoria que la mayoría de la gente	0	11	3,14	2,368	5,605	380	1	3	4
11	¿Piensa que es maravilloso vivir?	0	14	3,59	2,644	6,991	487	2	3	5
12	¿Le cuesta iniciar nuevos proyectos?	0	10	2,72	2,155	4,644	318	1	2	4
13	¿Se siente lleno/a de energía?	0	12	3,37	2,523	6,367	448	1	3	5
14	¿Siente que su situación es desesperada?	0	13	3,01	2,172	4,716	413	1	3	4
15	¿Cree que mucha gente está mejor que usted?	0	11	2,65	2,187	4,784	285	1	2	4

Tabla 6. Medidas de tendencia central para presencia del rasgo

Nº	Item	Mínimo	Máximo	Media	Des. Típica	Varianza	Frecuencia	P25	P50	P75
1	¿Esta satisfecho con su vida?	1	15	7,76	3,386	11,462	45	4,5	8	10,5
2	¿Ha renunciado a muchas actividades?	1	15	5,1	2,83	8,315	244	3	4	7
3	¿Siente que su vida está vacía?	1	15	6,45	2,87	8,235	141	4	6	8
4	¿Se encuentra a menudo aburrido?	1	15	6,3	2,806	7,876	156	4	6	8
5	¿Tiene a menudo buen ánimo?	2	15	7,17	3,31	10,955	65	4	7	9,5
6	¿Teme que algo malo le pase?	1	15	5,21	2,848	8,112	187	3	5	7
7	¿Se siente feliz muchas veces?	1	15	7,24	3,095	9,578	70	5	7	9
8	¿Se siente a menudo abandonado?	2	15	6,4	3,03	9,183	120	4	6	8,75
9	¿Prefiere quedarse en casa a salir?	1	15	4,85	2,867	8,222	176	3	4	6
10	¿Cree tener más problemas de memoria que la mayoría de la gente	1	15	5,66	3,253	10,58	120	3	5	8
11	¿Piensa que es maravilloso vivir?	3	15	9,54	3,099	9,603	13	8	9	12
12	¿Le cuesta iniciar nuevos proyectos?	1	15	5,54	2,944	8,67	182	3	5	7
13	¿Se siente lleno/a de energía?	1	15	7,02	3,109	9,666	52	4,25	6,5	9
14	¿Siente que su situación es desesperada?	1	15	7,23	2,932	8,598	87	5	7	9
15	¿Cree que mucha gente está mejor que usted?	1	15	5,2	2,908	8,457	215	3	5	7

Discusión

El objetivo de estandarizar la escala GDS-15 se cumplió a cabalidad, teniendo en cuenta que una de las evidencias que muestra la validez del constructo son los resultados favorables con relación a la pertinencia, suficiencia y redacción de cada uno de los ítems que conforman la escala; dicha pertinencia fue otorgada por los jueces que realizaron el análisis, en el cual coincidieron en que la escala responde al constructo de interés.

Otra de las fuentes de evidencia para la validez del constructo que se llevó a cabo fue el análisis de la consistencia interna de la escala la cual a partir del análisis de ítems se expresa con una confiabilidad significativa ya que el valor que se obtuvo fue de 0,7268, indicando que todos los ítems de la prueba tienen una correlación promedio entre ellos mismos, esto demuestra que la escala es confiable para medir el rasgo de depresión si se tiene en cuenta que los coeficientes adecuados de consistencia interna deben fluctuar entre 0,7 y 1,0, por consiguiente, la escala muestra una confiabilidad adecuada.

El nivel de confiabilidad que presentó la escala en la estandarización corrobora la validez propuesta por Yesavage, donde implica que la escala es útil para aproximar a rasgos depresivos y no para establecer la depresión. Asimismo, se sustenta el resultado obtenido en la confiabilidad debido a que la creación de la escala está en forma dicotomizada y con ello se hace difícil establecer la presencia de depresión.

Al revisar los resultados de los porcentajes acumulados, el promedio total de la prueba y la desviación estándar se observa que el 76,6% de la muestra se ubica en el rango de normalidad, es decir, 383 personas a las cuales se les aplicó la escala no presentan rasgos de depresión, mientras que el 19,4% de la muestra se ubica en la categoría de depresión leve y el 4% figura con un rasgo de depresión establecida. Con base en lo anterior en busca de un mejor entendimiento de los resultados, a nivel psicológico, se añade que existen ciertos factores de protección que pueden contribuir para que la proporción de per-

sonas que presentan rasgos de depresión fuera menor.

Dentro de los factores que protegen a dicha población se señala que este grupo de adultos mayores sostiene, en la actualidad, roles sociales activos como por ejemplo, su pertenencia a Centros Día, que en ocasiones garantiza la satisfacción de necesidades físicas, emocionales e intelectuales. Teniendo en cuenta los planteamientos de Ring (1994) con su teoría de los roles sociales, se destaca que aquellas personas que tienen roles sociales son menos susceptibles de sufrir depresión que quienes no los tienen. Desde el punto de vista psicológico, aquellas personas que sostienen interacciones y roles definidos los protegen en una proporción moderada de sufrir algún trastorno psicológico, todo esto porque el desempeño en varios roles sociales permite a la persona obtener múltiples refuerzos que potencializan la satisfacción con la propia vida.

Teniendo en cuenta los 15 reactivos de la escala GDS-15, se observa que la mayoría (14 ítems) de ellos predicen rasgos de depresión en forma moderada, porque los ítems que presentan el rasgo tienen un puntaje total de depresión leve y cuando no se presenta el rasgo para cada ítem, las personas puntúan, en el total de la prueba, ausencia de depresión; es decir, que los ítems tienen una predicción significativa sobre la variable dependiente, que en este caso específico es la depresión.

Existe un ítem (No.9) que en el grado de correlación puntuó bajo, sin embargo, desde el marco conceptual es un ítem con gran valor predictivo en la medida en que hace referencia a uno de los criterios del DSM-IV, donde se afirma que una persona con depresión reportaría un desinterés por la mayoría de las actividades. Se consideró que este ítem no discrimina adecuadamente rasgos de depresión si se tiene en cuenta que no en todos los casos las personas que prefieren quedarse en casa presentan rasgos depresivos, ya que en este lugar se puede encontrar actividades placenteras, mientras que para aquellas personas que presentan rasgos depresi-

vos el quedarse en casa es una conducta de evitación y desinterés. Esta pérdida de interés por las actividades cotidianas se relaciona con las consecuencias psicológicas de sentirse invisible; según Ring (1994) con su teoría de invisibilidad, el adulto mayor tendería al aislamiento, la vergüenza y la indefensión aprendida a tal punto que la persona internaliza las ideas de invisibilidad y poco valor que realmente las cree sobre sí mismo- Por lo tanto, el ítem (¿prefiere quedarse en casa a salir?) es pertinente al juicio de las investigadoras como un buen predictor de rasgos depresivos en la medida que da cuenta de uno de los indicadores de la depresión en el adulto mayor. Sin embargo, para establecer una mayor claridad y precisión del significado de este reactivo se considera pertinente modificar la redacción de éste.

Para los 14 reactivos restantes, tanto a nivel estadístico como a nivel psicológico, son ítems que predicen el rasgo de depresión teniendo en cuenta la Teoría de Beck, cuyo eje central es la triada cognitiva, la cual considera que los signos y síntomas del síndrome depresivo (conductual y afectivo) son la consecuencia de los patrones cognitivos negativos, asimismo, «los síntomas motivacionales como la poca fuerza de voluntad y los deseos de escapa y evitación también pueden explicarse como consecuencia de las cogniciones negativas; el modelo cognitivo también puede explicar los síntomas físicos de la depresión. La apatía y las pocas energías pueden ser consecuencia de la creencia de la persona de eslar destinada a fracasar en todo lo que seproponga. La visión negativa del futuro (sensación de futilidad) puede generar una inhibición psicomotriz» (Beck, Rush, Shaw y Emery, 1983). Se hace referencia a esta teoría en especial ya que la escala GDS-15 corresponde a la evaluación del componente cognitivo que, como se explicó anteriormente, da cuenta de los otros síntomas de la depresión en general. Para una mayor comprensión de la discusión, se realiza una categorización de los aspectos cognitivos y conductuales que en la escala se alcanzan a identificar con respecto al rasgo de depresión, teniendo

en cuenta que para Beck et al. (1983) todos los síntomas de la depresión resultan del estilo cognitivo negativo.

En relación con los ítems que hacen referencia al aspecto conductua! de la depresión se identifican los siguientes: ¿ha renunciado a muchas actividades?, ¿prefiere quedarse en casa a salir?, ¿le cuesta iniciar nuevos proyectos?, ¿se siente lleno/ a de energía? El tipo de síntomas motivacionales y conductuales se explican a partir de las cogniciones negativas, propias del pensamiento depresivo, en las cuales se mantienen las creencias con la validez de sus conceptos negativos sin tener en cuenta evidencias contrarias, esto indica que cuando la persona considera que las consecuencias de sus actos van a ser desfavorables su opción de respuestas es de evitación y escape y sentimientos de minusvalía y poca fuerza de voluntad.

Los reactivos hacen referencia a las consecuencias comportamentales de este tipo de cogniciones negativas; por lo tanto, se consideran indispensables para la medición de rasgos depresivos en la escala GDS-15 ya que permiten de una manera rápida identificar qué aspectos del comportamiento de las personas está siendo afectado por la presencia de rasgos depresivos. Por otra parte, se encuentran los ítems asociados a las cogniciones específicamente; cabe mencionar que en los reactivos donde se utiliza la palabra siente, es una manera de identificar la verbalización de una idea que puede o no estar asociada con un sentimiento. Los ítems que hacen referencia a lo anterior son: ¿cree tener más problemas de memoria que la mayoría de la gente?, ¿piensa que es maravilloso vivir?, ¿siente que su situación es desesperada?, ¿cree que mucha gente está mejor que usted?, ¿está satisfecho con su vida?, ¿siente que su vida esta vacía?, ¿se encuentra a menudo aburrido/ a?, ¿tiene a menudo buen ánimo?, ¿teme que algo malo le pase?, ¿se siente feliz muchas veces? y ¿se siente a menudo abandonado?

Los ítems mencionados anteriormente dan cuenta de ios tres conceptos específicos para explicar el sustrato psicológico de la depresión

según la Teoría de Beck, los cuales son: la tríada cognitiva, los esquemas y los errores cognitivos (errores en el procesamiento de la información). En cuanto a la tríada cognitiva, los ítems que evalúan este aspecto son: ¿se siente a menudo abandonado?, ¿teme que algo malo le pase?, ¿siente que su situación es desesperada?, ya que esta tríada considera tres patrones cognitivos principales que inducen a la persona a considerarse asimismo, su futuro y sus experiencias de un modo idiosincrático (Beck et al., 1983), por lo anterior, estos ítems se consideran indispensables dentro de la escala en la medida en que brindan información acerca de este aspecto.

Con respecto a la organización estructural del pensamiento depresivo (esquemas) se enfatiza que debido al tipo de la estructura de respuesta, propuesta en la escala (respuesta dicotómica), se dificulta la identificación de los esquemas de la persona y los errores en el procesamiento de la información, si se tiene en cuenta que los esquemas son patrones cognitivos estables y para ser identificados las opciones de respuesta deben dar cuenta de criterios de permanencia en el tiempo, por ejemplo, siempre, algunas veces, nunca. Al igual que los errores en el procesamiento cognitivo. Sin embargo, la escala está diseñada para identificar otros aspectos relevantes como son: la tríada cognitiva, siendo ésta determinante para identificar rasgos depresivos-

Finalmente, los ítems de la Escala de Depresión de Yesavage (versión reducida) son apropiados para predecir rasgos de depresión en el adulto mayor y teóricamente tienen un sustento de su relevancia, teniendo en cuenta que la teoría que lo respalda es la propuesta por Beck puesto que en ella se enfatiza principalmente en el aspecto cognitivo de la depresión y éste es también el énfasis de la escala. Por tanto, se confirma lo planteado por Gallagher y Thompson (1983), citados por Buendía y Riquelme (1994), quienes consideran el GDS-15 como una escala con buena calidad psicométrica, siendo completada por los adultos mayores de mejor forma que la escala de Zung, es fácil de aplicar y lleva muy poco tiempo (entre 20 y 25 minutos) y diferencia con claridad entre adultos mayores deprimi-

dos y no deprimidos; incluso, aunque padezcan enfermedad física o alguna forma de demencia.

A partir de los resultados que se hallaron en la investigación se propone una forma alternativa de aplicar la escala GDS-15, en la cual se utiliza como método de escalamiento el tipo Likert, la cual iría así: totalmente en desacuerdo, en desacuerdo, neutral, de acuerdo, totalmente de acuerdo, debido a que esta forma permite establecer de manera más precisa las respuestas de la persona frente al rasgo que se pretende medir. Además, se sugiere esta manera de respuestas ya que las opciones de tipo Sí - No limitan en gran medida al adulto mayor para expresar su posición frente a cada ítem.

Referencias

- Aiken, R. L. (1996). Estandarización, confiabilidad y validez. En R. L. Aiken (Ed.). *Tesis Psicológicas y Evaluación*. México: Prentice Hall Hispanoamericana, S.A.
- Beck, A. T., Rush, A., Shaw, B & Emery, G. (1983). *Terapia Cognitiva de la Depresión*. España: Desclee De Brower, S.A.
- Brink, F., Yesavage, J., Lum, O., Heersema, P., Ardey, M. y Rose, T. (1982). Screening tests for geriatric depression. *Clinical Gerontologist, 1*, 37-44.
- Brown, G. F. (1980). La medición en psicología y educación. En G. F. Brown (Ed.). *Principios de la medición en psicología y educación*. México: Manual Moderno.
- Buendía, J. y Riquelme, A. (1994). Envejecimiento y depresión. En J. Buendía (Ed.), *Envejecimiento y Psicología de la salud* (pp. 219-233). Madrid: Siglo Veintiuno de España Editores, S. A.
- Cohen, R. J. & Swerdlik, M. E. (2000). Validez. En R.J. Cohen & M. E. Swerdlik (Eds). *Pruebas y Evaluación Psicológica*. México: MC Graw Hill.
- Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE, 2004b) *Proyección de población 2003*. Recuperado el 28 septiembre, 2004, de http://www.dane.gov.co/inf_est/series^iroyecciones.htm
- De Dios del Valle, R., Hernández-Sánchez, A. M., Rexach Cano, L. I. y Cruz Jenloft, A. J. (2001). Validación de una versión de cinco ítems de la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage en

- población española. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*. 36, 276-280.
- De Grado, E. G. (1997). Tratamiento cognitivo conductual de la depresión. En M. A. Chinchilla (Ed.) *Tratamiento de las depresiones*. Barcelona: Masson, S.A.
- Fernández-Ballesteros, R., Izal, M., Montorio, I., González, J. L. y Díaz, P. (1991). *Evaluación e intervención psicológica en la vejez*. Barcelona; Martínez Roca.
- Kraaij, V., Arensman, E., y Spinhoven, P. (2002). Acontecimientos y depresión negativos de vida en personas mayores: Un meta-análisis. *The Journals of Gerontology*. 57, 87-95.
- Márquez, A. (1.995). El envejecimiento y la vejez en América Latina y en Colombia: Contextualización. En E. Dulcey, G. Mantilla & A. Márquez (Eds.). *Envejecimiento Experiencias y Perspectivas*. Bogotá: AIG Ediciones - Colombia.
- Martínez de la Iglesia, J., Dueñas Herrero, R., Onís Vilches, M. C., Aguado Taberna, C., Albert Colomer, C. y Luque Luque, R. (2001). Adaptación y validación al castellano del cuestionario Pfeiffer (Spmsq) para detectar la existencia de deterioro cognitivo en personas mayores de 65 años. *Medicina Clínica*, 117,129-134.
- Matud, M. P., Curbelo, M., Bethencourt, J. M., y Averó, P. (2000). Factores de personalidad y sociodemográficos en la depresión de las mujeres. *Revista de Psicología Conductual*, 8,11-13.
- Ring, J. M. (1994). Aspectos sociales en la depresión en los ancianos. En J. Buendía (Ed.). *Envejecimiento y psicología de la salud* (pp. 234-357). Madrid: siglo XXI Editores, S. A.
- Uribe Rodríguez, A. F. y Buela-Casal, G. (2003). *Deterioro cognitivo, depresión y calidad de vida en personas mayores de residencias y centros día de Granada Capital*. Granada: Universidad de Granada.

