

UTILIDAD DE LA ESCALA DE DEPRESIÓN GERIÁTRICA EN ADULTOS MAYORES ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE GERIATRÍA DE LA CAJA DE SEGURO SOCIAL

UTILITY OF THE GERIATRIC DEPRESSION SCALE IN OLDER ADULTS ATTENDING THE GERIATRIC SERVICE OF THE CAJA DE SEGURO SOCIAL

Lezcano H¹, Villareal AE², Grajales S³, Montalván A³, Vásquez V³, Britton GB^{2*}

1. Facultad de Medicina, Universidad de Panamá, Avenida Octavio Méndez Pereira, Panamá

2.. Centro de Neurociencias y Unidad de Investigación Clínica, Instituto de Investigaciones Científicas y Servicios de Alta Tecnología (INDICASAT AIP), Ciudad del Saber, Clayton, Panamá

3. Servicio de Psiquiatría, Complejo Hospitalario Dr. Arnulfo Arias Madrid de la Caja de Seguro Social, Calle José De Fabrega

*Autor responsable: gbritton@indicasat.org.pa; teléfono +507 517 0708 and +507 517 0735

Recibido: 9/02/2016

Aceptado: 23/11/2017

Lezcano H, Villareal AE, Grajales S, Montalván A, Vásquez V, Britton GB. Utilidad de la escala de depresión geriátrica en adultos mayores atendidos en el servicio de geriatría de la caja de seguro social. Rev méd cient. 2017;30:4-10.

RESUMEN

INTRODUCCIÓN. La depresión en pacientes geriátricos consiste de síntomas y características clínicas específicas que representan una condición grave que predispone a alteraciones en la funcionalidad de esta población. La Escala de Depresión Geriátrica (GDS, por su sigla en inglés), es un instrumento de tamizaje breve y de fácil aplicación, ampliamente utilizado en la clínica y la investigación para detectar síntomas depresivos.

OBJETIVO. Analizar la utilidad de la GDS para detectar síntomas depresivos clínicamente relevantes en adultos mayores que acuden a la consulta externa de Geriatría del Complejo Hospitalario Dr. Arnulfo Arias Madrid (C.H.Dr.A.A.M.).

METODOLOGÍA. Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal. Se seleccionaron adultos mayores de 65 años o más del estudio Panama Aging Research Initiative (PARI). Un total de 423 participantes fueron reclutados en el estudio. De éstos, 144 participantes completaron la evaluación psiquiátrica y la GDS-30 en su versión en español.

RESULTADOS. El 16.7% de los participantes recibieron diagnóstico de depresión luego de la entrevista psiquiátrica. El valor predictivo positivo de la GDS-30 fue de 44.4% y el valor predictivo negativo fue de 92.6%.

CONCLUSIÓN. Por el alto valor predictivo negativo de la GDS, se recomienda su uso para descartar casos en los que no existe depresión, aplicándolo como instrumento de tamizaje en los controles de salud de adultos mayores.

PALABRAS CLAVE. Geriatría; Depresión; Psiquiatría; Panamá

ABSTRACT

INTRODUCTION. Depression in geriatric patients consists of symptoms and specific clinical features that represent a serious condition that predisposes to alterations in the functionality of this population. The Geriatric Depression Scale (GDS) is a brief screening instrument that is easily administered and widely used in the clinic and in research settings to detect depressive symptoms.

OBJECTIVE. To analyze the utility of the GDS to detect clinically relevant depressive symptoms in older adults attending the outpatient geriatric service of the Complejo Hospitalario Dr. Arnulfo Arias Madrid (C.H.Dr.A.A.M.).

METHODS. A cross sectional descriptive study was conducted. Older adults aged 65 years old or more who participated in the Panama Aging Research Initiative study were selected. In total, 423 participants were recruited in the study. Of these, 144 participants completed the psychiatric evaluation and the Spanish version of the GDS-30.

RESULTS. In the sample, 16.7% of participants were diagnosed with depression after the psychiatric interview. The positive predictive value of the GDS-30 was 44.4% and the negative predictive value was 92.6%.

CONCLUSION. Based on the high negative predictive value of the GDS, it is recommended as a practical means to rule out cases of non-depression, applying it as a screening instrument in primary care of older adults.

KEY WORDS. Geriatric; Depression; Psychiatry; Panama

Utilidad de la escala de depresión geriátrica en adultos mayores atendidos en el servicio de geriatría de la Caja de Seguro Social. by Lezcano H, Villareal AE, Grajales S, Montalván A, Vásquez V, Britton GB is licensed under a [Creative Commons Attribution-NonCommercial-NoDerivs 3.0 Unported License](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/).

Permissions beyond the scope of this license may be available at www.revistamedicocientifica.org.



INTRODUCCIÓN

El trastorno depresivo mayor es definido, según la quinta edición revisada del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-V), como un estado de ánimo depresivo y/o pérdida del interés o placer en actividades cotidianas, las cuales causan un deterioro clínicamente significativo en el aspecto social u otras áreas de importancia en la vida diaria.¹ Este trastorno en la población mayor de 65 años es una condición grave que puede llevar a distintas alteraciones en la funcionalidad del paciente, aumenta el riesgo de mortalidad, y empeora el pronóstico de las comorbilidades.^{2,3}

La depresión en los pacientes geriátricos tiene síntomas y características clínicas específicas, presentándose con síntomas cognitivos subjetivos y objetivos de forma frecuente, síntomas somáticos y alteraciones neurovegetativas y del sueño.^{4,5} Además, la depresión se asocia a mayor deterioro funcional, mala adherencia a los tratamientos médicos, peor calidad de vida, riesgo aumentado de enfermedad cardiovascular y muerte.^{6,7,8} La frecuencia de depresión en los adultos mayores incrementa de 12% a 30% en pacientes institucionalizados.⁹ A pesar de esto, el trastorno depresivo en el adulto mayor frecuentemente no es detectado. La depresión no solo afecta al paciente, sino también a los miembros de la familia, lo que puede llevar a niveles altos de sobrecarga del cuidador.⁹

Los estudios epidemiológicos muestran que la prevalencia de depresión es similar entre los países desarrollados (5.5%) y en vías de desarrollo (5.9%).¹⁰ En Canadá, los síntomas depresivos se reportan entre un 10% y un 15%, mientras que en Reino Unido y Estados Unidos entre 15% y 20%.¹¹

En Latinoamérica y el Caribe se estima que la prevalencia de depresión en los adultos mayores es de aproximadamente 18%.¹² El impacto económico de la depresión en la sociedad también es relevante, donde los cálculos sugieren un costo anual que puede exceder a 80 billones de dólares.¹³ Se ha descrito que aquellos adultos mayores con depresión tienen costos en cuidados de salud mayores que aquellos sin depresión.¹⁴

En Panamá, un estudio de déficit cognitivo y depresión en adultos mayores que acudían a la consulta externa del servicio de geriatría de un hospital público, encontró que el 18% cursa con depresión sin déficit cognitivo, mientras que el 11% tiene depresión con déficit cognitivo. En este estudio, la edad, el nivel de educación y el número de enfermedades crónicas estuvieron asociados a la concurrencia de déficit cognitivo y depresión.¹⁵

Para hacer un diagnóstico temprano y adecuado es necesario utilizar escalas que midan los síntomas depresivos con importancia clínica, y que puedan ser aplicados principalmente por el personal de salud mental y de atención primaria.¹

Para la población geriátrica, se cuenta con la Escala de Depresión Geriátrica (GDS, por su sigla en inglés), un instrumento de tamizaje breve ampliamente utilizado en la clínica y la investigación para detectar síntomas depresivos y posible depresión en adultos mayores con una sensibilidad de 92% y especificidad de 89%.¹⁶ Esta escala explora síntomas cognitivos de un episodio depresivo mayor durante los últimos quince días. Es de mucha utilidad e importancia detectar depresión en la atención primaria con una prueba que requiera poco tiempo y esfuerzo. Por tanto, el presente estudio tiene como objetivo analizar las características y utilidad de la GDS para detectar síntomas depresivos clínicamente

relevantes en adultos mayores que acuden a la consulta externa de Geriatria del Complejo Hospitalario Dr. Arnulfo Arias Madrid (C.H.Dr.A.A.M.). Reportamos la sensibilidad, especificidad, valor predictivo negativo y positivo del instrumento, comparándolo con una entrevista psiquiátrica estructurada basada en los criterios del DSM-IV (la cuarta edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales disponible al momento que se realizó este estudio).

MATERIALES Y MÉTODOS

Tipo. Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal. Los datos de este estudio provienen del estudio PARI (“Panama Aging Research Initiative”), el primer estudio relacionado al envejecimiento en Panamá.¹⁵

Sujetos. Los participantes del estudio fueron captados en la consulta externa del servicio de Geriatria del Complejo Hospitalario Dr. Arnulfo Arias Madrid (C.H.Dr.A.A.M.) entre septiembre de 2012 y enero de 2013.

Criterios de Inclusión y Exclusión. Los criterios de inclusión fueron tener 65 años o más y haber participado en la entrevista de referencia. Mientras que los criterios de exclusión fueron padecer de cualquier condición médica que haya requerido hospitalización, el no firmar el consentimiento informado y estar participando en un estudio clínico al momento de la inscripción de este estudio.

Muestra. En total se reclutaron 423 participantes que completaron la información basal. De éstos, 144 participantes sin diagnóstico de demencia completaron la evaluación de depresión y la GDS-30.

Variables. Los participantes se sometieron a una entrevista clínica y examen médico.

La evaluación de síntomas depresivos fue a través de la Escala de Depresión Geriátrica de 30 ítems (GDS-30) en su versión en español. Esta escala consta de 30 ítems, y explora síntomas cognoscitivos de un episodio depresivo mayor durante los últimos quince días, con un patrón de respuesta dicotómica. Excluye intencionalmente los síntomas depresivos somáticos debido a su alta prevalencia en adultos mayores. Puede ser autoadministrada o heteroadministrada. Tiene una consistencia interna de 0.94 y una fiabilidad test-retest de 0.84.¹⁷ Se aplicó la GDS-30 a través de un entrevistador no psiquiatra a 144 participantes. El tiempo aproximado de administración fue de 15 minutos. El punto de corte para definir a un individuo con depresión fue un valor >10. También se realizó a cada paciente una evaluación psiquiátrica y una entrevista estructurada basada en los criterios DSM IV para el diagnóstico de depresión.

Aspectos Éticos. El protocolo fue aprobado por el Comité Nacional de Bioética del Instituto Conmemorativo Gorgas de Estudios de la Salud y el Comité de Bioética Institucional de la Caja del Seguro Social. La confidencialidad de los pacientes no fue violada de acuerdo con los principios de la Declaración de Helsinki (1964).

Análisis Estadísticos. Se realizaron análisis de datos con el programa estadístico SPSS 21.0. Las estadísticas descriptivas (frecuencias y porcentajes) se calcularon para las variables cualitativas y para las variables categóricas se ejecutaron pruebas de chi cuadrado. A través de una tabla tetracórica se calculó la sensibilidad, especificidad y valores predictivos. La concordancia entre la evaluación psiquiátrica y el resultado de la GDS se realizó con la *k* de Cohen. El intervalo de confianza establecido fue del 95% y la significancia con un valor de $p < 0.05$.

RESULTADOS

La muestra total fue de 144 participantes. El 16.7% ($n=24$) recibió diagnóstico de depresión luego de la entrevista psiquiátrica. La sensibilidad del instrumento GDS fue de 66.7% y la especificidad fue de 83.3%.

Entre los participantes que puntuaron positivo para depresión en la GDS, 44.4% presentaron diagnóstico de depresión de acuerdo a los criterios diagnósticos y la entrevista estructurada (valor predictivo positivo). En contraste, para aquellos que puntuaron negativo para depresión en la GDS, 92.6% no presentaron depresión (valor predictivo negativo). En la Tabla 1 se resumen estos hallazgos.

La k de Cohen se calculó para determinar si existía una concordancia entre el diagnóstico de depresión de acuerdo a la evaluación psiquiátrica y el resultado de la GDS (>10 síntomas). Encontramos una concordancia moderada entre las dos evaluaciones, $k=0.42$ (95% CI, 0.24-0.60), $p < 0.001$.

Tabla 1. Estadísticas de precisión diagnóstica de la Escala de Depresión Geriátrica

	Con Diagnóstico de Depresión	Sin Diagnóstico de Depresión	Total
GDS positivo (>10 síntomas)	16 (VP)	20 (FP)	36
GDS negativo (≤ 10 síntomas)	8 (FN)	100 (VN)	108
Total	24	120	144

Sensibilidad: 66.7%; Especificidad: 83.3%; Valor Predictivo Positivo: 44.4%; Valor Predictivo Negativo: 92.6%. Nota: VP: Verdaderos Positivos; FN: Falsos Negativos; FP: Falsos Positivos; VN: Verdaderos Positivos

DISCUSIÓN

La depresión es común en el entorno de la atención primaria,^{18, 19} por lo que resulta una prioridad identificar a los adultos mayores que cursan con síntomas depresivos. Según el Equipo de Trabajo de Servicios Preventivos de los Estados Unidos (USPSTF,

por su sigla en inglés “United States Preventive Services Task Force”), se recomienda el cribado de depresión en los adultos durante la práctica clínica, seguido del cuidado por el personal de salud. Es conocido el riesgo de suicidio que tienen los pacientes con depresión, sin embargo, el USPSTF indica que no hay evidencia suficiente para recomendar el cribado con la intención de detectar el riesgo de suicidio en la población general.¹³ Aun así, el propósito y la recomendación de detectar depresión en los adultos mayores, está basado en los otros trastornos asociados a esta condición, como lo son el déficit cognitivo,^{20,21} condiciones médicas crónicas,^{22,23} y mortalidad.²⁴

En el presente estudio, encontramos una frecuencia de depresión de 16.7% en adultos mayores de 65 años en la consulta externa, lo cual es similar a lo encontrado por Gupta et al. en una población de adultos mayores del sur de Asia (15.6%).²⁵ Bretanha et al. también encontraron una prevalencia parecida a la del presente estudio, obteniendo en una población de adultos mayores en Brasil una prevalencia de 18.0%.²⁶ Por otra parte, se ha reportado porcentajes de depresión muy diferentes, como el reportado por Cordeiro Matias et al. de 52.6%²⁷ y Mann et al. de 40%.²⁸ Estos estudios indican que la prevalencia de depresión varía de acuerdo a la población estudiada y los instrumentos que se utilizan para realizar el diagnóstico. El presente estudio utilizó la GDS, debido a que está diseñada específicamente para el cribado de depresión en la población de adultos mayores.²⁹

En el presente estudio la sensibilidad de la GDS fue 66.7%, por lo que fue capaz de detectar casi dos tercios de los casos de depresión; pero no coincidió en el diagnóstico de un tercio de los casos. La especificidad fue de 83.3%, por lo que identificó falsamente como positivos el 17% de los casos que

no recibieron diagnóstico de depresión en la entrevista psiquiátrica. En un estudio, se reportó mayor especificidad que sensibilidad, con un 85% y 78%, respectivamente.³⁰ En la literatura existe evidencia de que la versión de la GDS con 15 ítems tiene mayor sensibilidad y especificidad.^{27,31,32}

La concordancia encontrada entre la evaluación psiquiátrica y el resultado de la GDS permite demostrar la efectividad de esta escala en comparación con una evaluación clínica extensa. No obstante, esto no indica que se deba desplazar el abordaje clínico por una evaluación a base de instrumentos, sino dedicar más tiempo y énfasis a aquellos pacientes marcados como positivos con la GDS, y ahorrar tiempo y recursos en aquellos negativos. Se espera que con instrumentos de detección de fácil aplicación y con un programa de tratamiento adecuado, la esfera económica en función del tiempo empleado mejore.

Entre las limitaciones de este estudio está que el presente estudio no permite extrapolar los resultados a la población en general de Panamá, ya que la muestra fue específica del (C.H.Dr.A.A.M.). También existe evidencia de que la utilidad de la escala puede disminuir en personas con bajo nivel de educación y/o con deterioro cognitivo,^{21,29} que aunque fueron excluidos los participantes sin demencia, el nivel educativo promedio de los participantes fue de 7.3 años. Por último, recomendamos el uso de la GDS en la atención primaria, ya que con un valor predictivo negativo alto, permite la detección de aquellos pacientes sin síntomas depresivos, lo cual puede ahorrar tiempo y recursos al sistema de salud pública. Estudios posteriores deberían evaluar la utilidad de la GDS en su versión de 15 ítems y además examinar la validez de la escala en la población general.

CONCLUSIÓN

La GDS es útil para detectar síntomas depresivos clínicamente relevantes en pacientes geriátricos. Por su aplicación fácil, es una herramienta útil para la detección de casos que deben ser referidos para mayor evaluación. En nuestra muestra encontramos una sensibilidad y especificidad menor a la descrita. Esto podría deberse a la heterogeneidad de la muestra, por ejemplo, pacientes que acuden a un hospital de tercer nivel con múltiples comorbilidades. Por el alto valor predictivo negativo se recomienda su uso como instrumento de tamizaje en los controles de salud de adultos mayores que se atienden en el C.H.Dr.A.A.M.

AGRADECIMIENTOS

Agradecemos el apoyo del personal de la consulta externa de Geriátrica del C.H.Dr.A.A.M., de los colaboradores de PARI, y de la Secretaría Nacional de Ciencia, Tecnología e Innovación (SENACYT) y el Sistema Nacional de Investigación de Panamá por su apoyo financiero al Dr. Villarreal y la Dra. Britton.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Center for Substance Abuse Treatment. Managing Depressive Symptoms in Substance Abuse Clients During Early Recovery. Treatment Improvement Protocol (TIP) Series 48. DHHS Publication No. (SMA) 08-4353. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2008.
2. Genaro G. Ortiz, Elva D. Arias-Merino, María E. Flores-Saiffe, Irma E. Velázquez-Brizuela, Miguel A. Macías-Islas, and Fermín P. Pacheco-Moisés, "Prevalence of Cognitive Impairment and Depression among a Population Aged over 60 Years in the Metropolitan Area of Guadalajara, Mexico," *Current Gerontology and Geriatrics Research*, vol. 2012, Article ID 175019, 6 pages, 2012.
3. Seif Rabiei MA, Ghaleiha A, et al. Depression Prevalence and Underlying Risk Factors in the Elderly of Hamadan, Iran. *Avicenna J Neuro Psych Physio*. 2015 February; 2(1): e26706.

4. Gagliardi JP. Differentiating among Depression, Delirium, and Dementia in Elderly Patients. *American Medical Association Journal of Ethics*. 2008; 10(6): 383-388.
5. Hegeman JM, Kok RM, et al. Phenomenology of depression in older compared with younger adults: meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry*. 2012; 200: 275-281.
6. Hare DL, Toukhsati SR, et al. Depression and cardiovascular disease: a clinical review. *European Heart Journal*. 2014; 35: 1365-1372
7. Singh A, Misra N. Loneliness, depression and sociability in old age. *Ind Psychiatry J*. 2009 Jan-Jun; 18(1): 51-55.
8. Fiske A, Wetherell JL, et al. Depression in Older Adults. *Annu Rev Clin Psychol*. 2009; 5: 363-389.
9. Park M, Unützer J. Geriatric Depression in Primary Care. *Psychiatr Clin N Am*. 2011; 34: 469-487.
10. Kessler RC, Bromet EJ. The epidemiology of depression across cultures. *Annu Rev Public Health*. 2013; 34: 119-138.
11. Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health. Diagnosing, Screening, and Monitoring Depression in the Elderly: A Review of Guidelines. Publicado el 8 de septiembre de 2015. Recuperado el 12 de agosto de 2016. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmedhealth/PMH0079246/>
12. Silva ER, Pimentel Sousa AL, et al. Prevalence and factors associated with depression among institutionalized elderly individuals: nursing care support. *Rev. esc. enferm. USP*. 2012; 46(6).
13. Deneke ED, Schultz HE. Screening for Depression in the Primary Care Population. *Prim Care*. 2014 Jun;41(2):399-420
14. Unützer J, Schoenbaum M, et al. Healthcare costs associated with depression in medically ill fee-for-service medicare participants. *J Am Geriatr Soc*. 2009 Mar;57(3):506-10.
15. Villarreal AE, Grajales S, et al. Cognitive Impairment, Depression, and Cooccurrence of Both among the Elderly in Panama: Differential Associations with Multimorbidity and Functional Limitations. *Biomed Res Int*. 2015; 2015:718701.
16. Yi SW. Depressive Symptoms on the Geriatric Depression Scale and Suicide Deaths in Older Middle-aged Men: A Prospective Cohort Study. *J Prev Med Public Health*. 2016 May;49(3):176-82.
17. Yesavage JA, Brink TL, et al. Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. *J Psychiatr Res*. 1982-1983;17(1):37-49.
18. Wittchen HU, Mühlhig S, et al. Mental disorders in primary care. *Dialogues Clin Neurosci*. 2003 Jun; 5(2): 115-128.
19. Jacob KS. The diagnosis and management of depression and anxiety in primary care: the need for a different framework. *Postgrad Med J* 2006; 82:836-839.
20. Pehrson AL, Leiser SC, et al. Treatment of cognitive dysfunction in major depressive disorder—a review of the preclinical evidence for efficacy of selective serotonin reuptake inhibitors, serotonin-norepinephrine reuptake inhibitors and the multimodal-acting antidepressant vortioxetine. *Eur J Pharmacol*. 2015 Apr 15; 753:19-31.
21. Gonda X, Pompili M, et al. The role of cognitive dysfunction in the symptoms and remission from depression. *Ann Gen Psychiatry*. 2015; 14: 27.
22. Boing AF, Melo GR, et al. Association between depression and chronic diseases: results from a population-based study. *Rev Saude Publica*. 2012 Aug;46(4):617-23.
23. Moussavi S, Chatterji S, et al. Depression, chronic diseases, and decrements in health: results from the World Health Surveys. *Lancet*. 2007 Sep 8;370(9590):851-8.
24. Gallo JJ, Morales KH, et al. Long term effect of depression care management on mortality in older adults: follow-up of cluster randomized clinical trial in primary care. *BMJ* 2013;346:f2570.
25. Gupta A, Mohan U, et al. Screening Depression Among Elderly in a City of Southeast Asia. *J Clin Diagn Res*. 2015 Sep; 9(9): LC01-LC05.
26. Bretanha AF, Facchini LA, et al. Depressive symptoms in elderly living in areas covered by Primary Health Care Units in urban area of Bagé, RS. *Rev Bras Epidemiol*. 2015 Jan-Mar;18(1):1-12.
27. Cordeiro Matias AG, de Andrade Fonseca M, et al. Indicators of depression in elderly and different screening methods. *Einstein*. 2016;14(1): 6-11.
28. Mann AH, Schneider J, et al. Depression and the response of residential homes to physical health needs. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2000 Dec;15(12):1105-12.
29. Debruyne H, Van Buggenhout M, et al. Is the geriatric depression scale a reliable screening tool for depressive symptoms in elderly patients with cognitive impairment?. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2009 Jun;24(6):556-62.
30. Ertan FS, Ertan T et al. Reliability and validity of the Geriatric Depression Scale in depression in Parkinson's disease. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 2005 Oct;76(10):1445-7.

31. Costa MV, Diniz MF, et al. Accuracy of three depression screening scales to diagnose major depressive episodes in older adults without neurocognitive disorders. *Rev Bras Psiquiatr.* 2016 Apr-Jun;38(2):154-6.

32. Chakkamparambil B, Chibnall JT, et al. Development of a brief validated geriatric depression screening tool: the SLU "AM SAD". *Am J Geriatr Psychiatry.* 2015 Aug;23(8):780-3.