

ARTICULOS

Fiabilidad y validez de la versión española del Inventario para la Depresión de Beck de 1978 en pacientes con trastornos psicológicos

Reliability and validity of the Spanish version of Beck's Depression Inventory (1978) in patients with psychological disorders

CARMELO VÁZQUEZ y JESÚS SANZ (*)

RESUMEN

Se presentan datos sobre la fiabilidad y validez de la traducción española de la versión de 1978 del Inventario para la Depresión de Beck (Beck Depression Inventory, BDI; Beck, Rush, Shaw y Emery, 1979) obtenidos con una muestra de 338 pacientes no hospitalizados con diversos diagnósticos psicopatológicos según el DSM-III-R (APA, 1987/1988). El coeficiente alfa de fiabilidad fue alto (0,90). Los índices de validez de criterio fueron aceptables: los pacientes con trastornos depresivos puntuaban significativamente más alto que los pacientes con trastornos de ansiedad o esquizofrenia, y el análisis discriminante de los ítems del BDI reveló que el grupo de ítems de Tristeza, Insatisfacción y Fatiga clasificaba correctamente al 88 % de los pacientes como depresivos o no depresivos. El análisis de la precisión diagnóstica reveló que no existe ningún punto de corte que por sí mismo sirva para realizar un diagnóstico diferencial válido entre tipos de pacientes. Se concluye que el BDI es un instrumento válido de detección y cuantificación de síntomas depresivos en pacientes, pero su utilidad como herramienta diagnóstica es limitada.

(*) Dpto de Personalidad, Evaluación y Psicología Clínica. Universidad Complutense de Madrid. Campus de Somosaguas, 28223 Madrid.

ABSTRACT

Data on reliability and validity are provided of the application of the Spanish version of the 1978 Version of the Beck Depression Inventory (BDI; Beck, Rush, Shaw and Emery, 1979), to a sample of 338 outpatients suffering from various psychopathological diagnosis according to DSM-III-R (APA. 1987/1988). Alpha reliability coefficient was high (.90). Also, criterion validity indexes were fair: patients with depressive disorders scored significantly higher than did those with anxiety or schizophrenic disorders. Discriminant analysis of BDI items revealed that a subset of symptoms (Sadness, Dissatisfaction and Fatigability) correctly sorted 88% of patients as depressive or non depressive. Nevertheless, analysis of diagnosis accuracy showed that not a single cut-off score proved sensitive enough to allow a differential diagnosis. Therefore, it is concluded that the Spanish BDI version is a valid tool to detect and quantify depressive symptoms in patients, but it is a poor instrument for differential diagnoses.

PALABRAS CLAVE

Depresión, Instrumentos, Validación.

KEY WORDS

Depression, Instruments, Validation.

INTRODUCCIÓN

El Inventario para la Depresión de Beck, en sus sucesivas versiones de 1961 (Beck, Ward, Mendelson, Mock y Erbaugh, 1961) y de 1978 (Beck, Rush, Shaw y Emery, 1979), es el instrumento autoaplicado más utilizado en la clínica y en la investigación para evaluar la depresión (Piotrowski, 1996). Hasta ahora sólo disponíamos en castellano de la adaptación de la versión de 1961, efectuada por Conde, Esteban y Useros (1976). La versión de 1978 presenta sustanciales mejoras respecto a la anterior (véanse, Vázquez y Sanz, 1997; Sanz y Vázquez, 1998;) pero, aunque se ha venido empleando en diversas traducciones en nuestro país, hasta ahora no existía una adaptación propiamente dicha. Como parte de un proyecto de investigación más amplio que trata de adaptar en España el BDI de 1978, hemos presentado, en dos trabajos anteriores, datos psicométricos y normativos que justifican su utilización en muestras de estudiantes universitarios (Sanz y Vázquez, 1998) y de adultos procedentes de la población general (Vázquez y Sanz, 1997) para al menos los siguientes tres objetivos: identificar y cuantificar síntomas depresivos en dichas muestras, seleccionar sujetos subclínicamente deprimidos y no depri-

midos en investigaciones sobre depresión, y evaluar la efectividad clínica de los tratamientos contra la depresión comparando la puntuación postratamiento de los pacientes en el BDI con las medias o medianas de estas muestras no clínicas. Sin embargo, el BDI fue diseñado, principalmente, para «evaluar la gravedad de la depresión en pacientes con diagnóstico psiquiátrico» (Beck y Steer, 1993) y, de hecho, es quizá el instrumento más utilizado internacionalmente para cuantificar los síntomas depresivos en poblaciones clínicas (Beck, Steer y Garbin, 1988; Piotrowski, 1996). Por tanto, una parte fundamental de la adaptación de la versión española del BDI de 1978 requería el estudio de las propiedades psicométricas de dicho instrumento en relación con ese objetivo clínico original, propiedades que, en el caso de la versión americana y de otras versiones internacionales, han sido investigadas con exhaustividad y con resultados empíricos muy satisfactorios (véanse las revisiones de Beck, Steer y Garbin, 1988 y de Richter, Werner, Heerlein, Kraus, y Sauer, 1998).

En resumen, el objetivo principal del presente estudio es obtener, en una muestra clínica, datos normativos, de fiabilidad y de validez de la versión española del BDI de 1978 que permitan

ofrecer a los investigadores y profesionales españoles que trabajan en el área de la depresión un instrumento útil para cuantificar la gravedad de los síntomas depresivos que presentan los pacientes psicopatológicos. De forma secundaria, también se analizará la validez de esta versión del BDI de 1978 como ayuda diagnóstica en la práctica clínica, fundamentalmente para efectuar el diagnóstico de depresión. Aunque este objetivo no estuvo presente explícitamente en su desarrollo, la utilización del BDI con este propósito diagnóstico es frecuente en la práctica profesional y, de hecho, existen varios trabajos en España que recomiendan el empleo del BDI para realizar el diagnóstico diferencial entre distintos tipos de trastornos depresivos (Gue rrero, Gómez-Angulo y Giner, 1986; Senra y Heresi, 1995).

MÉTODO

Sujetos

El BDI se administró a una muestra de 338 pacientes (54,3% mujeres) con diversos trastornos psicológicos que fueron atendidos entre 1995 y 1996 en diversos centros de asistencia psicológica públicos y privados (Centros de Rehabilitación Psicosocial de la Comu-

nidad de Madrid, Unidad Asistencial de la Facultad de Psicología de la UCM, Centro Clínico Alberto Bosch), todos ellos situados en Madrid. La edad de los pacientes se encontraba entre 18 y 78 años, con una media de 32,9 años (DT = 12,8). Del 26% de los pacientes no se tenían datos sobre su estado civil. De los restantes 250 pacientes, el 60,4% estaba soltero, el 30,8% casado, el 5,6% separado, el 2,8% divorciado y un 0,4% viudo. En cuanto a la situación laboral, no se tenían datos del 29% de la muestra. Del resto, el 42,1% de los pacientes estaba trabajando, el 25% parado, el 23,3% era estudiante, el 8,3% era ama de casa y un 1,3% estaba jubilado. El 39,1% de los pacientes estaba tomando algún psicofármaco en el momento de la administración del BDI, mientras que el 51,2% no; del resto (9,8%) no se tenían datos.

En la Tabla 1 se presentan los diagnósticos DSM-III-R que recibieron los pacientes que participaron en este estudio así como las características demográficas (sexo y edad) de la muestra en función de tales diagnósticos.

Trece pacientes no completaron totalmente el cuestionario; nueve de ellos olvidaron contes-

TABLA 1

Distribución de diagnósticos (DSM-III) en la muestra de pacientes y características demográficas de la muestra en función de los diagnósticos

Diagnósticos	Frecuencia	%	Edad Media*	% Mujeres
Trastornos Depresivos	48	14,5	33,2 (13,5)	62,5
Depresión Mayor	31	9,2	34,5 (14,3)	67,7
Otras Depresiones	17	5,0	31,0 (11,9)	57,9
Trastornos de ansiedad	94	28,6	30,5 (12,3)	66
Ansiedad Generalizada	35	10,4	34,2 (8,9)	62,9
Fobia Social	25	17,4	24,4 (12,4)	68
Fobia Simple	20	5,9	32,2 (16,1)	70
Pánico/Agorafobia	9	2,7	34,8 (7,8)	60
Obsesivo/Compulsivo	5	1,5	30 (13)	80
Trastornos esquizofrénicos	51	15,1	31,8 (8,3)	21,6
Trastorno delirante	6	1,8	27 (10,4)	66,7
Somatización/Hipocondría	8	2,4	33,6 (9,2)	37,5
Conversión/Disociación	11	3,3	36,5 (12,2)	90,9
Trastornos sexuales	18	5,3	42,6 (12,2)	44,4
Trastornos adaptativos	12	3,6	30,8 (9,5)	63,6
Dependencia a sustancias	20	5,9	31 (8,9)	20
Síndrome Orgánico Cerebral	4	1,2	43,7 (7,2)	50
Trastornos de alimentación	6	1,8	22,2 (1,5)	100
Trastornos de personalidad	6	1,8	27,3 (5,3)	33,3
Enfermedades médicas	20	5,9	46,5 (19,1)	50
Otros trastornos	3	0,9	23 (5,6)	33,3
Trastornos mentales indefinidos	31	9,2	33,1 (13)	74,3

Nota. *Desviación típica de la edad entre paréntesis.

tar un ítem, los restantes cuatro no señalaron en el ítem 19 si estaban o no bajo dieta de adelgazamiento. En los análisis basados en la puntuación total del BDI, dichos ítems fueron sustituidos por ceros. En el resto de los análisis los datos de estos sujetos fueron descartados.

Instrumento

En el presente estudio hemos empleado nuestra propia traducción de la versión de 1978, corrigiendo algunos errores hallados en otras traducciones anteriores (véase Vázquez y Sanz, 1997; Sanz y Vázquez, 1998;). El BDI

es un inventario autoaplicado de 21 ítems que evalúa la intensidad de la depresión. En cada uno de los ítems el sujeto tiene que elegir la frase que, entre un conjunto de cuatro alternativas, siempre ordenadas por su gravedad, se ajusta mejor a su estado medio durante la última semana. Cada ítem se valora de 0 a 3 puntos en función de la alternativa escogida, de modo que la puntuación total resultante tiene un rango entre 0 y 63.

Procedimiento

En todos los casos la información del BDI responde a la evaluación realizada a los pacientes por un psicólogo clínico en el momento de admisión al centro. Aunque, en muchos casos, el BDI se administró repetidamente sólo presentamos información de los datos recogidos en la de línea base. En todos los casos se efectuó un diagnóstico DSM-III-R (APA, 1987/1988) si bien no se empleó ningún instrumento específico para obtenerlo (p. ej., entrevistas estructuradas). Todos los pacientes estaban atendidos en régimen ambulatorio y de todos ellos se recogió información demográfica y clínica básica.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Distribución de las puntuaciones del BDI

El rango de puntuaciones totales en el BDI estuvo comprendido entre 0 y 54 (Media = 16,5, DT = 11). El análisis de los gráficos de normalidad que ofrece el SPSS (gráficos de normalidad Q-Q con y sin tendencias) reveló que la distribución de puntuaciones del BDI en esta muestra mixta de pacientes se ajustaba aceptablemente a la curva normal. De hecho, el índice de apuntamiento de la curva fue muy cercano a cero (curtosis = 0,09) y el índice de simetría de la misma no fue superior a 1 (simetría = 0,75). En consecuencia, y como era de esperar de una distribución normal, tanto la mediana como la moda coincidían (ambos índices igual a 15) y no eran muy distintas de la media muestral.

La puntuación media de todos los ítems fue 0,79, con un mínimo de 0,42 y un máximo de 1,17. Como muestra la Tabla 2, sólo tres ítems recibieron puntuaciones medias mayores de uno: Insatisfacción, Dificultad Laboral y Fatiga. Estos datos replican los encontrados en la literatura con muestras similares. Por ejemplo, entre las seis muestras normativas que se presentan en la versión más reciente del manual estadounidense del BDI (Beck y Steer,

TABLA 2

Frecuencia, media (*M*), desviación típica (*DT*) y correlaciones corregidas ítem-total (r_{tot}) de los ítems del BDI en la muestra total de pacientes.

ÍTEMS	ESCALA DE GRAVEDAD*				M	DT	r_{tot}^{\dagger}
	0	1	2	3			
1. Tristeza	39,3	41,7	13,9	5,0	0,84	0,84	0,60
2. Pesimismo	41,4	38,8	8,0	11,8	0,90	0,98	0,63
3. Sentimiento de fracaso	55,4	27,8	9,0	7,8	0,69	0,93	0,60
4. Insatisfacción	27,6	42,2	15,4	14,8	1,17	1,00	0,64
5. Culpabilidad	44,3	32,8	13,6	9,3	0,88	0,97	0,57
6. Sentimiento de castigo	63,2	16,5	2,3	18,0	0,75	1,15	0,43
7. Autodecepción	48,1	36,7	11,4	3,8	0,71	0,81	0,65
8. Autoculpación	35,8	44,5	14,0	5,8	0,90	0,85	0,57
9. Ideas de suicidio	59,5	36,4	2,7	1,5	0,46	0,63	0,51
10. Llanto	53,8	29,9	3,8	12,4	0,75	1,01	0,44
11. Irritación	44,4	36,7	9,8	9,2	0,84	0,94	0,49
12. Desinterés social	51,8	29,6	13,3	5,3	0,72	0,89	0,66
13. Indecisión	48,8	18,0	27,8	5,3	0,90	0,97	0,68
14. Pobre imagen corporal	56,5	22,6	15,2	5,7	0,70	0,92	0,52
15. Dificultad laboral	31,5	36,2	27,9	4,5	1,05	0,88	0,61
16. Insomnio	39,6	37,9	14,8	7,7	0,90	0,92	0,48
17. Fatiga	35,2	36,7	18,6	9,5	1,02	0,96	0,56
18. Pérdida del apetito	65,9	19,6	11,0	3,6	0,52	0,83	0,35
19. Pérdida de peso	74,3	14,1	6,9	4,8	0,42	0,82	0,04
20. Hipocondría	50,9	34,0	12,1	3,0	0,67	0,80	0,30
21. Desinterés por el sexo	52,8	26,7	10,4	10,1	0,78	0,99	0,51

Nota. Datos obtenidos con $N = 338$, excepto para los ítems 4, 8, 15, 18 y 21 ($N = 337$) y para los ítems 7 y 14 ($N = 336$), debido a valores ausentes, y para el ítem 19 ($N = 334$), debido a que no se informó si se estaba bajo dieta para adelgazar.

• Valores en porcentajes. $\dagger N = 325$.

1993), se ofrecen datos de un grupo de 248 pacientes con diversos trastornos mentales, especialmente trastornos depresivos, por ansiedad, de personalidad y esquizofrenia. Los dos síntomas con mayor intensidad en dicha muestra coincidían con los dos primeros

encontrados en la presente: la insatisfacción general y las dificultades laborales. Curiosamente, estos síntomas también se encuentran entre los de mayor intensidad en muestras españolas extraídas de la población general (Vázquez y Sanz, 1997) o de la población

de estudiantes universitarios (Sanz y Vázquez, 1998).

Por otro lado, los síntomas que mostraban una menor intensidad fueron la pérdida de peso, las ideas de suicidio y la pérdida de apetito (véase la Tabla 2). Los ítems correspondientes a estos tres síntomas también se encontraban entre los cuatro que recibieron los menores valores en intensidad en la muestra mixta de pacientes de Beck y Steer (1993) y, así mismo, los dos primeros ítems aparecen con bajos valores de intensidad en muestras españolas extraídas de la población general (Vázquez y Sanz, 1997) o de la población de estudiantes universitarios (Sanz y Vázquez, 1998).

*Diferenciación de sujetos
deprimidos y no deprimidos:
Análisis discriminante*

Para determinar si un conjunto específico de síntomas del BDI podría diferenciar a los pacientes con un diagnóstico principal de trastorno depresivo de los pacientes cuyo diagnóstico principal era otro trastorno, se realizó un análisis discriminante por pasos definiendo dos grupos: grupo depresivo (pacientes con trastorno de depresión mayor y pacientes con otros trastornos

depresivos; $n = 48$) y grupo no depresivo (pacientes con otros diagnósticos excluyendo los pacientes con diagnóstico indeterminado; $n = 250$).

El análisis discriminante identificó los siguientes ítems como aquellos que mejor discriminaban entre los pacientes depresivos y no depresivos (entre paréntesis sus coeficientes canónicos tipificados en la función discriminante): Tristeza (0,70), Fatiga (0,32) e Insatisfacción (0,29). La función discriminante obtenida podía clasificar correctamente al 87,62 % de los pacientes como depresivos o no depresivos con un lambda de Wilks igual a 0,77 ($\chi^2(3, N = 296) = 77,12, p < 0,0001$). La función resultante era fundamentalmente acertada para clasificar a los pacientes no depresivos como tales (95% de acierto); sin embargo, el acierto en la clasificación de los pacientes depresivos fue mucho menor (sólo el 47,9% de los pacientes con trastorno depresivo fue clasificado como tal).

Es importante señalar que los síntomas esenciales (estado de ánimo triste o pérdida de interés/placer) en el diagnóstico de un episodio depresivo mayor según la definición de depresión más consensuada hoy en

TABLA 3

Medias y desviaciones típicas de las puntuaciones totales en el BDI para cada tipo de diagnóstico (DSM-II) de la muestra de pacientes.

Diagnósticos	<i>n</i>	Media	<i>DT</i>
Trastornos Depresivos	48	27,2	10,6
Depresión Mayor	31	32,0	8,3
Otras Depresiones	17	18,3	8,5
Trastornos de ansiedad	94	12,3	8,5
Ansiedad Generalizada	35	15,2	9,9
Fobia Social	25	10,1	6,0
Fobia Simple	20	6,6	4,1
Pánico/Agorafobia	9	16,4	9,8
Obsesivo/Compulsivo	5	18,0	5,6
Trastornos esquizofrénicos	51	17,0	12,7
Trastorno delirante	6	19,0	6,1
Somatización/Hipocondría	8	8,7	4,1
Conversión/Disociación	11	20,4	9,3
Trastornos sexuales	18	12,4	7,4
Trastornos adaptativos	12	15,6	7,2
Dependencia a sustancias psicoactivas	20	15,0	8,6
Síndrome Orgánico Cerebral	4	9,0	7,6
Trastornos de alimentación	6	14,5	8,4
Trastornos de personalidad	6	31,3	13,21
Enfermedades médicas	20	12,0	6,7
Otros Trastornos	3	19,7	17,8
Trastornos mentales indefinidos	31	16,7	10,4

día, la del DSM-IV (APA, 1994), aparecen, en el presente estudio, formando parte importante de la función discriminante hallada para diferenciar los pacientes depresivos de los no depresivos (ítems de Tristeza y Insatisfacción).

Diferencias entre grupos específicos de pacientes

Se realizó un ANOVA sobre la

puntuación total en el BDI tomando como variable independiente la categoría diagnóstica de los pacientes. Para protegernos de los errores tipo II y no mermar la capacidad de generalización de los resultados, restringimos los análisis a aquellos grupos diagnósticos que incluían al menos 30 pacientes. En concreto, los grupos fueron: pacientes con trastor-

no depresivo mayor ($n = 31$), con trastorno por ansiedad generalizada ($n = 35$) y con esquizofrenia ($n = 51$). Además, se formaron dos grupos adicionales: pacientes con trastornos depresivos (pacientes con trastorno depresivo mayor y con otros trastornos depresivos; $n = 48$) y pacientes con trastornos por ansiedad (pacientes con trastorno por ansiedad generalizada, obsesivo-compulsivo, fobia simple, fobia social y pánico/agorafobia; $n = 95$). Las medias y desviaciones típicas en la puntuación total del BDI de estos grupos se pueden consultar en la Tabla 3.

Antes de examinar si las medias en el BDI de los grupos de pacientes depresivos diferían de las medias de los grupos no depresivos (ansiedad generalizada, trastornos por ansiedad, esquizofrenia), se compararon estos últimos con los primeros respecto a las variables sexo y edad, no encontrándose ninguna diferencia estadísticamente significativa. De hecho, cuando se introdujeron estos factores (sexo y edad) junto con el factor categoría en los ANOVAs tampoco se encontró ningún efecto de interacción entre sexo y categoría o entre edad y categoría.

Por tanto, descartando los factores sexo y edad, se realizaron

ANOVAs comparando los anteriores grupos respecto a sus puntuaciones totales en el BDI. Estos ANOVAs revelaron que el grupo de depresión mayor puntuaba significativamente más alto que el de ansiedad generalizada [$F(1, 68) = 57,26, p < 0,0001$] y también significativamente más alto que el de trastornos por ansiedad [$F(1, 128) = 113,61, p < 0,0001$]. Además, el grupo de trastornos depresivos puntuaba significativamente más alto que el de ansiedad generalizada [$F(1, 87) = 28,62, p < 0,0001$] y también significativamente más alto que el de trastornos por ansiedad [$F(1, 147) = 74,73, p < 0,0001$].

Al comparar el grupo de depresión mayor y el grupo de trastornos depresivos con el grupo de esquizofrenia no se encontraron diferencias en la edad media de dichos grupos [$t(39,52) = 0,93$ y $t(72,26) = 0,63$, respectivamente, ambos n.s.], pero sí se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la proporción de varones y mujeres que componían dichos grupos [$\chi^2(N = 82, 1) = 17,27$ y $\chi^2(N = 99, 1) = 17,07$, respectivamente, ambos con $p < 0,0001$]. Por tanto se realizó, primeramente, un ANOVA con dos factores, Sexo y Categoría, sobre la

puntuación total en el BDI en el cual el factor Categoría fue definido por la pertenencia al grupo de depresión mayor frente al grupo de esquizofrenia. Este ANOVA reveló efectos significativos para la variable Sexo [$F(1, 78) = 7,02, p < 0,01$], Categoría [$F(1, 78) = 16,71, p < 0,001$] y para la interacción de ambas variables [$F(1, 78) = 5,82, p < 0,02$]. Esta interacción reflejaba que mientras que en el grupo de depresión mayor no había diferencias entre los sexos en la puntuación media en el BDI (mujeres = 32,3; varones = 31,2), en el grupo de esquizofrenia las mujeres puntuaban más alto que los varones (27,7 frente a 14,1) y de forma similar a los pacientes con depresión mayor. En segundo lugar, se realizó otro ANOVA de dos factores, Sexo y Categoría, sobre la puntuación total en el BDI, pero en este caso el factor Categoría fue definido por la pertenencia al grupo de trastornos depresivos frente al grupo de esquizofrenia. Este ANOVA reveló efectos significativos para la variable Sexo [$F(1, 97) = 9,43, p < 0,003$], Categoría [$F(1, 97) = 5,45, p < 0,02$] y para la interacción de ambas variables [$F(1, 97) = 5,65, p < 0,02$]. De nuevo, esta interacción reflejaba el hecho de que mientras en

el grupo de trastornos depresivos no había diferencias entre los sexos en la puntuación media en el BDI (mujeres = 27,6; varones = 25,8), en el grupo de esquizofrenia las mujeres puntuaban más alto que los varones (27,7 frente a 14,1) y de forma similar a los pacientes con trastornos depresivos.

En la Tabla 4 se encuentra el número de pacientes que dentro de cada grupo diagnóstico anteriormente mencionado se correspondía con las categorías de gravedad de depresión propuestas por Beck y Steer (1993), en el último manual publicado del BDI, a partir de la puntuación total en el inventario. Se realizaron pruebas de χ^2 para analizar si había diferencias entre los grupos diagnósticos respecto a la distribución de pacientes en dichas categorías de gravedad. Los resultados de tales pruebas mostraron diferencias estadísticamente significativas: mientras que en los trastornos no depresivos el porcentaje de pacientes en las distintas categorías de gravedad era bastante similar, en los trastornos depresivos la mayor parte de los casos se situaban en la banda de puntuaciones de intensidad grave.

Consistencia interna

El análisis de la consistencia

TABLA 4

Distribución de los rangos de gravedad del síndrome de depresión (Beck y Steer, 1993) en la muestra total de pacientes y en los grupos con trastorno depresivo mayor, con trastornos depresivos, con ansiedad generalizada, con trastornos por

	Muestra Total	Depresivo	T. Depresivos	Ansiedad Generalizada	T. por Ansiedad	Esquizofrenia
Mínima (0-9)						
<i>n</i>	109	0	2	13	47	16
%	32,2	0	4,2	37,1	50	31,4
Media	5,2	—	3,0	5,6	5,6	4,6
DT	2,7	—	4,2	2,4	2,2	3,5
Leve (10-16)						
<i>n</i>	69	0	3	7	19	10
%	20,4	0	6,3	20	20,2	19,6
Media	12,7	—	13,0	12,4	12,5	12,2
DT	1,7	—	1,7	1,6	1,9	2,0
Moderada (19-29)						
<i>n</i>	78	6	13	6	14	13
%	23,1	19,4	27,1	17,1	14,9	25,5
Media	19,1	20,2	18,9	17,5	18,3	19,2
DT	2,4	2,6	2,7	2,1	1,9	2,5
Grave (30-63)						
<i>n</i>	82	25	30	9	14	12
%	24,3	80,6	62,5	25,7	14,9	23,5
Media	32,1	34,9	33,8	28,7	28,6	35,3
DT	6,9	6,4	6,5	2,7	3,1	9,6

interna del BDI arrojó un coeficiente alfa de 0,90, lo que indicaba una muy buena consistencia interna del instrumento en esta muestra mixta de pacientes y replicaba los resultados encontrados en la literatura con muestras semejantes (entre 0,76 y 0,95; véase Beck et al., 1988). Se realizaron también análisis de consistencia interna del BDI para cada uno de los grupos de pacientes (trastorno depresivo

mayor, trastorno por ansiedad generalizada, esquizofrenia, trastornos depresivos y trastornos por ansiedad), los cuales arrojaron los siguientes coeficientes alfa: 0,79, 0,89, 0,92, 0,87 y 0,87, respectivamente.

Las correlaciones entre las puntuaciones en cada uno de los ítems y la puntuación total del BDI corregida (sin el concurso de cada ítem en cuestión) para la muestra total se presentan en la

Tabla 2. Salvo el ítem 19 (Pérdida de Peso) que mostró una correlación casi nula (0,04), todos los demás ítems mostraron coeficientes de correlación corregida ítem-total estadísticamente significativos, oscilando entre 0,30 (Hipocondría) y 0,68 (Indecisión). La media de las correlaciones interítems fue 0,29, con un mínimo de -0,07 y un máximo de 0,58. Como era de esperar de las correlaciones corregidas ítem-total, la presencia de un mínimo tan bajo en las correlaciones entre ítems fue debido a los coeficientes casi nulos (entre -0,07 y 0,08) que el ítem 19 mostraba en relación a todos los ítems del BDI con la excepción de los ítems que reflejan síntomas vegetativos (Insomnio, Fatiga y Disminución del Apetito). En estos últimos casos, así como en las demás intercorrelaciones del resto de los ítems, todos los coeficientes que se obtuvieron fueron superiores a 0,10, con la excepción de uno entre el ítem 9 y el ítem 20 ($r = 0,03$).

Esta falta de relación entre el ítem 19 y la mayoría del resto de ítems del inventario es consistente con los resultados encontrados por Beck y Steer (1993) en cuatro de las seis muestras normativas de pacientes psicopatológicos que presentan en la última edición del manual del BDI (grupo de pacientes con

diagnóstico mixto, con trastorno depresivo mayor-episodio único, con trastorno depresivo mayor-episodio recurrente y con trastorno distímico). En esas cuatro muestras las correlaciones corregidas ítem-total del ítem 19 no fueron estadísticamente significativas ($r = 0,14, 0,07, 0,06$ y $0,08$, respectivamente), aunque para las dos muestras restantes (grupo de pacientes con alcoholismo y con adicción a la heroína) las correlaciones sí alcanzaron significación estadística ($r = 0,38$ y $0,32$, respectivamente).

Trabajando con muestras españolas no patológicas, también hemos constatado que el ítem 19 de la versión del BDI de 1978 adolece de ciertos problemas de consistencia interna. Por ejemplo, con estudiantes universitarios de Psicología (Sanz y Vázquez, 1998), dicho ítem obtuvo la correlación corregida ítem-total más baja del inventario ($r = 0,19$), mientras que todos los demás ítems obtenían correlaciones superiores a 0,29. Menos graves fueron los problemas del ítem en una muestra extraída de la población general. En este caso, el ítem de Pérdida de Peso obtuvo una correlación corregida ítem-total de 0,27 que, además, no era la más baja en comparación al resto de ítems (otros tres ítems obtuvieron correlaciones que oscilaban

entre 0,23 y 0,27).

Los problemas psicométricos del ítem 19 no parecen consustanciales a la versión del BDI de 1978. Por ejemplo, Beck y Steer (1984) encontraron en una muestra de 598 pacientes con diversos diagnósticos que las correlaciones corregidas ítem-total de los ítems 19 (Pérdida de Peso) y 11 (Irritabilidad) de la versión del BDI de 1961 eran las más bajas en comparación al resto de ítems del inventario ($r = 0,23$ en ambos casos); todas las demás correlaciones corregidas ítem-total eran superiores a 0,30. Este mal comportamiento psicométrico de este ítem ha motivado su exclusión de la última versión del BDI que se está validando en la actualidad, el BDI-II (Beck, Steer, Ball y Ranieri, 1996).

Puntuaciones centiles

En la Tabla 5 se presentan las puntuaciones centiles en el BDI para la muestra total de pacientes de este estudio y para los grupos diagnósticos de trastorno depresivo mayor, trastorno por ansiedad generalizada, esquizofrenia, trastornos depresivos y trastornos por ansiedad. Por supuesto, estas puntuaciones centiles son orientativas ya que para ser consideradas como puntuaciones normativas sería necesario contar con un mayor

número de pacientes, especialmente para los distintos grupos diagnósticos.

Validez de criterio: Diagnóstico diferencial entre trastornos depresivos y no depresivos

Tomando como criterio de validez el diagnóstico llevado a cabo por los clínicos de acuerdo a los criterios diagnósticos del DSM-III-R, se pueden obtener, para las distintas puntuaciones del BDI, diversos índices de validez relacionados con su capacidad para diagnosticar trastornos depresivos en una población psicopatológica. Entre estos índices, los más utilizados son (véase Kessel y Zimmerman, 1993): sensibilidad (capacidad del BDI para identificar correctamente pacientes depresivos, es decir, porcentaje de pacientes depresivos que puntúan igual o por encima de un punto de corte determinado del BDI), especificidad (capacidad del BDI para identificar correctamente pacientes no depresivos o porcentaje de pacientes no depresivos que puntúan por debajo de un punto de corte determinado del BDI), valor predictivo positivo (probabilidad de que un paciente identificado por el test como depresivo sea realmente depresivo, es decir, porcentaje de pacientes que puntúan igual o por encima

TABLA 5

Puntuaciones centiles del BDI para la muestra total de pacientes ($N=338$) y para los subgrupos de pacientes con trastorno depresivo mayor ($n=31$), trastornos depresivos ($n=48$, trastorno por ansiedad generalizada ($n=35$), trastornos por

Centil	Muestra Total	Depresión Mayor	Depresivo	Ansiedad Generalizada	Ansiedad	Esquizofrenia
1	0	16	0	2	1	0
5	2	17,2	8,7	2,8	3	0
10	4	21	14,7	3	3	0,8
20	7	23,4	16,8	5,4	5	7
25	8	25	18,75	7	5	8
30	9	27,8	21	7,8	6,5	9
40	12	30	24	10,4	8	11
50	15	32	28,5	13	9,5	15
60	17	34	31	16	13	18
70	21	37,4	33	19,4	15,5	22
75	23	39	34	26	17	23
80	25	40	37,2	27,8	20	24,6
90	32	42	42	31	26,5	38,8
95	39	46,8	44,2	31,8	31	43
99	47	48	48	35	35	54

de un punto de corte determinado del BDI que son depresivos), valor predictivo negativo (probabilidad de que un paciente identificado por el BDI como no depresivo sea efectivamente no depresivo, o sea, porcentaje de pacientes que puntúan por debajo de un punto de corte determinado del BDI que no son depresivos), eficiencia (porcentaje de pacientes depresivos y no depresivos correctamente clasificados por el BDI) y Kappa (grado de acuerdo entre el BDI y el juicio diagnóstico clínico que

no es explicable por azar).

En la Tabla 6 se muestra la precisión diagnóstica del BDI para el rango de puntuaciones totales en el BDI que va entre 10 y 35 en la muestra total de pacientes excluidos aquellos con diagnóstico indeterminado. A la hora de evaluar esos resultados, es imprescindible tener en cuenta el contexto clínico e identificar el propósito del test. Si el BDI se pretende utilizar como instrumento diagnóstico para diferenciar trastornos depresivos de trastornos no

depresivos, se requeriría un punto de corte que ofreciera los máximos valores de sensibilidad y especificidad. Un modo de analizar esto a lo largo de todas las puntuaciones del instrumento consiste en emplear un análisis de la curva ROC (*Receiver Operating Characteristic*). El análisis de la ROC se utilizó por primera vez en psicofísica para determinar la capacidad de un observador para discriminar correctamente entre una señal informativa y ruido. En este caso, la señal consistiría en el diagnóstico de depresión y el ruido consistiría en el resto de diagnósticos. Este tipo de análisis, derivado de la teoría de detección de señales, permite evaluar la capacidad diagnóstica de un sistema (Swets, 1964) y se ha utilizado, por ejemplo, en estudios de validación de instrumentos de depresión y de ansiedad (Somoza et al., 1994; Johnson et al., 1995; Lykouras et al., 1998).

En la curva ROC, siempre de forma convexa, se representan gráficamente la sensibilidad en la ordenada y la tasa de falsos positivos (100-especificidad) en la abscisa para cada uno de los puntos de corte del instrumento diagnóstico. El caso ideal estaría representado por un punto de corte que arrojase una sensibilidad del 100% y una tasa de falsos positivos de 0% (o de otro

modo una especificidad del 100%), lo que quedaría representado en el vértice superior izquierdo. En cualquier caso, el mejor punto de corte sería aquél situado más cerca de dicho vértice. Si el poder discriminante de un instrumento es nulo, es decir, no es mejor que el azar, los valores de la curva ROC formarían una línea recta en la diagonal principal. En nuestro caso (véase la Figura 1), el mejor punto de corte queda representado por una puntuación total de 21 en el BDI si bien dada la proximidad de otros valores representados (p. ej., el 19 ó el 20), se podría considerar mejor una banda de corte en el rango de puntuaciones entre 19 y 21. Estos puntos coinciden con los hallados por otros autores para diagnosticar diferencialmente la depresión respecto a otros trastornos en otro tipo de muestras clínicas como, por ejemplo, pacientes neurológicos (Lykouras et al., 1998) o pacientes suicidas (Rudd y Rajab, 1995).

Utilizando los puntos entre 19 y 21 con nuestra muestra, el BDI fue capaz de identificar correctamente tanto al 75% de los pacientes depresivos como al 71-76% de los pacientes no depresivos, lo que supone unos índices de eficiencia diagnóstica y de concordancia (coefi-

TABLA 6
Puntos de corte del BDI y precisión diagnóstica para detectar trastornos

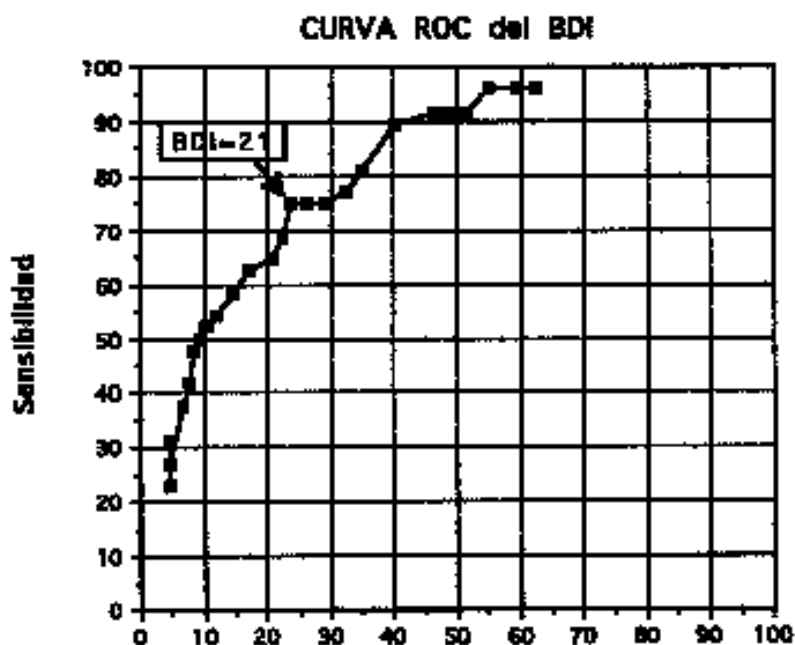
Puntuación del BDI	Sensibilidad	Especificidad	VPP	VPN	Eficiencia	Kappa
10	95,83	37,84	22,22	98,00	46,91	0,14
11	95,83	40,54	23,00	98,13	49,19	0,16
12	95,83	45,17	24,47	98,32	53,09	0,19
13	91,67	48,65	24,86	96,92	55,37	0,19
14	91,67	51,35	25,88	97,08	57,65	0,21
15	91,67	54,05	26,99	97,22	59,93	0,23
16	89,58	59,85	29,25	96,88	64,50	0,27
17	81,25	64,86	30,00	94,92	67,43	0,27
18	77,08	67,57	30,58	94,09	69,06	0,28
19	75,00	71,04	32,43	93,88	71,66	0,30
20	75,00	73,75	34,62	94,09	73,94	0,33
21	75,00	76,06	36,73	94,26	75,90	0,36
22	68,75	77,61	36,26	93,06	76,22	0,34
23	64,58	79,54	36,90	92,38	77,20	0,34
24	62,50	83,01	40,54	92,27	79,80	0,37
25	58,33	85,33	42,42	91,70	81,11	0,38
26	54,17	88,03	45,61	91,20	82,74	0,39
27	52,08	89,58	48,08	90,98	83,71	0,40
28	52,08	89,96	49,02	91,02	84,04	0,41
29	50,00	90,73	50,00	90,73	84,36	0,41
30	47,92	91,51	51,11	90,46	84,69	0,40
31	41,67	92,28	50,00	89,51	84,36	0,36
32	37,50	93,44	51,43	88,97	84,69	0,35
33	31,25	95,37	55,56	88,21	85,34	0,32
34	27,08	95,37	52,00	87,59	84,69	0,28
35	22,92	95,37	47,83	86,97	84,04	0,23

Nota. Se han excluido los casos con diagnóstico indefinido ($n = 31$) y por tanto la muestra es de 307 pacientes. VPP = Valor predictivo positivo; VPN = Valor predictivo negativo.

ciente Kappa) con el diagnóstico clínico relativamente bajos (respectivamente, entre 72 y 76%, y entre 0,30 y 0,36; véase la Tabla 6). Los índices de eficiencia diagnóstica y de concordancia con el diagnóstico clínico aumentaban, no obstante, a medida que se incremen-

taba el punto de corte. Sin embargo, estos incrementos eran pequeños y llegaron a un límite al llegar a la puntuación de 28, con la que se alcanzó una eficiencia diagnóstica del 84% y un coeficiente Kappa de 0,41.

FIGURA 1
Tasa de Falsos Positivos
(1-especificidad)



Análisis de la curva ROC de discriminación diagnóstica para los distintos puntos de corte del BDI en pacientes. El mejor punto de corte es el que más se aproxima al vértice superior izquierdo (mejor relación de sensibilidad y especificidad).

En general, las características operativas del BDI para el diagnóstico diferencial de la depresión frente a otros trastornos no son óptimas. Por ejemplo, el valor predictivo positivo, es decir, la probabilidad de que un trastorno depresivo esté presente cuando un paciente alcanza una determinada puntuación en el BDI, apenas llega al 32% en el caso de una puntuación de 19 o al

49% en el caso de una puntuación de 28. Este índice es uno de los más útiles en la práctica clínica ya que permite responder a una de las preguntas más frecuentes en la misma: ¿cuál es la probabilidad de que este paciente tenga un trastorno depresivo ahora que ya sé que tiene una puntuación, por ejemplo, de 19 o de 28? Por supuesto, los índices de valor predictivo dependen tanto de la

TABLA 7

Puntos de corte del BDI y precisión diagnóstica para detectar un trastorno depresivo en una población psicopatológica en la que se estima que el 25% de los pacientes padece dicho trastorno.

Puntuación del BDI	Sensibilidad	Especificidad	VPP	VPN
10	95,83	37,84	33,94	96,46
16	89,58	59,85	42,65	94,51
18	77,08	67,57	44,20	89,84
19	75,00	71,04	46,33	89,50
20	75,00	73,75	48,78	89,85
21	75,00	76,06	51,08	90,13
27	52,08	89,58	62,49	84,87
28	52,08	89,96	63,36	84,92
29	50,00	90,73	64,26	84,48
30	47,92	91,51	65,29	84,05

Nota. **VVP** = Valor predictivo positivo = $[(\text{Prevalencia} \times \text{Sensibilidad}) / ((\text{Prevalencia} \times \text{Sensibilidad}) + (1 - \text{Prevalencia}) \times (1 - \text{Especificidad}))]$; **VVN** = Valor predictivo negativo = $[(\text{Especificidad} \times (1 - \text{Prevalencia})) / ((\text{Especificidad} \times (1 - \text{Prevalencia})) + (\text{Prevalencia} \times (1 - \text{Sensibilidad})))]$.

prevalencia del trastorno como de la magnitud de la sensibilidad y especificidad del test, de manera que el índice de valor predictivo positivo desciende cuando la prevalencia disminuye, mientras lo contrario ocurre con el índice de valor predictivo negativo (véase Baldesseri, Finkelstein y Arona, 1983). En la muestra clínica estudiada en la presente investigación, la prevalencia de los trastornos depresivos era de tan sólo 14,5%, mientras que, en general, las estimaciones de la prevalencia en España de dichos trastornos en la población de pacientes psicopatológicos que acuden a centros de salud

mental o a los servicios psiquiátricos hospitalarios suelen oscilar entre 20% y 34% (Álvarez, 1992; Arribas et al., 1994; Ballús, 1996; De las Cuevas et al., 1991). Por tanto, teniendo en cuenta los valores de sensibilidad y especificidad aquí encontrados, pero utilizando una estimación de la prevalencia más cercana al valor del parámetro en la población española, por ejemplo, un 25% de pacientes con trastornos depresivos, el valor predictivo positivo del BDI aumentaría significativamente. Tal y como refleja la Tabla 7, con esa prevalencia se puede llegar, por ejemplo, a un valor predictivo

positivo del 63% en el caso de una puntuación de 28, y con una puntuación de 21 el valor predictivo se sitúa ya por encima del 50%.

CONCLUSIONES

1. Los índices de consistencia interna de la versión española del BDI de 1978 en población clínica son buenos y se asemejan a aquellos encontradas en otros ámbitos culturales con muestras parecidas. De hecho, es importante constatar que a pesar de cubrir un amplio espectro de síntomas depresivos (véase el análisis de contenido que hemos realizado en Vázquez y Sanz, 1997), los índices de consistencia interna del instrumento en su conjunto son bastante buenos.

2. Con la excepción del ítem 19 (Pérdida de Peso), los ítems que componen el BDI muestran intercorrelaciones que oscilan entre 0,10 y 0,58 lo que indica que en muestras de pacientes con diversos diagnósticos el BDI parece medir un síndrome general de depresión de síntomas intercorrelacionados.

3. Respecto a la «validez del BDI», es importante recordar que el grado de validez de un instrumento depende del uso

particular que se le dé. Como nos recuerda Cronbach y Quirk (1976, p. 165), en realidad «no existe algo parecido a “la” validez de un test. Ningún test es válido para todos los propósitos, en todas las situaciones, o para todos los grupos». Por tanto, para evaluar la validez del BDI uno debe preguntarse: ¿validez para qué?

El BDI se diseñó como un instrumento para la detección y cuantificación de síntomas depresivos en pacientes con trastornos psicológicos. En un trabajo anterior (Vázquez y Sanz, 1997) analizamos cómo la versión de 1978 del BDI cubre aceptablemente el abanico de síntomas incluidos como criterios sintomatológicos del «episodio depresivo mayor» en el DSM-IV (APA, 1994), en concreto cubre 8 de los nueve síntomas propuestos, lo que supone una validez de contenido aceptable. En el presente trabajo, hemos demostrado que la versión española del BDI de 1978 es capaz de detectar diferencias en la presentación y gravedad de tales síntomas en una muestra de pacientes con distintos trastornos psicopatológicos de forma que, como cabría esperar de un instrumento sensible para el propósito originario del test, esas diferencias se distribuyen

ajustándose a la curva normal. Además, nuestros resultados también indican que la validez de criterio de esta versión del BDI respecto a su objetivo original es también aceptable. Utilizando el método de los grupos contrastados, hemos encontrado que los pacientes con trastornos depresivos tienen una puntuación media significativamente más alta que los pacientes con trastornos de ansiedad o con esquizofrenia, y que los ítems de Tristeza e Insatisfacción del BDI, esto es, los ítems que evalúan los síntomas esenciales para efectuar el diagnóstico de un episodio depresivo mayor según la definición de depresión más consensuada hoy en día, la del DSM-IV, permiten discriminar de forma aceptable a los pacientes depresivos de los no depresivos.

4. Sin embargo, si el BDI se pretende utilizar como instrumento de diagnóstico diferencial entre trastornos mentales, los resultados aquí presentados indican que la versión del BDI de 1978 no es apropiado para cubrir este fin con mínimas garantías científicas. Ningún punto de corte del BDI es capaz de satisfacer simultáneamente valores altos de precisión diagnóstica. Por ejemplo, de entre los pacientes que obtuvieran una puntuación en el BDI de 21, sólo el 51% tendrían un diagnós-

tico de depresión según el DSM-III-R. Estos datos corroboran la idea que hemos expresado en otras ocasiones de que el BDI no es un instrumento diagnóstico, al menos para realizar diagnósticos diferenciales (Vázquez, 1986; Vázquez y Sanz, 1997). Cabe la posibilidad de que el BDI sirva para detectar casos de depresión en la población general o en otras poblaciones de pacientes (p. ej., pacientes de atención primaria) como instrumento de cribado (*screening*). La validez de esta utilización del BDI requeriría su análisis empírico en las muestras en cuestión.

5. Las conclusiones anteriores deben matizarse en función de algunas de las limitaciones de este estudio. Primero, la muestra utilizada fue una muestra de conveniencia en cuya selección no se siguieron criterios uniformes de exclusión-inclusión como podría haber sido, por ejemplo, la utilización de muestreos aleatorios o la selección sistemática de todos los pacientes que acudieron a los centros clínicos. En segundo lugar, aunque se exigió el uso de criterios DSM-III-R, el diagnóstico final se basó en el juicio clínico del psicólogo o psicólogos a cargo de los pacientes. Hubiera sido deseable la utilización de entrevistas estructuradas diagnósticas o listados de síntomas liga-

dos al DSM-III-R, o haber contado con información sobre el acuerdo diagnóstico de dos o más clínicos.

REFERENCIAS

- Alvarez, L. (1992). Influencia de factores personales y sociales sobre los trastornos mentales. Estudio clínico-epidemiológico en el Área de Salud de Torrelavega (Cantabria). *Psiquis*, 13, 393-399.
- Arribas, P., Pedrós, A., Martínez, J.J. y Tomás, A. (1994). Análisis de la evolución de la demanda asistencial en un centro de salud mental. *Actas Luso-Españolas de Neurología, Psiquiatría y Ciencias Afines*, 22, 1-5.
- American Psychiatric Association. (1987). *DSM-III-R. Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3ª ed., revised). Washington, DC: APA (Trad. esp. en Barcelona: Masson, 1988).
- American Psychiatric Association. (1994). *DSM-IV. Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4ª ed.). Washington, DC: APA (Trad. esp. en Barcelona: Masson, 1996).
- Baldesserini, R.J., Finkelstein, S., y Arona, G.W. (1983). The predictive power of diagnostic tests and the effects of prevalence of illness. *Archives of General Psychiatry*, 40, 569-573.
- Ballús, C. (1996). La depresión en el contexto de la clínica médica. *Revista de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona*, 23, 203-208.
- Beck, A.T., Rush, A.J., Shaw, B.F. y Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford Press (Trad. esp. en Bilbao: Desclée de Brower, 1983).
- Beck, A.T. y Steer, R.A. (1993). *Beck Depression Inventory. Manual*. San Antonio, TX: The Psychological Corporation.
- Beck, A.T. y Steer, R.A. (1984). Internal consistencies of the original and revised Beck Depression Inventory. *Journal of Clinical Psychology*, 40, 1365-1367.
- Beck, A.T., Steer, R.A., Ball, R. y Ranieri, W.F. (1996). Comparison of Beck Depression Inventories. A and II in psychiatric outpatients. *Journal of Personality Assessment*, 67, 588-597.
- Beck, A.T., Steer, R.A. y Garbin, M.C. (1988). Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: Twenty-five years of evaluation. *Clinical Psychology Review*, 8, 77-100.
- Beck, A.T., Ward, C.H., Mendelson, M., Mock, J. y Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4, 561-571.
- Conde, V., Esteban, T. y Useros, E. (1976). Revisión crítica de la adaptación castellana del Cuestionario de Beck. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 31, 469-497.
- Cronbach, L.J. y Quirk, T.J. (1976). Test validity. *En International Encyclopedia of Education*. New York: McGraw-Hill.
- De las Cuevas, C., González de Rivera, J.L., Henry, M. y Gracia, R. (1991). Perfil sintomático y diagnóstico en pacientes psiquiátricos ambulatorios. *Psiquis*, 12, 326-336.

Guerrero, J., Gómez-Angulo, L. y Giner, J. (1986). Proyecto de una subescala de melancolía ("endogeneidad") en el Inventario de Beck para la Depresión. *Anales de Psiquiatría*, 2, 13-18.

Johnson, G., Burvill, P.W., Anderson, C.S., Jamrozik, K., Stewart-Wynne, E.G. y Chakera, T.M.H. (1995). Screening instruments for depression and anxiety following stroke: Experience in the Perth community stroke study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 91, 252-257.

Kessel, J.B. y Zimmerman, M. (1993). Reporting errors in studies of the diagnostic performance of self administered questionnaires: Extent of the problem, recommendations for standardized presentation of results, and implications for the peer review process. *Psychological Assessment*, 5, 395-399.

Lykouras, L., Oulis, P., Adrachta, D., Daskalopoulou, E., Kalfakis, N., Triantaphyllou, N., Papageorgiou, K. y Christodoulou, G.N. (1998). Beck Depression Inventory in the detection of depression among neurological patients. *Psychopathology*, 31, 213-219.

Piotrowski, C. (1996). Use of the Beck Depression Inventory in clinical practice. *Psychological Reports*, 79, 873-874.

Rudd, M.D. y Rajab, M.H. (1995). Specificity of the Beck Depression Inventory and

the confounding role of comorbid disorders in a clinical sample. *Cognitive Therapy and Research*, 19, 51-68.

Sanz, J. y Vázquez, C. (1998). Fiabilidad, validez y datos normativos del Inventario para la Depresión de Beck. *Psicothema*, 10, 303-318.

Senra, C. y Heresi, E. (1995). Utilidad de dos autoinformes para diferenciar entre pacientes con depresión mayor y pacientes con distimia. *Revista de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona*, 22 (1), 36-41.

Somoza, E., Steer, R.A., Beck, A.T. y Clark, D.A. (1994). Differentiating major depression and panic disorders by self-report and clinical rating scales: ROC analyses and information theory. *Behaviour Research and Therapy*, 32, 771-782.

Swets, J.A. (1964). *Signal detection and recognition by human observers*. New York: Wiley.

Vázquez, C. y Sanz, J. (1997). Fiabilidad y valores normativos de la versión española del Inventario para la Depresión de Beck de 1978. *Clínica y Salud*, 8, 403-422.