

## FIABILIDAD, VALIDEZ Y DATOS NORMATIVOS DEL INVENTARIO PARA LA DEPRESIÓN DE BECK

Jesús Sanz y Carmelo Vázquez  
Universidad Complutense de Madrid

Este estudio analiza el empleo de la versión de 1978 del Inventario para la Depresión de Beck (Beck Depression Inventory, BDI; Beck, Rush, Shaw y Emery, 1979) como instrumento para identificar sujetos depresivos subclínicos en estudios de psicopatología experimental. Los datos han sido obtenidos en una muestra de 1393 estudiantes universitarios. Las cifras de *fiabilidad* del BDI fueron altas tanto en términos de consistencia interna (coeficiente alfa de Cronbach = 0,83) como de estabilidad temporal (las correlaciones test-retest oscilaron entre 0,60 y 0,72 para tres subgrupos diferentes de la muestra total). Los índices de *validez convergente* del inventario con respecto a la Escala Autoaplicada de la Depresión de Zung (Zung Self-Rating Depression Scale; Zung, 1965) fueron también altos, con correlaciones que oscilaban entre 0,68 y 0,89 para dos subgrupos diferentes de la muestra total. La *validez discriminante* del BDI respecto a diversos rasgos específicos de ansiedad medidos con autoinformes (ansiedad social, evaluativa, interpersonal y a los exámenes) fue aceptable, con correlaciones relativamente bajas que oscilaban entre 0,11 y 0,45. No se encontraron diferencias entre sexos ni entre grupos de edad en la puntuación total del inventario, por lo que se ofrecen puntuaciones normativas para la muestra total.

*Reliability, validity, and normative data of the Beck Depression Inventory.* This study analyzes the utility of the 1978 version of the *Beck Depression Inventory* (BDI; Beck, Rush, Shaw y Emery, 1979) as an instrument to identify subclinically depressive subjects in studies intended to validate models of depression. The data were obtained with a sample of 1393 university students. *Reliability* was high: a) the coefficient alpha was 0.83 and b) test-retest correlations ranged from 0.60 to 0.72 for three different subgroups of the total sample. The *convergent validity* of the BDI was also high: its correlation with the Zung Self-Rating Depression Scale (Zung, 1965) ranged from 0.68 to 0.89 for two different subgroups of the total sample. Results derived from other studies of our group (Sanz, 1991; Avia et al., 1995) revealed that the *discriminant validities* of the BDI with respect to different specific traits of anxiety (social, evaluation, interpersonal and test anxieties) were moderately low, with correlations ranging from 0.11 to 0.45. No age or sex differences on the BDI scores were found for this sample and, therefore, norm scores were collapsed for the total sample of subjects.

---

Correspondencia: Jesús Sanz  
Facultad de Psicología  
Universidad Complutense  
28223 Madrid (Spain)  
E-mail: jsanz@psi.ucm.es

En los últimos 20 años se ha producido una drástica proliferación de teorías psicológicas sobre la etiología de la depresión (véase Sanz y Vázquez, 1995). Gran parte

del aval empírico que apoya los actuales modelos psicológicos de la depresión proviene de estudios realizados con sujetos subclínicamente deprimidos –sujetos con una estado anímico depresivo intenso pero no hospitalizados– que son así clasificados en función de la puntuación obtenida en una determinada escala o inventario de depresión (Tennen, Hall y Affleck, 1995; Vredenburg, Flett y Krames, 1993). Esta estrategia metodológica supone la asunción implícita de la llamada *hipótesis de la continuidad* de la depresión. Esta hipótesis plantea que la depresión es un continuo y, por tanto, cualquier persona podría ser situada en un punto determinado del mismo (Beck, 1976).

*Estudiantes universitarios subclínicamente deprimidos frente a pacientes psiquiátricos deprimidos*

El uso de estudiantes universitarios como sujetos en los estudios sobre depresión es la práctica más habitual en este tipo de estudios experimentales sobre la depresión. Pero no es una práctica exclusiva de este área de estudio ni de la investigación clínica en general. Prácticamente un 80% de la investigación publicada en los campos de la psicología social o de la personalidad se efectúa con estudiantes universitarios (Sears, 1986; Endler y Parker, 1991). Sin embargo, algunos autores han puesto objeciones a este tipo de estudios pues el tipo de experiencias depresivas de los estudiantes universitarios, su educación, su nivel intelectual, o su clase social, pudieran comprometer la generalización de resultados (Depue y Monroe, 1978; Coyne y Gotlib, 1983; Gotlib, 1984).

Las críticas al empleo de escalas e inventarios para detectar la depresión se basan en varios argumentos. En primer lugar, se sostiene que tales instrumentos tienen una alta correlación con otros que miden constructos diferentes (ansiedad, desmoralización, irri-

tabilidad, etc.). De hecho, tras la factorización conjunta de estas medidas a menudo emerge un factor de malestar general o inespecífico (Gotlib, 1984; Gotlib y Cane, 1989). Sin embargo, cuando se usan escalas con ítems muy *específicos* de cada uno de los constructos evaluados, entonces sí aparecen factores específicos de depresión o de ansiedad (Sanz, 1991; Endler, Cox, Parker, y Bargby, 1992). Además, investigaciones efectuadas con muestras muy amplias de estudiantes universitarios han demostrado que se pueden seleccionar sujetos deprimidos «puros», es decir, con un nivel de ansiedad muy bajo (Sanz, 1996; Sanz y Avia, 1994; Strauman, 1992). Estos estudiantes deprimidos puros presentan, además, contenidos cognitivos específicos y diferentes a los de los sujetos ansiosos «puros» (Ingram, Kendall, Smith, Donnell y Ronan, 1987; Sanz y Avia, 1994) así como procesos de recuerdo diferenciales (Sanz, 1996).

Un segundo argumento en contra de la analogía entre estudiantes deprimidos y pacientes deprimidos se ha basado en la afirmación de que los pacientes presentan un patrón de síntomas mucho más somático y conductual que el de los estudiantes (Depue y Monroe, 1978). Sin embargo, esta repetida idea nunca ha sido demostrada con rigor, como revelan Vredenburg et al. (1993) en su exhaustivo análisis de la producción científica sobre el BDI.

Un tercer argumento sobre la diferencia entre la depresión en estudiantes y la depresión en pacientes psiquiátricos alude a una supuesta mayor volatilidad de la depresión en universitarios. Pero, de hecho, los datos publicados sobre la estabilidad temporal de las puntuaciones del Inventario para la Depresión de Beck en intervalos de hasta 3 meses, así como nuestros propios datos al respecto que expondremos más adelante, indican una razonable permanencia de los síntomas depresivos a lo largo del tiempo en estudiantes universitarios.

Para finalizar, y esto resulta de gran importancia, diversos meta-análisis han demostrado que en el patrón de resultados sobre la relación entre depresión y variables como las atribuciones causales (Sweeney, Anderson y Bailey, 1986), el locus de control (Benassi, Sweeney y Dufour, 1988) o el recuerdo de elementos negativos o positivos (Matt, Vázquez y Campbell, 1992), no se observan diferencias apreciables en el patrón de resultados –y en muchos casos, ni siquiera en la magnitud de los mismos– entre estudiante deprimidos y pacientes psiquiátricos deprimidos (véanse más detalles en Vredenburg et al., 1993).

En definitiva, a la vista de los datos existentes, no puede concluirse que los estudiantes deprimidos (casi siempre clasificados así por sus puntuaciones en una escala o inventario de depresión) tengan una depresión cualitativamente *diferente* a la de los pacientes deprimidos, especialmente el subgrupo de estudiantes con niveles más elevados de depresión. En esta misma línea, los estudios epidemiológicos de población general confirman que la identificación adecuada de «casos» y su posterior tratamiento depende más de variables extraclínicas (como, por ejemplo, la pericia diagnóstica del entrevistador) que de la naturaleza o gravedad de los síntomas presentes (Goldberg y Huxley, 1992).

#### *El Inventario de Depresión de Beck como instrumento para identificar sujetos subclínicamente deprimidos*

El Inventario para la Depresión de Beck (Beck, Ward, Mendelson, Mock y Erbaugh, 1961; Beck, Rush, Shaw y Emery, 1979), al que a partir de ahora denominaremos por su reconocido acrónimo BDI (Beck Depression Inventory), es el instrumento de autoinforme más utilizado internacionalmente para cuantificar los síntomas depresivos en poblaciones normales y clínicas, tanto en la práctica profesional como en la investigadora. En el

ámbito profesional, baste señalar que los estudios llevados a cabo en los últimos diez años sobre el uso de los tests entre los profesionales clínicos de los Estados Unidos de América indican de forma consistente que el BDI se encuentra entre los doce tests más usados (véase Piotrowski, 1996). Asimismo, diversos estudios han llegado a la conclusión de que el BDI es sin duda el instrumento más popular a nivel internacional para identificar sujetos depresivos subclínicos en los estudios de validación de los modelos de depresión (Ruiz y Bermúdez, 1989; Tennen, Hall y Affleck, 1995; Vázquez, 1986, 1995; Vredenburg et al., 1993).

También en España el BDI ha sido el instrumento más empleado para seleccionar sujetos deprimidos y no deprimidos en los estudios realizados para validar distintas teorías e hipótesis psicológicas sobre la depresión (p. ej., Buceta, Polaino-Lorente y Padrón, 1982; Camanes y Mas, 1984; Merino, Fernández-Rey, Rivadulla y Rando, 1989; Ruiz, 1989; Ruiz y Bermúdez, 1988, 1992a,b, 1993a,b; Ruiz y González, 1994; Ruiz y Maldonado, 1983a,b; Ruiz y Vielva, 1991; Sanz, 1992, 1994, 1996; Sanz y Avia, 1994; Vázquez, 1987).

Pero, deplorablemente, el uso del BDI en nuestro país ha sido bastante confuso. Por ejemplo, se olvida con frecuencia que el BDI, en su formato de 21 ítems, cuenta con dos versiones, la de 1961 (Beck, Ward, Mendelson, Mock y Erbaugh, 1961) y la de 1978 (publicada en el libro de Beck, Rush, Shaw y Emery, 1979)<sup>2</sup> y casi nunca queda claro cuál ha sido la versión utilizada ni el porqué de su utilización. Existe una adaptación y validación para la población española de la versión de 1961 (Conde, Esteban y Useros, 1976; Conde y Franch, 1984). Sin embargo, no conocemos ningún estudio que haya abordado la adaptación y validación de la nueva versión de 1978 a pesar de que presenta sustanciales mejoras respecto de la original de 1961 (por ejemplo, la versión de

1978 elimina algunas afirmaciones alternativas en 10 ítems, de forma que todos los ítems presentan 4 alternativas de respuestas y, en total, 15 ítems fueron cambiados respecto a la versión de 1961). Tampoco hay que olvidar que en la versión de 1978 se utilizan unas nuevas instrucciones; mientras en la versión de 1961 se preguntaba por la situación del sujeto en el momento de completar el cuestionario, en la nueva versión se pregunta por su situación «*durante la última semana, incluyendo el día de hoy*» evaluando, de este modo, una sintomatología depresiva menos momentánea que la evaluada en la versión de 1961 que aún hoy día circula en nuestro país. Además, la adaptación de Conde et al. de la versión de 1961 presenta algunos inconvenientes adicionales. En primer lugar, las diferentes afirmaciones de cada uno de los ítems no están graduadas, lo que para Beck constituye un requisito de cara a la legibilidad y validez aparente del instrumento (Beck et al., 1961)<sup>3</sup>; en segundo lugar, Conde et al. eliminaron estadísticamente dos ítems, Sentimiento de Castigo y Pobre Imagen Corporal, dejando el instrumento con 19 ítems, lo que reduce aun más la posibilidad de comparar los resultados obtenidos con esta versión española del BDI con los obtenidos internacionalmente.

El objetivo principal del presente estudio es aportar valores normativos y datos sobre la fiabilidad de la traducción española de la versión del BDI de 1978, aunque, de manera secundaria, también se presenta información sobre su validez convergente y discriminante. El estudio forma parte de un proyecto más amplio en el que hemos adaptado y validado esta versión del BDI en la población española (Sanz y Vázquez, 1997a, b; Vázquez y Sanz, 1997a, b). Aparte del uso de estos datos en la investigación y en la clínica, los valores y datos que a continuación ofrecemos también merecen atención en sí mismos por cuanto hacen referencia a un grupo de edad en el que la depresión (y el

suicidio) crece con una extraordinaria rapidez, como demuestran las denominadas «tendencias seculares» del suicidio entre los jóvenes (Seligman, 1990; Fombonne, 1995; Vázquez y Siles, en prensa).

## Método

### Sujetos

Durante los años 1988-1990 se administró el BDI a distintas muestras de estudiantes de la Facultad de Psicología de la Universidad Complutense de Madrid. Participaron en total 1393 sujetos (76 % de mujeres). El rango de edades estaba entre 18 y 53, con una media de 22,2 años ( $DT = 3,1$ ). Datos más concretos respecto a la edad y sexo aparecen en la Tabla 1.

Para los análisis sobre la fiabilidad del BDI se eliminaron aquellos sujetos que, ha-

Tabla 1 Características demográficas de la muestra de estudiantes de Psicología y medias y desviaciones típicas de la puntuación del BDI en función de dichas variables				
Variables demográficas	Porcentaje	n	MEDIA	DT
<b>Mujeres</b>				
18-24 años	92.7	984	5.86	5.16
25-44 años	7.2	76	6.33	6.97
45-64 años	0.1	1	1.00	0.00
<b>Varones</b>				
18-24 años	86.7	288	5.95	5.61
25-44 años	12.3	41	6.78	5.69
45-64 años	0.9	3	3.00	2.64
<b>Edad</b>				
18-24 años	91.3	1272	5.88	5.26
25-44 años	8.4	117	6.48	6.53
45-64 años	0.3	4	2.50	2.38
<b>Sexo</b>				
Hombres	23.8	332	6.02	5.60
Mujeres	76.2	1061	5.89	5.30
<b>Muestra Total</b>	100.0	1393	5.93	5.38

biendo indicado en el ítem 19 una pérdida de peso, olvidaron señalar si estaban o no bajo dieta de adelgazamiento ( $n = 39$ ). Salvo que se indique lo contrario, para el resto de los análisis la respuesta de tales sujetos al ítem 19 fue sustituida por un 0, el valor más frecuente o moda de la muestra en dicho ítem.

*Instrumento*

El BDI consta de 21 ítems para evaluar la intensidad de la depresión. En cada uno de los ítems el sujeto tiene que elegir aquella frase entre un conjunto de cuatro alternativas, siempre ordenadas por su gravedad, que mejor se aproxima a su estado medio durante la última semana incluyendo el día en que completa el inventario. Cada ítem se

valora de 0 a 3 puntos en función de la alternativa escogida. La puntuación total de los 21 ítems varía de 0 a 63. En el caso de que el sujeto elija más de una alternativa en un ítem dado, se considera sólo la puntuación de la frase elegida de mayor gravedad. Finalmente, la Pérdida de Peso (ítem 19) sólo se valora si el sujeto indica no estar bajo dieta para adelgazar. En el caso de que lo esté, se otorga una puntuación de 0 en el ítem.

*Procedimiento*

El segundo autor (C.V.) llevó a cabo una traducción de la versión original del BDI de 1978. Una copia de esta nueva traducción aparece en el Apéndice. Los estudiantes universitarios completaron el BDI en grupos de 25-35 sujetos. En ningún caso hubo

*Tabla 2*  
Frecuencia, media (*M*), desviación típica (*DT*) y correlaciones corregidas ítem-total ( $r_{tot}$ ) de los ítems del BDI

ÍTEM	ESCALA DE GRAVEDAD*				<i>M</i>	<i>DT</i>	$r_{tot}$
	0	1	2	3			
1. Tristeza	72.1	26.2	1.6	0.1	0.29	0.49	0.51
2. Pesimismo	68.4	28.8	2.0	0.8	0.35	0.56	0.47
3. Sentimiento de fracaso	87.3	11.1	1.4	0.2	0.13	0.39	0.49
4. Insatisfacción	66.8	28.4	2.4	2.5	0.39	0.65	0.54
5. Culpabilidad	72.8	25.5	1.5	0.2	0.28	0.49	0.42
6. Sentimiento de castigo	88.5	9.5	0.1	1.9	0.15	0.49	0.43
7. Autodecepción	82.2	16.7	0.9	0.3	0.18	0.41	0.47
8. Autoculpación	42.5	54.8	2.3	0.4	0.59	0.55	0.35
9. Ideas de suicidio	84.8	14.7	0.3	0.2	0.15	0.39	0.37
10. Llanto	83.3	10.7	0.5	5.5	0.27	0.72	0.38
11. Irritación	61.7	32.4	2.2	3.7	0.47	0.71	0.38
12. Desinterés social	72.9	25.4	1.7	0.0	0.28	0.48	0.38
13. Indecisión	87.9	6.7	5.1	0.2	0.17	0.50	0.41
14. Pobre imagen corporal	85.6	10.1	2.9	1.4	0.19	0.53	0.36
15. Dificultad laboral	62.3	29.9	7.5	0.3	0.45	0.64	0.43
16. Insomnio	68.4	28.9	2.2	0.5	0.34	0.54	0.37
17. Fatiga	61.5	35.2	2.2	1.0	0.42	0.58	0.45
18. Pérdida del apetito	82.3	14.0	3.7	0.0	0.21	0.48	0.29
19. Pérdida de peso†	87.6	8.1	1.4	0.1	0.11	0.36	0.19
20. Hipocondría	78.0	20.7	1.3	0.0	0.23	0.45	0.29
21. Desinterés por el sexo	90.5	8.2	1.3	0.1	0.10	0.35	0.33

*Nota*  
\* Valores en porcentajes.  
† Porcentajes hallados sobre un  $n = 1354$ , ya que 39 sujetos informaron estar bajo dieta para adelgazar.

un rechazo a completar el BDI o el resto de cuestionarios.

Resultados y discusión

*Distribución de las puntuaciones del BDI*

Las puntuaciones totales en el BDI oscilaron entre 0 y 34, con una media de 5,9 y una desviación típica de 5,4. La curva de distribución de las puntuaciones estaba desplazada (índice de simetría = 1,7) y apuntada hacia los valores más bajos (curtosis = 3,8), de forma que si bien la mediana no era muy distinta a la media muestral (5 frente a 5,9), el valor más frecuente en la muestra (moda = 2) era notablemente más bajo que dicha media.

Como puede verse en la Tabla 2, los ítems que recibieron las mayores puntuaciones en frecuencia e intensidad fueron Autoculpa, Irritación, Fatiga e Incapacidad Laboral. Por el contrario, los síntomas que se mostraban de forma más ligera y con menor frecuencia fueron Desinterés por el Sexo y Pérdida de Peso. Estos resultados son muy semejantes a los encontrados en otras muestras de universitarios, incluso en contextos culturales tan diferentes como el oriental. Por ejemplo, Chan (1991), trabajando con una muestra de 331 estudiantes universitarios de Hong Kong, encontró los mismos cuatro ítems con mayores puntuaciones (Autoculpa, Irritación, Fatiga e Incapacidad Laboral).

*Diferencias demográficas (sexo y edad)*

Las medias y las desviaciones típicas en la puntuación total del BDI para la muestra dividida por sexo y edad aparecen en la Tabla 1. Un ANOVA realizado sobre la puntuación total del BDI con el sexo como variable independiente no reveló ninguna diferencia estadísticamente significativa entre hombres y mujeres [ $F(1,1332) = 1,24$ ; n.s.].

Un MANOVA realizado sobre las respuestas a los 21 ítems del BDI tampoco encontró ninguna diferencia significativa entre los sexos [ $F(21,1332) = 1,24$ , n.s.].

Por otro lado, no se descubrieron diferencias significativas entre los grupos de edad en la puntuación total del BDI, aún teniendo en cuenta el sexo de los sujetos. Un ANOVA 2 x 2 con las variables sexo y grupo de edad (entre 18 y 24 años, y entre 25 y 44 años) no reveló efectos significativos ni para el sexo ni para la variable edad [ $F(1,1346) = 1,58$ , n.s.], ni para la interacción entre ambas variables [ $F(1,1346) = ,10$ , n.s.].

Puesto que no se encontraron diferencias entre sexos ni entre grupos de edad en la puntuación total del inventario, ofrecemos puntuaciones normativas (en centiles) para el grupo general de estudiantes (Tabla 3).

*Diferenciación de sujetos deprimidos y no deprimidos*

En la Tabla 4 se presentan los porcentajes de personas que corresponden a las diferentes categorías de gravedad (No deprimido, Ligeramente deprimido, Moderadamente deprimido y Gravemente deprimido) propuestas por Beck según puntos de corte diferentes (Beck, citado por Bumberry, Oliver y McClure, 1978; Beck et al.,

*Tabla 3*  
Puntuaciones centiles de la puntuación total en el BDI para la muestra total (N= 1393) de estudiantes universitarios

Variables demográficas		Porcentaje	n	MEDIA	DT
Centiles	BDI Total	Centiles	BDI Total	Centiles	BDI Total
1	0	30	3	75	8
5	0	40	4	80	9
10	1	50	5	90	13
20	2	60	6	95	17
25	2	70	7	99	27

1988; Beck y Steer, 1993)<sup>4</sup>. En nuestro estudio, la distribución por grupos de gravedad es semejante a la obtenida en muestras de universitarios de otros países (véase las Tabla 5).

Para determinar si un conjunto específico de síntomas del BDI podría diferenciar los sujetos deprimidos de los no deprimidos, se realizó un análisis discriminante por pasos usando como punto de corte una puntuación de 18 en el BDI. Diversos estudios han mostrado que una puntuación de 18 maximiza la exactitud diagnóstica del BDI en cuanto a su sensibilidad, especificidad, poder de predicción y eficiencia diagnóstica (Rudd y Rajab, 1995; Chan, 1991). Por otro lado, es una puntuación altamente consensuada entre los investigadores para diferenciar de modo bastante estricto entre personas con y sin depresión (véase Kendall, Hollon, Beck, Hammen, e Ingram, 1987).

Este análisis identificó que los ítems que mejor discriminaban a los sujetos deprimidos de los no deprimidos eran: Sentimiento de Castigo, Sentimiento de Fracaso, Insatisfacción, Pobre Imagen Corporal, Indecisión, Llanto, Irritación, Desinterés Social, Pesimismo, Ideas de Suicidio e Insomnio. La función discriminante obtenida con este punto de corte de 18 podía clasificar correctamente el 98,01 % de los sujetos como no deprimidos o deprimidos, con un lambda de Wilks de 0,47 [ $\chi^2(11, N = 1354) = 996,42, p < 0,0001$ ].

*Consistencia interna*

El análisis de la consistencia interna del BDI arrojó un coeficiente alfa de 0,83, lo que indica una muy buena consistencia interna para el BDI en esta muestra y es muy similar a los coeficientes encontrados en la literatura con muestras semejantes (entre 0,78 y 0,92; véase Beck, Steer y Garbin, 1988). Las correlaciones entre las puntuaciones en cada uno de los ítems y la puntuación total corregida en el BDI (es decir, la puntuación total sin tener en cuenta el ítem en cuestión) se presentan en la Tabla 2. Los coeficientes de correlación ítem-total hallados fueron todos estadísticamente significativos, oscilando entre 0,19 para el ítem de Pérdida de Peso y 0,54 para el ítem de Insatisfacción. La media de las correlaciones interítems fue 0,19, con un mínimo de 0,02 y un máximo de 0,48, siendo la desviación típica de 0,07.

*Fiabilidad test-retest*

La fiabilidad test-retest se halló en tres grupos distintos de sujetos pertenecientes a la muestra total ( $n=237, 157$  y  $79$ ). Estos tres subgrupos participaron en otros tantos estudios llevados a cabo por nuestro equipo de investigación. En el primero, Vázquez, Avia, Alonso y Fernández (1989) hallaron

Tabla 4					
Rangos cuantitativos de depresión del BDI: porcentajes y valores medios según diferentes puntos de corte publicados					
Criterios de depresión	Porcentaje	n	media	DT	
<b>Beck (cit. en Bumberry et al., 1978)</b>					
Normal	0-9	81.1	1130	3.88	2.66
Leve	10-15	13.0	181	11.78	1.65
Moderada	16-23	4.5	62	19.03	2.21
Grave	24-63	1.4	20	27.95	2.81
<b>Beck et al. (1988)</b>					
Normal	0-9	81.1	1130	3.88	2.66
Leve	10-18	14.9	207	12.43	2.32
Moderada	19-29	3.6	50	22.20	3.07
Grave	30-63	0.4	6	31.50	1.38
<b>Beck y Steer (1993)</b>					
Mínima	0-9	81.1	1130	3.88	2.66
Leve	10-16	13.8	192	12.02	1.88
Moderada	17-29	4.7	65	21.14	3.33
Grave	30-63	0.4	6	31.50	1.38
<i>Nota</i>					
DT = Desviación típica					

una correlación test-retest de 0,72 con un intervalo de 1 mes (n=237). Con un intervalo de 3 meses, Sanz y Graña (1991) obtuvieron correlaciones entre 0,60 (n=157) y 0,69 (n=79). En los tres casos los coeficientes fueron estadísticamente significativos y similares a los de otros estudios; por ejemplo, Bourque y Beaudette (1982) encontraron un coeficiente de 0,62 a los 4 meses con una muestra de 447 universitarios, y Oliver y Burkham (1979) hallaron un coeficiente de 0,78 a las 3 semanas con una muestra de 222 universitarios.

*Validez de contenido*

Diecisiete de los 21 ítems de la versión española del BDI de 1978 cubren 6 de los 9 criterios sintomáticos diagnósticos del episodio depresivo mayor del DSM-IV (APA, 1994) y también reflejan, aunque sólo en el aspecto de síntomas deficitarios, otros dos del sistema de la APA (Problemas de peso/apetito y Problemas del sueño). El síntoma de Trastornos psic motores del DSM-IV es el único que no cubre el BDI. En cuanto a los 3 criterios restantes incluidos en la definición de episodio depresivo ma-

yor, todos ellos no sintomáticos, el BDI cubre al menos el criterio de deterioro en el funcionamiento (Criterio C) con el ítem referido a problemas laborales –véase un análisis más detallado en Vázquez y Sanz (1997a). Por lo tanto, el BDI tiene una razonable validez de contenido si tomamos como criterio la definición de episodio depresivo mayor propuesta en el DSM-IV. No obstante, a pesar de estas correspondencias, jamás debe utilizarse el BDI como una herramienta diagnóstica de depresión (Vázquez, 1986, 1995).

*Validez convergente*

Los estudios llevados a cabo por Sanz (1994, 1996) con submuestras extraídas de la muestra total del presente trabajo permiten obtener algunos datos preliminares sobre la validez convergente de la versión española del BDI de 1978. Para ello, se utilizó, junto al BDI, la versión española de la Escala Autoaplicada de la Depresión de Zung (Zung Self-Rating Depression Scale, SDS; véase Conde y Franch, 1984). Esta escala consta de 20 ítems que cubren síntomas psicoafectivos, fisiológicos, psicom-

*Tabla 5*  
Comparación en la distribución de las puntuaciones del BDI (en porcentajes) según los criterios de gravedad de la depresión propuestos por Beck (cit. Bumberry et al., 1978)

Estudio	Muestra	N	Niveles de depresión			
			Ausente (0-9)	Leve (10-15)	Moderada (16-23)	Grave (24-63)
Bryson y Pilon (1984)*	Universitaria/EE.UU.	384	71	21	7	1
Bumberry et al. (1978)*	Universitaria/EE.UU.	56	77	16	6	1
Lightfoot y Oliver (1985)	Universitaria/EE.UU.	204	77	13	7	3
Oliver y Burkham (1979)*	Universitaria/EE.UU.	222	83	13	3	1
Bourque y Beaudette (1982)	Universitaria/Canadá	498	77	15	6	2
Zimmerman (1986)	Universitaria/EE.UU.	132	67	19	9	5
Este estudio	Universitaria/España	1393	82	12	4	2
Oliver y Simmons (1984)*	Población General/EE.UU.	298	80	11	5	4
Vázquez y Sanz (1997a)	Población General/España	445	70	19	8	3

*Nota*  
\* Versión del BDI de 1961



tores y cognitivos sobre los que se pide al sujeto que indique su *frecuencia* en una escala de 4 puntos. La SDS es, junto al BDI, uno de los autoinformes más utilizados a nivel internacional tanto en clínica como en investigación, y presenta unos índices bastante elevados de fiabilidad y validez (Zung, 1986; Vázquez, 1995). La SDS ha sido adaptada al español con unos índices aceptables de fiabilidad y validez (Conde, Escriba e Izquierdo, 1970; Conde y Franch, 1984). La SDS es un instrumento muy adecuado para examinar la validez convergente del BDI porque, por un lado, evalúa la *frecuencia* de los síntomas depresivos, mientras que el BDI mide su intensidad. Por otro lado, la SDS centra el 50% de sus ítems en la evaluación de síntomas somáticos y conductuales, mientras que el BDI se distingue por evaluar sobre todo los aspectos cognitivos de la depresión, descuidando los somáticos o conductuales (Vázquez y Sanz, 1997a). Además, la SDS española presenta, frente a la versión original estadounidense, la ventaja adicional de utilizar el mismo marco temporal de una semana en las instrucciones que la versión del BDI de 1978.

En los dos estudios citados de Sanz (1994, 1996), los sujetos fueron estudiantes de Psicología de la Universidad Complutense de Madrid, mayoritariamente mujeres (89,7% y 84,6%, respectivamente) y con medias de edad alrededor de los 22 años. Por necesidades específicas del diseño, en ambos estudios la SDS fue aplicada entre 3 y 4 meses después de haberse aplicado el BDI. A pesar del intervalo temporal entre la administración de los dos instrumentos, en ambos casos los coeficientes de correlación entre el BDI y la SDS fueron altos, positivos y estadísticamente significativos [ $r = 0,68$  ( $n=104$ ) y  $0,89$  ( $n=39$ ), respectivamente, ambos significativos para una prueba bilateral con  $p < 0,001$ ]. Estos resultados coinciden con los de otras investigaciones. Por

ejemplo, los estudios realizados con estudiantes universitarios estadounidenses han encontrado correlaciones entre el BDI y la SDS que oscilan desde 0,62 hallado por Marsella, Sanborn, Kameoka, Shiguru y Brennan (1975) con una muestra de 259 sujetos, y 0,68 encontrado por Tanaka-Matsumi y Kameoka (1986) con una muestra de 391 sujetos, hasta un valor de 0,78 obtenido por Hatzenbuehler, Parpal y Mathews (1983) con 65 sujetos. Por su parte, Dobson (1985) halló una correlación de 0,76 entre el BDI y la SDS, en una muestra de 108 universitarios canadienses.

#### *Validez discriminante*

Sanz (1991) administró el BDI en dos ocasiones a una muestra de 157 estudiantes de Psicología (86% mujeres), procedente de la muestra global incluida en el presente estudio, como parte de una investigación que tenía como objetivo analizar la validez de constructo de los rasgos específicos de ansiedad del Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad, ISRA, de Miguel y Cano (1988). Para cumplir este objetivo, en dicho estudio los sujetos también completaron diversos cuestionarios que medían constructos específicos de ansiedad: Ansiedad social (Escala de Evitación y Ansiedad Social de Watson y Friend, 1969; SAD), Ansiedad a la evaluación (Versión Breve de la Escala de Temor a la Evaluación Negativa de Leary, 1983a), Ansiedad a hablar en público (Autoinforme de Confianza como Orador de Paul, 1966) y Ansiedad a los exámenes (Escala de Ansiedad a los Exámenes de Spielberger et al., 1980). Las correlaciones encontradas entre estos autoinformes de evaluación de la ansiedad y el BDI fueron relativamente bajas o, a lo sumo, moderadas (correlación media de 0,27), y en algunos casos, ni siquiera estadísticamente significativas (véase la Tabla 6).

Por último, en un estudio de Avia, Sanz, Sánchez-Bernardos, Martínez-Arias, Silva y Graña (1995) sobre la red cronológica de las dimensiones contenidas en el Inventario de Personalidad NEO-PI de Costa y McCrae (1985), se administró el BDI, la SAD y la Escala de Ansiedad a la Interacción de Leary (1983b) a una muestra global de 722 estudiantes de Psicología. Como se esperaba, las correlaciones entre el BDI y los dos autoinformes de ansiedad social, aunque estadísticamente significativas, fueron relativamente bajas en magnitud (0,36 en ambos casos), corroborando que el BDI mide en muestras universitarias un constructo diferenciado de la ansiedad social o la ansiedad interpersonal.

### Conclusiones

1. La *consistencia interna* y la *fiabilidad test-retest* de la versión española

<p style="text-align: center;"><i>Tabla 6</i> Correlaciones del BDI con distintos autoinformes de evaluación de rasgos específicos de ansiedad en estudiantes universitarios de Psicología</p>				
Medidas de ansiedad	n	BDI	p	Estudio
SAD	157	0.26	0.01	Sanz (1991)
	157	0.33	0.001	Sanz (1991)
	564	0.36	0.001	Avia et al. (1995)
BFNE	157	0.30	0.01	Sanz (1991)
	157	0.11	n.s.	Sanz (1991)
PRCS	157	0.23	0.05	Sanz (1991)
	157	0.11	n.s.	Sanz (1991)
IAS	337	0.36	0.001	Avia et al. (1995)
TAI	157	0.45	0.001	Sanz (1991)
	157	0.35	0.001	Sanz (1991)

*Nota*  
**SAD** = Escala de Evitación y Ansiedad Social de Watson y Friend (1969); **BFNE** = Versión Breve de la Escala de Temor a la Evaluación Negativa de Leary (1983a); **PRCS** = Autoinforme de Confianza como Orador de Paul (1966); **IAS** = Escala de Ansiedad a la Interacción de Leary (1983b); **TAI** = Escala de Ansiedad a los Exámenes de Spielberger et al. (1980).

2. En la muestra de estudiantes universitarios no hay *diferencias de género* en cuanto a la puntuación total del BDI, ni en cuanto a la puntuación en cada ítem. Este dato puede explicarse en función de la mayor homogeneidad de la población universitaria en cuanto a nivel de estudios, roles, actividades, profesiones, etc. De hecho, variables como el nivel de estudios y el tipo de profesión afectan a las puntuaciones del BDI en la población general (Vázquez y Sanz, 1997a). Aunque en la población adulta la existencia de tasas mayores de depresión en las mujeres es muy consistente en diferentes estudios y en diferentes culturas (véase Vázquez y Sanz, 1995), ésta diferencia de género sólo comienza a aparecer *después* de la adolescencia (Nolen-Hoeksema, 1994); de hecho, en la mayor parte de los estudios con universitarios no suelen detectarse aún diferencias en niveles de depresión entre hombres y mujeres (véase la excelente revisión de Nolen-Hoeksema, 1987).
3. Se reproducen transculturalmente, con mínimas variaciones, los porcentajes de estudiantes universitarios que se corresponden a las distintas *categorías de gravedad* de la depresión medidos por el BDI.
4. La alta *consistencia interna* del BDI indica que en las muestras universitarias el BDI parece medir un síndrome de depresión general de síntomas intercorrelacionados.
5. El BDI cumple aceptablemente el espectro de síntomas diagnósticos contemplados en el DSM-IV en la defi-

nición de *episodio depresivo mayor*, lo que da apoyo a la elección de este instrumento para seleccionar sujetos análogos a los pacientes que sufren tales episodios.

6. La versión española del BDI de 1978 presenta datos preliminares bastante satisfactorios respecto a su *validez convergente* con la Escala Autoaplicada para la Depresión de Zung, mostrando unos coeficientes de correlación con este instrumento positivos, relativamente altos y similares a los obtenidos en otros ámbitos culturales.
7. Respecto a la *validez discriminante*, la versión española del BDI de 1978 muestra en los estudiantes universitarios unos aceptables índices respecto a rasgos específicos de ansiedad tales como la ansiedad social, la ansiedad a la evaluación, la ansiedad a la interacción interpersonal o la ansiedad a los exámenes, lo que permite fundamentar su utilización como instrumento para discriminar entre estudiantes universitarios deprimidos y ansiosos.
8. En suma, la versión española del BDI de 1978 parece tener unas buenas propiedades psicométricas como instrumento de evaluación del síndrome depresivo, lo que permite recomendar su elección como instrumento de investigación de los modelos de depresión para clasificar a los sujetos como deprimidos o no deprimidos. Queda por resolver, no obstante, cómo se operativiza, a partir del BDI, este proceso de identificación, qué precauciones metodológicas debemos adoptar al respecto y cuándo es válido el empleo de los sujetos deprimidos y no deprimidos así identificados en los estudios sobre depresión, cuestiones éstas que, por

razones de espacio, abordamos en un trabajo complementario (Sanz y Vázquez, 1997b).

#### Notas

1. Por ejemplo, el Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI) de Spielberger, Gorsuch y Lushene (1970), el instrumento más usado para evaluar ansiedad, incluye muchos ítems *depresivos* (ej.: «Me falta confianza en mí mismo», «Me siento triste (melancólico)», «Siento ganas de llorar», «Soy feliz, estoy satisfecho», etc.). Esto mismo ocurre con otros instrumentos empleados en análisis factoriales de síntomas (Vredenburg et al., 1993).
2. En la traducción española de 1983 de este libro se encuentra la versión de 1978 del BDI (también reproducida en Bas y Andrés, 1994), pero presenta algunos problemas. En este sentido, es de destacar el ítem 20, en donde el término inglés «*constipation*» (estreñimiento) es traducido como «catarro». También hay disponibles otras traducciones al español del BDI de 1978. Por ejemplo, en el libro de Burns (1980) y en el compendio de escalas de Conde y Franch (1984) aparecen versiones que tienen el inconveniente de no incluir en el ítem 19 la pregunta al sujeto de si está o no bajo dieta para adelgazar. Comeche, Díaz y Vallejo (1995) han recogido en un compendio reciente de cuestionarios y escalas otra problemática traducción española del BDI de 1978 en la que, por ejemplo, se incluye una afirmación de más en el ítem 6. En cualquier caso, el problema más obvio de todas estas traducciones es que se desconocen sus propiedades psicométricas.
3. Algunos estudios sugieren que la presentación aleatoria de las distintas afirmaciones de gravedad dentro de cada ítem puede tener la ventaja de romper sesgos de respuestas tendentes a escoger la primera afirmación o la última y, por tanto, asegura que los sujetos prestan atención a todas las afirmaciones que componen cada ítem del BDI, lo que permite obtener un rango mejor de puntuaciones (Dahlstrom, Brooks y Peterson, 1990).
4. Existe una gran confusión sobre los puntos de corte que definen diferentes niveles de grave-

dad en la depresión medida por el BDI (Sanz y Vázquez, 1997b). Por ejemplo, el tan frecuentemente utilizado sistema de Bumberry et al. (1978) parece carecer de autoría, ya que aunque estos investigadores atribuyen su autoría al trabajo original de Beck et al. (1961), en éste no existe mención alguna a dichos puntos de corte, y de hecho no hemos encontrado en la literatura ninguna justificación teórica ni empírica que avale dicho sistema.

### Agradecimientos

Este trabajo ha sido posible gracias, en parte, al Proyecto de Acciones Integradas España-Reino Unido (MEC-British Council, 1996-1997/181B) y al Proyecto de Investigación UCM para Equipos Multidisciplinares PR295/95-6208, concedidos ambos al segundo autor.

### Referencias

- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4° ed.). Washington, DC: APA (Trad. esp. en Barcelona: Masson, 1996).
- Avia, M.D., Sanz, J., Sánchez-Bernardos, M.L., Martínez-Arias, M.R., Silva, F. y Graña, J.L. (1995). The Five-Factor Model: II. Relations of the NEO-PI with other personality variables. *Personality and Individual Differences*, 19, 81-97.
- Bas, F. y Andrés, V. (1994). *Terapia cognitivo-conductual de la depresión: Un manual de tratamiento*. Madrid: Fundación Universidad-Empresa.
- Beck, A.T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. New York: International University Press.
- 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., 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.
- Benassi, V.A., Sweeney, P.D. y Dufour, C.L. (1988). Is there a relation between locus of control orientation and depression? *Journal of Abnormal Psychology*, 97, 357-367.
- Bourque, P. y Beaudette, D. (1982). Etude psychométrique du questionnaire de depression de Beck aupres d'un échantillon d'étudiants universitaires francophones. *Canadian Journal of Behavioural Science*, 14, 211-218.
- Brophy, C.J., Norvell, N.K. y Kiluk, D.J. (1988). An examination of the factor structure and convergent and discriminant validity of the SCL-90R in an outpatient clinic population. *Journal of Personality Assessment*, 52, 334-340.
- Bryson, S.E. y Pilon, D.J. (1984). Sex differences in depression and the method of administering the Beck Depression Inventory. *Journal of Clinical Psychology*, 40, 529-534.
- Buceta, J.M., Polaino-Lorente, A. y Padrón, P. (1982). Déficit de auto-estima y de tipo emocional del «learned helplessness» en un estudio experimental con estudiantes no depresivos y depresivos leves. *Análisis y Modificación de Conducta*, 8, 191-211.
- Bumberry, W., Oliver, J. y McClure, J.N. (1978). Validation of the Beck Depression Inventory in a university population using psychiatric estimate as the criterion. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 46, 150-155.
- Burns, D.D. (1980). *Feeling good: The new mood therapy*. New York: William Morrow (Trad. esp. en Barcelona: Paidós, 1990).
- Camanes, T.B. y Mas, J. (1984). Desamparo aprendido y falta de control situacional. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 39, 877-903.
- Chan, D.W. (1991). The Beck Depression Inventory: What difference does the Chinese version make? *Psychological Assessment*, 3, 616-622.

- Comeche, M.I., Díaz, M.I. y Vallejo, M.A. (1995). *Cuestionarios, inventarios y escalas. Ansiedad, depresión y habilidades sociales*. Madrid: Fundación Universidad-Empresa.
- Conde, V., Escriba, P. e Izquierdo, J.A. (1970). Evaluación estadística y adaptación castellana de la Escala Autoaplicada para la Depresión (SDS) de Zung. *Publicaciones de la Sociedad Española de Psicología*, 30, 867-880.
- 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.
- Conde, V. y Franch, J.I. (1984). *Escalas de evaluación comportamental para la cuantificación de la sintomatología psicopatológica en los trastornos angustiosos y depresivos*. Madrid: Upjohn Farmaquímica.
- Costa Jr., P.T. y McCrae, R.R. (1985). *The NEO-Personality Inventory Manual*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
- Coyne, J.C. y Gotlib, I.H. (1983). The role of cognition in depression: A critical appraisal. *Psychological Bulletin*, 94, 472-505.
- Dahlstrom, W.G., Brooks, J.D. y Peterson, C.D. (1990). The Beck Depression Inventory: Item order and the impact of response set. *Journal of Personality Assessment*, 55, 224-233.
- Depue, R.A. y Monroe, S.M. (1978). Learned helplessness in the perspective of the depressive disorders: Conceptual and definitional issues. *Journal of Abnormal Psychology*, 87, 3-20.
- Dobson, K.S. (1985). An analysis of anxiety and depression scales. *Journal of Personality Assessment*, 49(5), 522-527.
- Endler, N.S., Cox, B.J., Parker, J.D.A. y Bagby, R.M. (1992). Self-reports of depression and state-trait anxiety: Evidence for differential assessment. *Journal of Personality and Social Psychology*, 63, 832-838.
- Endler, N.S. y Parker, J.D.A. (1991). Personality research: Theories, issues, and methods. En M. Hersen, A.E. Kazdin y A.S. Bellack (Eds.), *The clinical psychology handbook* (2ª ed., pp. 258-275). New York: Pergamon Press.
- Fombonne, E. (1995). Depressive disorders: Time trends and possible explanatory mechanisms. En M. Rutter y D. J. Smith (eds.), *Psychosocial disorders in young people* (pp. 545-615). NY: John Wiley.
- Goldberg, D. y Huxley, P. (1992). *Common mental disorders. A bio-social model*. Londres: Routledge.
- Gotlib, I.H. (1984). Depression and general psychopathology in university students. *Journal of Abnormal Psychology*, 93, 19-30.
- Gotlib, I.H. y Cane, D.B. (1989). Self-report assessment of depression and anxiety. En P.C. Kendall y D. Watson (Eds.), *Anxiety and Depression: Distinctive and Overlapping Features* (pp. 131-169). San Diego, CA: Academic Press.
- Hamilton, M. (1960). A rating scale for depression. *Journal of Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry*, 23, 56-62.
- Hatzenbuehler, L.C., Parpal, M. y Mathews, L. (1983). Classifying college students as depressed or nondepressed using the Beck Depression Inventory: An empirical analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51, 360-366.
- Ingram, R.E., Kendall, P.C., Smith, T.W., Donnell, C. y Ronan, K. (1987). Cognitive specificity in emotional distress. *Journal of Personality and Social Psychology*, 53, 734-742.
- Kendall, P.C, Hollon, S.D., Beck, A.T., Hammen, C.L. e Ingram, R.E. (1987). Issues and recommendations regarding use of the Beck Depression Inventory. *Cognitive Therapy and Research*, 11, 289-299.
- Larsson, B. y Melin, L. (1990). Depressive symptoms in Swedish adolescents. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 18, 91-103.
- Leary, M.R. (1983a). A brief version of the Fear of Negative Evaluation Scale. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 9, 371-376.
- Leary, M.R. (1983b). Social anxiousness: The construct and its measurement. *Journal of Personality Assessment*, 47, 66-75.
- Lewinsohn, P.M., Hoberman, H.M. y Ronsenbaum, M. (1988). A prospective study of risk factors for unipolar depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 97, 251-264.
- Lightfoot, S. y Oliver, J.M. (1985). The Beck Inventory: Psychometric properties in university students. *Journal of Personality Assessment*, 49, 434-436.
- Luteijn, F. y Bouman, T.K. (1988). The concepts of depression, anxiety, and neuroticism in questionnaires. *European Journal of Personality*, 2, 113-120.
- Marsella, A.J., Sanborn, K.O., Kameoka, v., Shiguru, L. y Brennan, J. (1975). Cross-validation

- tion of self-report measures of depression among normal populations of Japanese, Chinese, and Caucasian ancestry. *Journal of Clinical Psychology*, 31, 281-287.
- Matt, G., Vázquez, C. y Campbell, K. (1992). Mood congruent recall of affectively toned stimuli: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 12, 227-255.
- Merino, H., Fernández-Rey, J., Rivadulla, C. y Raindo, M.J. (1989). Naturaleza y contenido del autoesquema en niveles moderados de depresión. *Análisis y Modificación de Conducta*, 15, 255-272.
- Miguel, J.J. y Cano, A. (1988). *Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad*, 2ª Ed. Madrid: TEA.
- Mook, J., Van der Ploeg, H.M. y Kleijn, W.C. (1990). Anxiety, anger, and depression: Relationships at the trait level. *Anxiety Research*, 3, 17-31.
- Nolen-Hoeksema, S. (1987). Sex differences in unipolar depression: Evidence and theory. *Psychological Bulletin*, 101, 259-282.
- Nolen-Hoeksema, S. (1994). The emergence of gender differences in depression during adolescence. *Psychological Bulletin*, 115, 424-443.
- Oliver, J.M. y Burckham, R. (1979). Depression in university students: Duration, relation to calendar time, prevalence, and demographic correlates. *Journal of Abnormal Psychology*, 88, 667-670.
- Oliver, J.M. y Simmons, M.E. (1984). Depression as measured by the DSM-III and the Beck Depression Inventory in an unselected adult population. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 52, 892-898.
- Piotrowski, C. (1996). Use of the Beck Depression Inventory in clinical practice. *Psychological Reports*, 79, 873-874.
- Paul, G. (1966). *Insight versus desensitization in psychotherapy*. Stanford, CA: Stanford University Press.
- 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.
- Ruiz, J.A. (1989). Depresión, tipo de cuestión y errores en los juicios de covariación. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 42, 351-355.
- Ruiz, J.A. y Bermúdez, J. (1988). Depresión y memoria de reconocimiento de estímulos emocionales. *Boletín de Psicología*, 20, 87-107.
- Ruiz, J.A. y Bermúdez, J. (1989). Consideraciones en torno al Beck Depression Inventory como instrumento de identificación de sujetos depresivos en muestras subclínicas. *Evaluación Psicológica/Psychological Assessment*, 5, 255-272.
- Ruiz, J.A. y Bermúdez, J. (1992a). Estado de ánimo depresivo, atención dividida y procesamiento de información emocional. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 45, 43-47.
- Ruiz, J.A. y Bermúdez, J. (1992b). Individual differences in depression, induced mood, and perception of emotionally toned words. *European Journal of Personality*, 6, 215-224.
- Ruiz, J.A. y Bermúdez, J. (1993a). The role of affective focus: Replication and extension of mood congruent and memory. *Personality and Individual Differences*, 14, 191-197.
- Ruiz, J.A. y Bermúdez, J. (1993b). Estado de ánimo depresivo, decisión léxica y percepción de información emocional. *Boletín de Psicología*, 39, 67-76.
- Ruiz, J.A. y González, P. (1994). Implicit and explicit memory bias in depressed and nondepressed subjects. *Cognition and Emotion*, 8, 555-569.
- Ruiz, J.A. y Maldonado, J.A. (1983a). Reconocimiento de estímulos neutros y emotivos: Un análisis de la teoría de detección de señales en la depresión. *Psicológica*, 4, 67-83.
- Ruiz, J.A. y Maldonado, J.A. (1983b). Percepción de estímulos neutros y emotivos: Un análisis de la teoría de detección de señales en la depresión. *Psicológica*, 4, 153-171.
- Ruiz, J.A. y Vielva, C. (1991). Efecto del recuerdo congruente en estudiantes depresivos. *Boletín de Psicología*, 33, 83-91.
- Sanz, J. (1991). The specific traits of anxiety in the Anxiety Situations and Responses Inventory (ASRI): Construct validity and relationship to depression. *Evaluación Psicológica/Psychological Assessment*, 7, 149-173.
- Sanz, J. (1992). Constructos personales y síntomas depresivos: Un estudio longitudinal. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 45, 403-411.
- Sanz, J. (1994). ¿Existen los autoesquemas depresivos y ansiosos? *Boletín de Psicología*, 43, 53-88.
- Sanz, J. (1996). Memory biases in social anxiety and depression. *Cognition and Emotion*, 10, 87-105.

- Sanz, J. y Avia, M.D. (1994). Cognitive specificity in social anxiety and depression: Self-focused attention, self-statements and dysfunctional attitudes. *Journal of Social and Clinical Psychology, 13*, 105-137.
- Sanz, J. y Graña, J.L. (1991). Funcionamiento psicossocial y depresión: El caso de la auto-observación. *Psicothema, 3*, 381-399.
- Sanz, J. y Vázquez, C. (1995). Trastornos del estado de ánimo: Teorías psicológicas. En A. Belloch, B. Sandín y F. Ramos (Eds.), *Manual de Psicopatología*, vol. 2 (pp. 341-378). Madrid: McGraw-Hill.
- Sanz, J. y Vázquez, C. (1997a). *Factor structure of the Beck Depression Inventory in clinical and non-clinical samples*. Manuscrito en preparación.
- Sanz, J. y Vázquez, C. (1997b). *El Inventario para la Depresión de Beck (BDI) como instrumento para identificar sujetos deprimidos y no deprimidos en la investigación psicopatológica. Criterios de selección en muestras universitarias*. Manuscrito bajo revisión editorial.
- Sears, D.O. (1986). College sophomores in the laboratory: Influences of a narrow data base on social psychology's view of human nature. *Journal of Personality and Social Psychology, 51*, 515-530.
- Seligman, M. (1990). Why is there so much depression today? The waxing of the individual and the waning of the commons. En R. Ingram (ed.), *Contemporary psychological approaches to depression: Theory, research, and treatment*. (pp. 1-7). NY: Plenum Press.
- Spielberger, C.D., Gonzalez, H.P., Taylor, C.J., Anton, W.D., Algaze, B., Ross, G.R. y Westberry, L.G. (1980). *Preliminary Professional Manual for the Test Anxiety Inventory (Test Attitude Inventory) T.A.I.* Palo Alto, CA: Consulting Press.
- Spielberger, C.D., Gorsuch, R.L. y Lushene, R.E. (1970). *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologist Press.
- Steer, R.A., Beck, A.T. y Garrison, B. (1986). Applications of the Beck Depression Inventory. En N. Sartorius y T.A. Ban (Eds.), *Assessment of depression* (pp. 121-142). Berlín: Springer-Verlag.
- Strauman, T.J. (1992). Self-guides, autobiographical memory, and anxiety and dysphoria: Toward a cognitive model of vulnerability to emotional distress. *Journal of Abnormal Psychology, 101*, 87-95.
- Sweeney, P.D., Anderson, K. y Bailey, S. (1986). Attributional style in depression: A meta-analytic review. *Journal of Personality and Social Psychology, 50*, 974-991.
- Tanaka-Matsumi, J. y Kameoka, V.A. (1986). Reliabilities and concurrent validities of popular self-report measures of depression, anxiety, and social desirability. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 54*, 328-333.
- Tennen, H., Hall, J.A. y Affleck, G. (1995). Depression research methodologies in the Journal of Personality and Social Psychology: A review and critique. *Journal of Personality and Social Psychology, 68*, 870-884.
- Vázquez, C. (1986). Escalas evaluadoras de la depresión: Limitaciones conceptuales y metodológicas. *Revista de Psicología General y Aplicada, 41*, 101-113.
- Vázquez, C. (1987). Judgment of contingency: Cognitive biases in depressed and nondepressed subjects. *Journal of Personality and Social Psychology, 52*, 419-431.
- Vázquez, C. (1995). Evaluación de los trastornos depresivos y bipolares. En A. Roa (Ed.), *Evaluación en psicología clínica y de la salud* (pp. 163-209). Madrid: CEPE.
- Vázquez, C. (en prensa, a). Instrumentos diagnósticos y de valoración de la depresión y la manía. En A. Bulbena, G. Berrios y J. Guzmán (Eds.), *Medición en Psiquiatría*. Barcelona: Salvat.
- Vázquez, C. (en prensa, b). Intervención en depresión: Estrategias de actuación y efectividad comparada de tratamientos. En J.M. Bethencourt (Ed.), *Intervención psicológica en problemas de salud: Aspectos clínicos y comunitarios*. Tenerife: Universidad de Tenerife.
- Vázquez, C. y Siles, S. (en prensa). Efectos de la psicopatología materna y paterna en los hijos. En J. Buendía (Ed.), *Perspectivas internacionales sobre salud mental*. Madrid: Pirámide.
- Vázquez, C., Avia, M.D., Alonso, B. y Fernández, E. (1989). *A test of the diathesis-stress model of depression: Attributional style as a predictor of dysphoric reactions after an academic failure*. Comunicación presentada en el Primer Congreso Europeo de Psicología, Amsterdam.

- Vázquez, C. y Sanz, J. (1991). Trastornos depresivos (I): Datos clínicos y modelos teóricos. En A. Belloch y E. Ibáñez (Eds.), *Manual de Psicopatología, Vol. 2* (pp. 717-784). Valencia: Promolibro.
- Vázquez, C. y Sanz, J. (1995). Trastornos del estado de ánimo: Aspectos clínicos. En A. Belloch, B. Sandín y F. Ramos (Eds.), *Manual de Psicopatología, vol. 2* (pp. 299-340). Madrid: McGraw-Hill.
- Vázquez, C. y Sanz, J. (1997a). *Fiabilidad y valores normativos de la versión española del Inventario para la Depresión de Beck de 1978*. Manuscrito bajo revisión editorial.
- Vázquez, C. y Sanz, J. (1997b). *Fiabilidad y validez de la versión española del Inventario para la Depresión de Beck de 1978 en pacientes con trastornos psicológicos*. Manuscrito bajo revisión editorial.
- Vredenburg, K., Flett, G.L. y Krames, L. (1993). Analogue versus clinical depression: A critical reappraisal. *Psychological Bulletin, 113*, 327-344.
- Watson, D., Clark, L.A. y Carey, G. (1988) Positive and negative affectivity and their relations to anxiety and depressive disorders. *Journal of Abnormal Psychology, 97*, 346-353.
- Watson, D. y Friend, R. (1969). Measurement of social-evaluative anxiety. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 33*, 448-457.
- Zimmerman, M. (1986). The stability of the Revised Beck Depression Inventory in college students: Relationship with life events. *Cognitive Therapy and Research, 10*(1), 37-43.
- Zung, W.W.K. (1965). A self-rating depression scale. *Archives of General Psychiatry, 12*, 63-70.
- Zung, W.W.K. (1986). Zung Self-Rating Depression Scale and Depression Status Inventory. En N. Sartorius y T.A. Bann (Eds.), *Assessment of depression* (pp. 221-231). Berlín: Springer-Verlag.

Aceptado el 18 de diciembre de 1997