

Investigación psicométrica del Inventario de Depresión de Beck. Datos normativos en la ciudad de Mar del Plata

*María Cristina Posada**

*Claudia Castañeiras ***

Resumen:

Este trabajo tuvo por objetivo estudiar las características psicométricas y la utilidad de la versión española del Inventario de Depresión de Beck (BDI) para detectar sintomatología depresiva en población no clínica, justificando su interés en la necesidad de establecer datos normativos locales para uno de los instrumentos más utilizados en la evaluación clínica de la depresión. Se trata de un estudio de verificación de normas técnicas de acuerdo con los criterios vigentes propuestos por la ITC¹. El estudio que se presenta se realizó sobre una muestra de población general de la ciudad de Mar del Plata (N = 550) entre 18 y 65 años, para lo cual se administró en forma colectiva y en distintos grupos poblacionales, un registro de datos básicos, el BDI, y el Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI), este último como medida de control, debido a la comorbilidad de sintomatología ansioso-depresiva que con frecuencia se presenta. La primera fase del análisis incluyó el estudio de la fiabilidad (consistencia interna) y de la composición factorial del instrumento. Posteriormente, se establecieron las relaciones entre esta medida y las variables edad, sexo y nivel de instrucción, controlando el efecto del nivel de ansiedad que informaban los sujetos al momento de la evaluación. Los resultados indicaron que el BDI aporta una medida consistente de screening para evaluar sintomatología depresiva en población no clínica, y que la edad y el sexo ejercen un efecto modulador sobre su modo de presentación.

Palabras clave: Investigación psicométrica -Depresión - Inventario de Depresión de Beck - Ansiedad

* Facultad de Psicología, Universidad Nacional de Mar del Plata.

Funes 3280 Cuerpo V Nivel 3 (7600). Mar del Plata. Argentina. Teléfono: 0223- 475 2266

E-mail: ccastane@mdp.edu.ar - mcposada@mdp.edu.ar

**Psychometric Research on Beck's Inventory.
Norms and Standardization for the city of Mar del Plata**

Abstract

The research provides a psychometric study of the Spanish version of the Beck's Depression Inventory (BDI) as an instrument to identify depressive symptoms in non clinical people. Its aim is to obtain local norms to one of the most common tools for clinical assessment to measure depressive symptoms. The data were standardized with a sample of 550 adults of Mar del Plata city (18-65 years old). The Beck Inventory and the State-Trait Anxiety Inventory (STAI) were administered to different groups. The STAI was included in the study as a control measure due to the comorbidity between anxiety and depression symptoms frequently observed. Reliability (internal consistency) and the factor structure of the instrument were obtained. The differences on the BDI scores were analyzed for age, sex and level of education, but control was established to the effect of Anxiety reported by the subjects at the time of the administration. Results show that the BDI is a powerful tool for screening depressive symptoms in non clinical population and that age and sex have some modulating effect on it.

Key words: Psychometric research - Depression - Beck Depression Inventory - Anxiety

Introducción

Según los datos aportados por diferentes investigaciones, la depresión presenta una de las mayores tasas de prevalencia poblacional. Datos recientes de la Organización Mundial de la Salud (OMS), indican que la depresión afecta a entre un 15 y un 25% de la población mundial, tanto en su manifestación como trastorno o como síntoma asociado a otras condiciones clínicas, y se estima que en el año 2020 la depresión será el principal problema relacionado con la salud en el mundo, únicamente superado por las enfermedades cardiovasculares. Las encuestas comunitarias que evalúan depresión con escalas de screening de síntomas encuentran que, aproximadamente un 20% de adultos, informan síntomas depresivos que oscilan entre períodos de uno a seis meses (en *Handbook of depression*, 2002). Las cifras de prevalencia de depresión en América Latina son disímiles, y particularmente en Argentina se estima en el 15% su prevalencia (Galli, 1997). Asimismo, distintos estudios reflejan que la depresión es, después de los problemas de adaptación, la causa psiquiátrica más frecuente de consulta en los Servicios de Atención Primaria de la Salud, aunque probablemente haya habido un incremento de este cuadro en los últimos años, asociado al impacto de variables socio-contextuales propias de las condiciones de vida actuales.

Si bien no existe una concepción unificada sobre la etiología depresiva entre los desarrollos teóricos propuestos, las concepciones dimensionales de este fenómeno – es decir, aquellas que postulan diferencias de grado entre la normalidad y la patología - han hecho un aporte significativo para la comprensión y evaluación de lo psicopatológico en general y de la depresión en particular. En este sentido, la evaluación dimensional de la depresión y de sus manifestaciones sintomáticas tiene entonces una función central para las tareas de screening y diagnóstico, ya sea en pacientes identificados como en población general.

En esta línea, el Inventario de Depresión de Beck es uno de los instrumentos más investigados y aplicados internacionalmente en los últimos 30 años. En una apretada síntesis, recordamos que este instrumento (Beck Depression Inventory, BDI) fue desarrollado inicialmente en la década del '60 (Beck, Ward, Mendelson, Mock & Erbaugh, 1961). En 1979 se presentó una versión revisada del inventario, que fue analizada por Sanz & Vázquez para población española en 1998, y que se convirtió en la versión más utilizada hasta la actualidad. Ya en 1996, Beck, Steer y Brown dieron a conocer una

nueva revisión y versión de este instrumento, el Beck Depression Inventory–II o BDI-II, que está siendo objeto de numerosos estudios en distintos países y para diferentes poblaciones (Sanz, Navarro & Vázquez, 2003; Sanz, Perdigón & Vázquez, 2003). Existen también dos versiones abreviadas de 13 y de 7 ítems, de menor difusión, y sin estudios de validación publicados en nuestro medio.

Dada la necesidad de contar con instrumentos lo suficientemente sensibles para detectar la presencia de los indicadores sintomáticos asociados con las manifestaciones depresivas, y debido al peso de variables socio-contextuales sobre dicho fenómeno, este estudio tuvo por finalidad estudiar la calidad psicométrica del BDI y obtener los datos normativos para la ciudad de Mar del Plata. Para ello, se establecieron los siguientes objetivos: 1) Evaluar la presencia de sintomatología depresiva en una muestra local de población general (no clínica); 2) Analizar las características psicométricas (estructura factorial y fiabilidad) de la versión del BDI utilizada predominantemente en nuestro país; 3) Estudiar las características diferenciales en los autoinformes de síntomas depresivos para las variables sexo, edad, nivel de instrucción y, 4) Explorar las relaciones entre las puntuaciones obtenidas con el BDI y medidas de ansiedad estado y rasgo en población no clínica.

Método

Muestra

El estudio que se presenta se realizó sobre una muestra de población general en la ciudad de Mar del Plata (N = 550), con edades comprendidas entre 18 y 65 años ($29,63 \pm 10,32$), en un 67,5% mujeres y predominantemente de nivel de instrucción superior (64 %).

Para la determinación de la muestra, se realizó un relevamiento de las instituciones y organizaciones de la ciudad que accedieran a participar en el estudio, procurando que estuvieran representados los distintos sectores poblacionales según edad, sexo y nivel de instrucción.

Insertar Gráficos 1, 2 y 3

Instrumentos

Inventario de Depresión de Beck (Beck 's Depression Inventory-BDI: Beck, Rush , Shaw y Emery, 1979)

Este instrumento incluye 21 descriptores (en grupos de 4 alternativas cada uno) que describen sintomatología (ej., tristeza, pensamiento de suicidio, disminución del apetito) y proporcionan una estimación del grado de depresión que presenta un sujeto en un período temporal determinado. Las opciones de respuesta están ordenadas por intensidad, desde 0, que equivale a la ausencia de la condición anímica (tristeza, desánimo), o del indicador fisiológico planteado (sueño, apetito), hasta 3 que describe la mayor intensidad de la condición o indicador descrito. En todos los casos, el sujeto debe elegir de cada grupo aquel o aquellos enunciados que mejor describan los sentimientos que ha experimentado durante la última semana.

La puntuación total obtenida permite establecer distintos rangos de depresión (Beck, Steer y Garbib, 1988), es decir: ausencia de depresión (0 a 9), rango de depresión entre leve y moderada (10 -18), depresión entre moderada y grave (19-29), y depresión grave (30-63); si bien distintos estudios muestran que el punto de corte de 18 maximiza la exactitud diagnóstica del instrumento (Chan, 1991; Vázquez y Sáenz, 1997). En nuestra investigación, y ante la ausencia de puntuaciones de corte validadas en nuestro país, se utilizó el punto de corte sugerido de ≥ 13 (Lasa, Ayuso-Mateos, Vázquez et al., 2000), a efectos de cribado o detección de casos en población general como indicador de depresión clínica.

Como otros instrumentos de evaluación de síntomas, su objetivo es cuantificar la sintomatología, no proporcionar un diagnóstico.

Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo. STAI (Spielberger, Gorsuch y Lushene, 1970).

Este inventario autoadministrable consta de dos escalas independientes con 20 enunciados cada una y que mide distintos aspectos de la ansiedad. La STAI-R, mide la frecuencia de presentación de una propensión ansiosa relativamente estable a percibir las situaciones en términos de amenaza; en dicha escala, el sujeto debe señalar entre 4 opciones, (donde 0 equivale a “casi nunca” y 3 a “casi siempre”) la opción que mejor indique *cómo se siente en general, en la mayoría de las ocasiones*; mientras que en la STAI-E, que mide la ansiedad como una condición emocional transitoria caracterizada por

sentimientos subjetivos de tensión y aprensión, y presenta un formato de respuesta similar en términos de intensidad (0=“nada”, 3 = “mucho”), se enfatiza el momento presente, *cómo se siente ahora mismo*. No se han propuesto puntos de corte clínico, se ofrecen datos percentilares en función del sexo y la edad.

Análisis estadísticos

Se realizaron los siguientes análisis para los objetivos planteados: 1) Análisis de Fiabilidad (consistencia interna) y se calculó el alfa de Cronbach para el BDI; 2) Análisis Factorial exploratorio (Componentes Principales, rotación Promax) para establecer la composición factorial del instrumento; 3) Análisis Correlacionales (r de Pearson) para la relación entre medidas psicológicas; 4) Pruebas t de Student y Anova de un factor para diferencia de medias.

Resultados

1) Estudio psicométrico

i. ¿Cuál es la fiabilidad del BDI y cuáles son sus dimensiones subyacentes?

El BDI presentó una adecuada consistencia interna. El coeficiente alpha proporcionó una buena estimación de la fiabilidad ($\alpha = 0.80$) (Tabla I).

Se realizaron análisis factoriales exploratorios de componentes principales sin imposición y con imposición de estructura, para determinar la composición factorial más adecuada. También se examinó la consistencia interna de los factores encontrados. Se calcularon la prueba de esfericidad de Bartlett y el coeficiente de Kaiser-Meyer-Olkin para analizar la pertinencia de este tipo de procedimiento (sig. 0,000; KMO 0,85). El resultado de los análisis factoriales (componentes principales; rotación Promax; eigenvalue ≥ 1 ; saturación $\geq 0,30$; *scree test*) reveló como estructura más adecuada la presencia de dos factores claramente discriminados pero relacionados, que en conjunto explican el 27,44 % de la varianza total. Estos factores correlacionan significativamente. La correlación escala total-factor fue de 0,94** con el factor 1 y de 0,80** para el factor 2. La correlación entre factores fue de 0,62**.

El factor más relevante (varianza explicada = 21,03%) incluye ítems relacionados con síntomas depresivos de contenido *predominantemente cognitivo-emocional* (valoraciones y autopercepción negativa, disforia, inhibición general...), con un rango 0,41-0,63. El segundo factor (varianza explicada = 6,41%), hace referencia a signos *somático-vegetativos* relacionados con el estado depresivo (pérdida de apetito, baja de interés sexual, cansancio, alteraciones en el sueño...), con un rango de participación en el factor entre 0,32-0,64.

La composición final del instrumento dejó afuera el *ítem 20* del inventario, que indaga *preocupación por la salud y la enfermedad*. Probablemente este ítem no esté tan claramente relacionado con el estado depresivo. (Tabla II).

Insertar Tabla II

2) Depresión y variables socio-descriptivas

i. ¿Se diferencian varones y mujeres en el BDI ?

En la Tabla III se exponen los estadísticos descriptivos por sexo. Las mujeres declararon significativamente más síntomas depresivos que los hombres.

Insertar Tabla III

ii) ¿La edad y el nivel de instrucción se relacionan con una valoración diferencial del estado de ánimo en los sujetos marplatenses?

a) Edad:

Se compararon las puntuaciones obtenidas para los cuatro intervalos de edad considerados (18-29 años; 30-39 años; 40-49 años y 50-65 años).

En los aspectos más *cognitivos* relacionados con el estado deprimido, las diferencias fueron significativas en el rango de edad 40-49 años, mientras que los aspectos más *somáticos* se presentaron predominantemente en los grupos poblacionales entre los 18 y los 49 años. Los adultos entre 50 y 65 años declararon significativamente menos síntomas depresivos comparados con el resto. En la Tabla IV se exponen estos resultados.

Insertar Tabla IV

b) Nivel de instrucción:

Las diferencias se analizaron para 4 categorías de nivel de instrucción (Secundario Incompleto; Secundario Completo; Terciario Incompleto; Terciario y Universitario). No se encontraron diferencias significativas en los autoinformes de síntomas depresivos para los distintos niveles de instrucción de los sujetos.

3) Relación depresión-ansiedad en población no clínica

i. A continuación, se presentan los datos referidos a la relación entre las puntuaciones en depresión y ansiedad (Tabla V). Estas correlaciones se mantienen cuando se controla el efecto de la variable sexo.

Insertar Tabla V

ii. Se diferenciaron dos grupos de sujetos (ansiosos vs no ansiosos), tomando como punto de corte empírico en las medidas de ansiedad el percentil 75. Los resultados muestran claramente diferencias significativas en la manifestación de sintomatología depresiva en los sujetos que presentan altos niveles de ansiedad estado (17,56% de la muestra) y de ansiedad rasgo (27,80% de la muestra). En el Gráfico 2 se reflejan estos datos.

Insertar Gráfico 4

Discusión y Conclusiones

√ En la muestra estudiada, el 18% de los sujetos alcanzó puntuaciones de corte clínico en el BDI. Estos datos apoyan empíricamente las hipótesis dimensionales que establecen diferencias de grado entre la normalidad y la psicopatología, confirman la tendencia de otros estudios sobre la presencia de síntomas depresivos en poblaciones no clínicas (en Cía, 2002; en Handbook of depression, 2002), y muestran en la población local niveles importantes de depresión subclínica y/o estados depresivos transitorios, muchos de los cuales probablemente no lleguen a la consulta y/o constituyan síntomas asociados a otras condiciones clínicas. También los datos normativos mostraron una distribución

asimétrica con mayor concentración de valores bajos, dato esperable por tratarse de sujetos no clínicos. De todas maneras, la falta de información sistematizada y de estadísticas según fuentes oficiales sobre la epidemiología del trastorno (Dirección de Estadísticas e Información de la Salud, 2005), hacen difícil poder hacer una interpretación contextualizada de estos resultados.

√ El BDI resultó ser una medida consistente para medir sintomatología depresiva relacionada con descriptores cognitivos y somáticos en población general de la ciudad de Mar del Plata. El instrumento presentó una consistencia interna similar a la obtenida en la versión original ($\alpha = 0,88$) según datos aportados por Beck et al. (1961), y a su revisión de 1979 ($\alpha = 0,86$). Un estudio bibliométrico transcultural publicado en el año 2002 y que incluye los estudios sobre el BDI referenciados en *Psychlit* entre 1988 y 1999, informa valores para Argentina de un $\alpha = 0,86$ (Van Hemert, Van de Vijver & Poortinga, 2002). Finalmente, los resultados obtenidos en nuestro estudio también alcanzaron el rango de índices psicométricos aportados por otros trabajos sobre el tema en otros contextos (Vázquez y Sáenz, 1991, 2000; Jurado, Villegas, Méndez, et al., 1998). Estos valores muestran una buena consistencia interna, y confirman al Beck como instrumento adecuado para detectar sintomatología depresiva en poblaciones *no clínicas*.

√ El instrumento presentó una estructura factorial similar a la propuesta por el autor en su versión original, aunque difiere de la obtenida en otros estudios. En este trabajo, resultó más adecuada una composición bifactorial, formada por un *Componente cognitivo de la depresión* y un *Componente somático-vegetativo* respectivamente. El ítem 20, referido a la preocupación por la salud, no pesó significativamente en ningún factor, lo que puede indicar que, al menos en la muestra no clínica, no se comporta como un ítem discriminativo.

Beck, en el trabajo original, encontró dos factores principales: síntomas somáticos y síntomas subjetivos de ansiedad. Sin embargo, con posterioridad, el propio Beck describió cuatro factores: subjetivo, neurofisiológico, autonómico y pánico.

En un estudio realizado en Ciudad de México (Jurado, Villegas, Méndez et al., 1998), sobre una muestra de 1500 sujetos, el análisis factorial presentó una composición de tres factores. En otro trabajo con el inventario publicado en el 2001 por Richaud y Sacchi, se presenta una estructura de cuatro

factores. Es probable que, al menos en parte, estas diferencias se deban a la utilización de distintas versiones del instrumento (dato generalmente no especificado en los trabajos publicados), y/o a diferencias en los procedimientos factoriales aplicados en los estudios relevados. De todas maneras, en todos los casos el peso del componente cognitivo aparece como el más significativo y, efectivamente, es el que explica la mayor varianza. En el estudio que presentamos, la confiabilidad obtenida para cada factor indica una mayor consistencia del factor cognitivo ($\alpha = 0,80$) sobre el somático ($\alpha = 0,54$). Esta diferencia entre componentes puede responder al muestreo de contenido - predominantemente cognitivo- y a la cantidad de ítems que componen cada factor.

√ Las puntuaciones total y de factor del BDI correlacionaron significativamente con ansiedad estado y ansiedad rasgo, e indican que altos niveles de ansiedad se asocian a una mayor presencia e intensidad de síntomas depresivos, como en otros estudios relevados (Somoza, Steer, Beck & Clark, 1994; Osman, Kooper, Barrios, Osman & Wade, 1997).

Esta tendencia refleja una vez más la presencia comórbida de sintomatología ansioso-depresiva, aunque en el caso de población general probablemente se presente en niveles subclínicos o como síntomas asociados a otras condiciones clínicas, muchos de los cuales no llegan a la consulta.

√ La edad y el sexo ejercen un efecto modulador sobre las respuestas dadas por los sujetos. Las personas con menos de 50 años informaron mayores niveles de sintomatología depresiva. Un dato para destacar es que los adultos jóvenes tienden a informar más síntomas depresivos de tipo somático que cognitivo, aunque dentro de un rango de valores bajo, y, la franja entre 40 y 50 años parece mostrarse levemente más *deprimida* comparada con el resto.

En cuanto al sexo, los datos reflejan la tendencia informada por la mayoría de los estudios realizados y por los datos aportados por la OMS: que la depresión afecta más a la mujer que al hombre. En este caso, lo que se observa es que las mujeres *informan significativamente más* síntomas depresivos que los hombres. No obstante, nuestros resultados no confirman los publicados por el estudio ya mencionado de Richaud y Sacchi (2001), en el que no encuentran diferencias por sexo.

Finalmente, queda decir que el BDI sea posiblemente el instrumento autoaplicado más citado en la literatura internacional: utilizado en pacientes con diagnóstico clínico de depresión, proporciona una

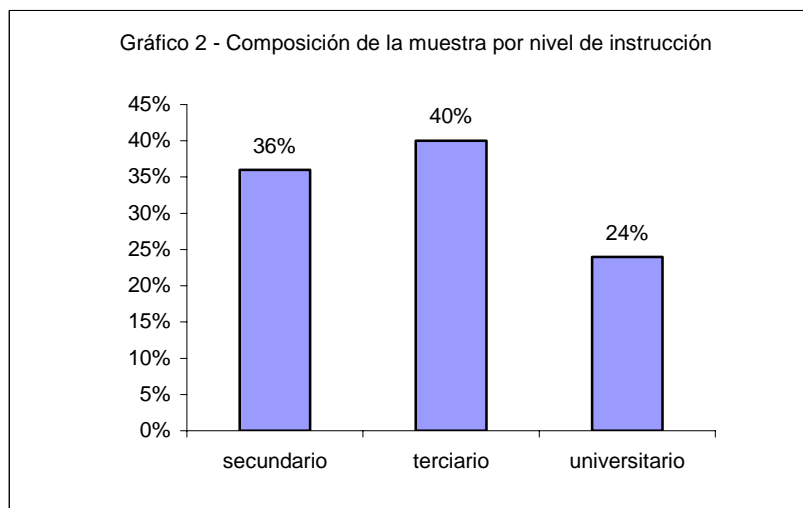
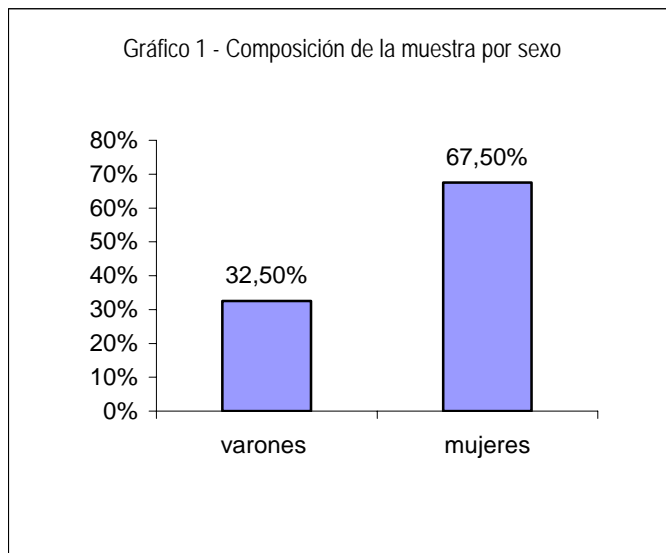
estimación adecuada de la gravedad o intensidad sintomática, y también es ampliamente utilizado en la evaluación de la eficacia terapéutica por su sensibilidad al cambio, y en la investigación para la identificación y la selección de sujetos. Ha resultado válido para tareas de screening o detección de casos en población general, aunque en pacientes médicos su especificidad ha sido baja.

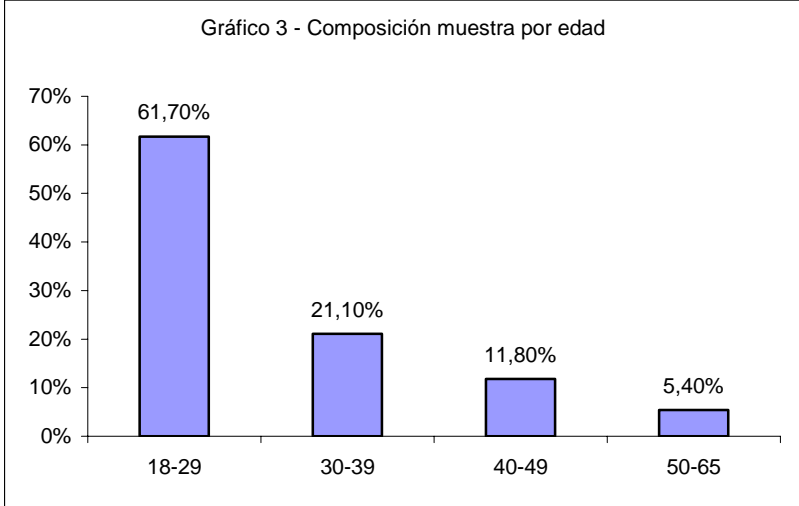
Efectivamente, no olvidamos que la depresión es un fenómeno complejo y multidimensional, y que en este sentido además, cuestiones como la desesperanza, la vivencia del entorno como algo no seguro, la pérdida subjetiva de control sobre la propia vida y los acontecimientos -algo tan frecuente en nuestros contextos y en nuestros días-, así como la dificultad para lograr un afrontamiento eficaz ante la adversidad, estén en la base de la presencia de esta sintomatología, lo que exigiría un análisis que excede claramente el alcance y los objetivos de este estudio. Pero complementariamente, también creemos que la estrecha relación entre la evaluación, el diagnóstico, la prevención y la intervención psicológica, hace necesario seguir trabajando en el mejoramiento y adecuación de los instrumentos de que disponemos para identificar y evaluar la realidad psicológica en su más justa medida. Esta fue la intención del trabajo que realizamos.

Referencias

- Beck A.T., Ward C.H, Mendelson M., Mock, J. & Erbaugh, J. (1961). An Inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, (4) 561-571.
- Beck A.T., Rush A.J., Shaw, B.F. & Emery, G. (1979). *Cognitive Therapy of Depression*. New York: Guilford Press.
- Beck, A. & Steer, R. (1984). Internal consistencies of the original and revised Beck depression inventory. *Journal of Clinical Psychology*, 40 (6) 1365-1367.
- Beck AT, Steer RA & Garbin MG. (1988). Psychometric properties of the Beck Depression Inventory. Twenty-five years of evaluation. *Clinical Psychology Review*, 8, 77-100.
- Beck, A.T., Steer, R.A., & Brown, G.K. (1996). *BDI-II Manual*. San Antonio: The Psychological Corporation.
- Cía, A. H. (2002). *La Ansiedad y sus Trastornos. Manual Diagnóstico y Terapéutico*. Roche S.A.Q.e I. Buenos Aires. Argentina.
- Conde V, Franch JI. (1984). *Escalas de evaluación comportamental para la cuantificación de la sintomatología de los trastornos angustiosos y depresivos*. Madrid:Upjohn SA.
- Figuroa N. (1991). Ansiedad. Algunas concepciones teóricas y su evaluación. En Casullo, M., Figuroa N. & Aszkenazi. *Teoría y Técnicas de Evaluación Psicológica*. Psicoteca.
- Galli, E. (1997). *La depresión: hacia una nueva conceptualización dimensional*. Año 8. 2 (1), 148-155.
- Gotlib, I y Hammen, C. (Edit.). (2002). *Handbook of Depression*. The Guilford Press.
- International Test Commission. ADEIP. (2000). *Pautas Internacionales para el uso de los Tests*. Versión argentina. ADEIP. Argentina.
- Jurado S., Villegas M.E., Méndez L. et al. (1998) La estandarización del Inventario de Depresión de Beck para los residentes de la ciudad de México. *Salud Mental*. 21 (3) 26-31.
- Lasa, L., Ayuso-Mateos, J., Vázquez, J. et al. (2000). The use of the Beck Depression Inventory to screen for depression in the general population: a preliminary analysis. *Journal Affect Disorders*, 57, 261-265.
- Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación (2005). *DEIS*. Dirección de Estadísticas e Información de la Salud (www.deis.gov.ar).

- Osman, A., Kooper, B.A., Barrios, F., Osman, J.R., & Wade, T. (1997). The Beck Anxiety Inventory: Reexamination of Factor Structure and Psychometric Properties. *Journal of Clinical Psychology*, 53, (1) 7-14.
- Richaud de Minzi, M.C. & Sacchi C. (2001). Adaptación del inventario de Depresión de Beck a sujetos argentinos normales. *Ridep- 12* (12) 11-17.
- Sanz J. & Vázquez C. (1998). Fiabilidad, validez y datos normativos del Inventario para la Depresión de Beck. *Psicothema*, (10), 303-318.
- Sanz, J., Navarro, M.E. & Vázquez, C. (2003). Adaptación española del Inventario para la Depresión de Beck-II (BDI-II). Propiedades psicométricas en estudiantes universitarios. *Análisis y Modificación de Conducta*, 29, (124) 239-288.
- Sanz, J., Perdigón, L. A. & Vázquez, C. (2003). Adaptación española del Inventario para la Depresión de Beck-II (BDI-II): 2. Propiedades psicométricas en población general. *Clínica y Salud*, 14 (3) 249-280.
- Somoza E, Steer R. A, Beck A. T & Clark DA. (1994). Differentiating major depression and panic disorders by self-report and clinical rating scales: ROC analysis and information theory. *Behaviour Research and Therapy*, 32 (7) 771-82.
- Spielberger, C.D.; Gorsuch, R.L. & Lushene, R.R. (1970). *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory – STAI*. Palo Alto: Consulting Psychologist Press.
- Van Hemert, D.; Van de Vijver, F. & Poortinga, Y. (2002). The Beck Depression Inventory as a measure of subjective well-being: a cross-national study. *Journal of Happiness Studies*, (3), 257-286.
- Vázquez C & Sanz J. (1997). Fiabilidad y valores normativos de la versión española del Inventario para la Depresión de Beck de 1978. *Clinica y Salud*, (8), 403-422.
- Vázquez C & Sanz J. (2000). *Adaptación española del Inventario de Depresión de Beck (1978): propiedades psicométricas y clínicas en muestras clínicas y en población general*. Madrid: Universidad Complutense. Facultad de Psicología.





Resultados análisis psicométrico

Tabla I. Fiabilidad

Factores BDI	Alpha de Cronbach	N
Componente emocional-cognitivo (f1)	$\alpha = 0,80$	13
Componente somático-vegetativo (f2)	$\alpha = 0,54$	7
BDI total	$\alpha = 0,80$	20

Tabla II. Análisis Factorial

Items BDI (contenidos de referencia)	Factor	Factor
	1	2
1. Tristeza	.63	
2. Desánimo	.43	
3. Fracaso	.58	
4. Insatisfacción	.58	
5. Culpabilidad	.57	
6. Castigo	.53	
7. Autorechazo (disgusto)	.66	
8. Autocrítica	.52	
9. Suicidio	.45	
10. Llanto	.41	
11. Irritabilidad		.46
12. Pérdida de interés		.36
13. Dificultad para tomar decisiones	.47	
14. Aspecto personal	.48	
15. Dificultades para trabajar	.46	
16. Alteraciones en el sueño-vigilia		.47
17. Cansancio		.44
18. Falta de apetito		.64
19. Pérdida de peso		.59
20. Preocupación por la salud	---	---
21. Pérdida de interés sexual		.32
% de varianza explicada	21,03%	6,41%

Tabla III. Estadísticos descriptivos (M;DE) y diferencias en puntuaciones BDI por sexo

	Mujeres (N=303)		Varones (N= 197)		dif.medias
	Media	DE	Media	DE	<i>t</i>
BDI					
Factor 1	6,72	5,23	5,13	4,11	3,87*
Factor 2	3,93	2,74	2,95	2,52	4,13*
Puntuación total	10,38	6,72	8,04	5,59	3,94*

* $p < 0,001$

Tabla IV. Valores medios y diferencias en puntuaciones BDI por edad

	18-29 años (a)	30-39 años (b)	40-49 años (c)	50-65 años (d)	Diferencias
BDI (f1)	6,25	5,93	7,00	4,30	c > d**
BDI (f2)	3,67	3,65	3,45	2,46	a > d** ; b > d*
BDI-total	9,71	9,69	9,87	5,68	a,b,c > d***

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$

Tabla V. Correlaciones depresión-ansiedad (r de Pearson)

BDI	STAI estado	STAI Rasgo
BDI-f1	0,66*	0,66*
BDI-f2	0,45*	0,47*
BDI-total	0,67*	0,63*

* $p < 0,01$

Tabla VI. Diferencias en depresión entre sujetos ansiosos vs no ansiosos

	Ansiedad estado			Ansiedad rasgo		
	Ansiosos (17,56%)	No ansiosos (82,44%)	t	Ansiosos (27,80%)	No ansiosos (72,20%)	t
BDI-f1	9,78±5,23	4,07±3,40	7,57***	10,03±4,58	3,82±3,33	9,21*
BDI-f2	4,98±2,44	2,71±2,25	6,23***	5,10±2,51	2,60±2,15	6,55*
BDI-total	15,03±6,17	6,88±4,65	8,11***	14,59±5,80	6,73±4,72	9,09*

* $p < 0,01$

