

Validez y reproducibilidad del Inventario para Depresión de Beck en un hospital de cardiología*

Mario Torres-Castillo**
Edmundo Hernández-Malpica**
Héctor A. Ortega-Soto**

Summary

Although the prevalence of depressive syndromes in medically ill patients is high, its detection and, consequently, its treatment is infrequent. The lack of reliable and validated clinical instruments for the measurement of depressive symptoms in this kind of patients plays an important role in this undesirable clinical fact. Most of the depression scales used in psychiatry are unuseful since the included somatic symptoms can be related either with depression or with physical illness. However, some authors have reported that the Beck's Depression Inventory (BDI) is a satisfactory instrument for the diagnosis and severity measurement of depressive syndromes in general hospital's patients.

The aim of this study is the evaluation of the reliability and the performance as a diagnostic for depression, of a Spanish translated version of the BDI in a cardiologic hospital. Ninety six consecutive in-patients of the National Institute of Cardiology "Ignacio Chávez", between 16 and 60 years old, were evaluated. All the patients had a cardiovascular disease; the evolution time ranged from 5 to 15330 days; the most frequent diseases were rheumatic and ischemic illnesses. Fifty nine percent of the subjects were females and their mean age (+/- sd) was 43.8 +/- 17.3 years; the age of the males was 47.3 +/- 14.6. The BDI was administrated two times with an interval of 48 hrs. Together with the first BDI, the subjects answered a socio-demographic questionnaire. A semistructured interview developed *ad hoc* for this study, based on DSM-III criteria for the diagnosis of major depression, dysthymic disorder, adjustment reaction with depressed mood, organic cerebral syndrome of the affective type, generalized anxiety disorder, and adjustment reaction with anxiety, was blindly (to BDI results) performed by a psychiatrist in 67% of the patients. In one half of the sample the BDI preceded the interview; in the other half the interview was followed by the BDI.

Reliability test-retest coefficients were high: Pearson's $r = 0.89$, Spearman's $\rho = 0.88$, corrected intraclass correlation coefficient = 0.77, Spearman-Brown (ANOVA approach) = 0.87; all of them with a $p < 0.001$.

Patients with a depressive syndrome scored significantly higher in BDI than those with an anxiety syndrome or without psychiatric diagnosis (19.4 +/- 8.2, 10.0 +/- 4.2, 7.9 +/- 5.6, respectively; $F [2,64] = 22$ $p < 0.0001$; depressive patients vs. anxious or without diagnosis: $p < 0.05$, t test for uncorrelated samples with Bonferroni's correction).

The diagnostic performance of the test was analyzed by the ROC method; the cut-off point of 14 showed the best equilibrium between sensibility and specificity.

The design of the study fits the requirements for a phase IV study of a diagnostic test, as proposed by Feinstein (17); i.e., it evaluates the behavior of the test on the clinical grounds to be used, without a *priori* fixed prevalence of the illness. So, the predictive positive or negative power of the test can be reliably estimated by a Bayesian technic for different prevalence values. In our case, with a prevalence of 48% (cut-off point: 14) the positive predictive power—the probability that a subject with a positive result in the test has the illness—was of 85%; however, with a prevalence of 15%, the positive predictive power falls down to 52%.

It can be concluded that our Spanish translated version is highly reliable and has a satisfactory performance as a diagnostic test for depressive syndromes in our sample of cardiologic patients.

Resumen

Los síndromes depresivos son frecuentes en los pacientes médicamente enfermos; sin embargo, pocas veces se reconocen y se tratan. Entre los factores que explican esta deficiencia destaca la falta de instrumentos clínicos adecuadamente evaluados. El presente trabajo muestra las características del Inventario para Depresión de Beck (IDB) para emplearlo como prueba diagnóstica de los síndromes depresivos en los pacientes de un hospital de tercer nivel de la ciudad de México; también, se indica la capacidad para repetir los resultados "prueba-contraprueba".

Durante el periodo de julio a diciembre de 1987, se estudiaron 96 pacientes hospitalizados, mayores de 18 años, que sabían leer y escribir. Todos padecían de una enfermedad cardiovascular. A todos los pacientes se les aplicó el mismo día, un cuestionario sobre sus datos personales y el IDB; 48 horas después se les aplicó nuevamente el IDB. Al 67% de los pacientes se le sometió a una entrevista semiestructurada por un psiquiatra experimentado. Dicha entrevista se estructuró *ad hoc* con los criterios diagnósticos del DSM-III para: depresión mayor, trastorno distímico, reacción de ajuste con ánimo deprimido, síndrome orgánico cerebral afectivo, trastorno de ansiedad generalizada y reacción de ajuste con ansiedad. En el 50% de los casos se les entrevistó antes de la primera aplicación del IDB y, en el resto, después de la entrevista; el entrevistador ignoraba el resultado del IDB.

Conforme a lo esperado, los pacientes diagnosticados con un síndrome depresivo mostraron puntajes del IDB significativamente superiores a los de aquéllos que tenían un síndrome ansioso o sin diagnóstico psiquiátrico (19.4 +/- 8.2, 10.0 +/- 4.2 y 7.9 +/- 5.6, respectivamente). El análisis de las "características de operación del receptor" (ROC) indicó que el mejor punto de corte en esta población era de 14 pun-

* Partes de este trabajo constituyeron las tesis que, para obtener el diploma de Especialista en Psiquiatría, presentaron los doctores Torres y Hernández-Malpica.

** División de Investigaciones Clínicas, Instituto Mexicano de Psiquiatría. Calz. México-Xochimilco 101, Col. San Lorenzo Huipulco, Tlalpa, 14370 México, D. F.

Enviar la correspondencia al Dr. Héctor A. Ortega-Soto.

tos (sensibilidad = 0.86, especificidad = 0.86); los puntajes por arriba de este número disminuyen la sensibilidad y aumentan la especificidad; lo contrario sucede con los puntos de corte inferiores. Todos los coeficientes calculados sobre su capacidad para repetir los resultados resultaron satisfactorios ($r = 0.89$, CCI = 0.77, Spearman-Brown = 0.87). Todos estos datos indican que el IDB es un instrumento confiable y útil para evaluar la sintomatología depresiva en la población estudiada.

Introducción

Los síntomas y los síndromes depresivos son comunes en los pacientes médicamente enfermos (4, 16,18), ya que la prevalencia reportada oscila entre el 6 y el 36% (16). Sin embargo, con frecuencia pasan desapercibidos y, por lo tanto, pocas veces se llega a establecer una estrategia terapéutica adecuada. La diversidad de definiciones de depresión y de instrumentos para cuantificar la severidad de los síntomas, así como el desconocimiento del fenómeno por el clínico, son los factores responsables de esta situación.

Los resultados de los estudios acerca de la prevalencia de la depresión en los pacientes médicamente enfermos, son difíciles de interpretar, pues muestran entre ellos importantes diferencias en los conceptos teóricos, o bien, adolecen de serias fallas metodológicas. En la revisión efectuada por Rodin (18) queda claro que en muchos trabajos el concepto de depresión utilizado es confuso, en otros casos se desconoce la validez o la capacidad para repetir los resultados, del instrumento usado. Este mismo autor (18) señala que es común detectar sesgos en la selección de los pacientes, y que el grupo control suele ser inapropiado. A su manera de ver, es necesario tomar en cuenta: la incapacidad o renuencia de los pacientes deprimidos, en fase aguda, a colaborar en una investigación; la naturaleza pasajera de los síntomas afectivos; y el hecho de que, en ocasiones, la depresión se manifiesta con síntomas somáticos más que por alteraciones en el estado de ánimo.

Evidentemente, el contar con instrumentos válidos y confiables es un elemento fundamental para resolver los problemas señalados. El Inventario para Depresión de Beck (IDB) parece ser una buena alternativa al respecto (*vide infra*). El instrumento consta de 21 apartados que evalúan otras tantas categorías sintomático-conductuales observadas en los pacientes con depresión (5). Cada apartado contiene 4 aseveraciones que describen el espectro de severidad de la categoría evaluada. En todos los casos, el primer enunciado tiene un valor de 0, que indica la ausencia del síntoma, el segundo de 1 punto, el tercero de 2 puntos y el cuarto de 3 puntos, que constituye la severidad máxima del síntoma. El instrumento es autoaplicable, por lo que el evaluado elige aquella aseveración que describe el estado por el que ha atravesado durante la última semana (ver apéndice). Las categorías evaluadas son: 1) ánimo, 2) pesimismo, 3) sensación de fracaso, 4) insatisfacción, 5) sentimientos de culpa, 6) sensación de castigo, 7) autoaceptación, 8) autoacusación, 9) ideación suicida, 10) llanto, 11) irritabilidad, 12) aislamiento, 13) indecisión, 14) imagen corporal, 15) rendimiento laboral,

16) trastornos del sueño, 17) fatigabilidad, 18) apetito, 19) pérdida de peso, 20) preocupación somática y 21) pérdida de la libido. Los primeros 14 apartados se refieren a síntomas afectivo-cognoscitivos, y los 7 restantes a síntomas vegetativos y somáticos que, aunque regularmente se incluyen para hacer el diagnóstico de la depresión, pueden también ser el resultado de una enfermedad física (9).

En el terreno estrictamente psiquiátrico, el instrumento ha mostrado tener una validez satisfactoria. Inicialmente, Beck y cols. (5) lo compararon con el diagnóstico que les dieron 4 psiquiatras experimentados a más de 400 pacientes. La correlación entre los puntajes totales obtenidos en el IDB y el grado de severidad de la depresión asignado por los clínicos fue cercana a 0.7. A partir de 1967, el IDB se ha venido utilizando en la población médicamente enferma para diagnosticar los cuadros depresivos. En los informes, los puntos de corte varían entre los 11 y los 21 puntos. Por ejemplo, Schwab (20), utilizando el 13 como punto de corte, observó una prevalencia de 22% de cuadros depresivos en los pacientes médicos; Salkind (19), en un grupo de enfermos semejante pero con un punto de corte de 17, encuentra una prevalencia del 25%. Por su lado, Moffic y Paykel (14) informan de una prevalencia del 24% con un punto de corte de 14. Sellar (21) observó que utilizando un punto de corte más estricto, 21 puntos, la prevalencia era baja (14%) pero si éste se vuelve más laxo (vg. 11) la prevalencia aumenta drásticamente (34% en este caso). Algo similar reportó Cavanaugh (6) en un estudio reciente.

Lógicamente, la variación en la prevalencia dependiente del punto de corte está íntimamente relacionada con la sensibilidad y la especificidad del instrumento para diagnosticar la entidad. Recordemos que la sensibilidad es la probabilidad de que un sujeto que padece la enfermedad, muestre un resultado positivo en la prueba, es decir, un puntaje por arriba del punto de corte. La especificidad es la probabilidad de que un sujeto sin la enfermedad obtenga un resultado negativo en la prueba, es decir, un puntaje inferior al punto de corte (13,17).

Nielsen y Williams (16) informan que, en sus manos, el IDB tiene una sensibilidad de 0.79 y una especificidad de 0.77, con un punto de corte de 13. Utilizando 17 como punto de corte, la sensibilidad disminuye a 0.66 pero la especificidad aumenta a 0.84. Este fenómeno se observa generalmente en cualquier prueba diagnóstica: conforme el punto de corte se vuelve más estricto, la sensibilidad disminuye y la especificidad aumenta (13,17).

Los datos expuestos sugieren que el IDB es un instrumento adecuado para identificar cuadros depresivos en los pacientes médicos no psiquiátricos; sin embargo, es recomendable evaluar la validez y la capacidad del instrumento para repetir los resultados en los terrenos en los que se pretende utilizar. En este sentido nos propusimos determinar la validez del IDB como herramienta para diagnosticar los síndromes depresivos y su capacidad para repetir los resultados prueba-contrapueba, en un hospital de tercer nivel de la Ciudad de México (Instituto Nacional de Cardiología "Dr. Ignacio Chávez"; INC).

Material y método

Durante el periodo de julio a diciembre de 1987, se estudiaron 96 pacientes hospitalizados en el INC, mayores de 18 años, que sabían leer y escribir y que aceptaron, previa información, participar en el protocolo. Fueron excluidos aquellos pacientes que, por la gravedad del trastorno médico que padecían, o bien por tener un trastorno psicótico o confusión mental, no pudieran contestar los cuestionarios.

A todos los pacientes se les aplicó un cuestionario sobre sus datos personales, el IDB (5) y la escala HAD (22), que evalúa la ansiedad y la depresión; los datos al respecto aparecerán en otro trabajo. El 50% de los pacientes contestó primero el IDB y después el HAD, y el resto lo hizo en orden inverso. Cuarenta y ocho horas después de la primera aplicación se repitió el IDB. El 67% de los pacientes fue sometido a una entrevista diagnóstica semiestructurada por un psiquiatra experimentado. La entrevista fue diseñada *ad hoc* por los investigadores a partir de los criterios del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales de la Asociación Psiquiátrica Americana, en su tercera edición (DSM-III; 1), para los siguientes trastornos: depresión mayor, trastorno distímico, reacción de ajuste con ánimo deprimido, síndrome orgánico cerebral afectivo, trastorno de ansiedad generalizada y reacción de ajuste con ansiedad. En el 50% de los casos la entrevista se llevó a cabo antes de aplicar el IDB y en el otro 50% se invirtió el orden. Finalmente, el investigador obtuvo del expediente hospitalario los diagnósticos médicos y otras variables de índole clínica.

Para analizar los datos se utilizó un análisis de varianza totalmente aleatorio y las comparaciones múltiples se llevaron a cabo con *t* de Student para muestras independientes, con corrección de Bonferroni. La sensibilidad y la especificidad se calcularon de acuerdo con las normas establecidas (13,15,17); además, se construyó una curva ROC (*receiver operating controller*) (13,15,17) en atención a las recomendaciones para evaluar una prueba diagnóstica (17). Para determinar su capacidad para repetir los resultados, se calcularon los coeficientes de correlación: producto-momento de Pearson, de rangos de Spearman y de correlación intraclass. A partir de este último se calculó el coeficiente de capacidad para repetir los resultados, de Spearman-Brown (2,3,11).

Resultados

De los 96 pacientes, el 59% correspondió al sexo femenino. La edad (\bar{x} +/- de) de las mujeres fue de 43.8 +/- 17.3 años, en tanto que la de los hombres fue de 47.3 +/- 14.6 años. La mayor parte de los sujetos estaban casados (47% de las mujeres y 82% de los hombres) y habían terminado por lo menos la instrucción primaria (70% de las mujeres y 95% de los hombres). Casi todos los sujetos dijeron residir en la zona metropolitana (70% de las mujeres y 85% de los hombres). Más del 80% de los pacientes dijeron que

tenían un ingreso mensual inferior a los 400,000 pesos.

Los diagnósticos médicos más frecuentes fueron: cardiopatía reumática en el 35% de las mujeres y en el 23% de los varones; y cardiopatía isquémica en el 17% de las mujeres y en el 36% de los hombres. El tiempo de evolución del padecimiento médico fue heterogéneo; en las mujeres el margen entre dos puntos de la dispersión numérica fue de 5 a 15,330 días con una mediana de 2,920 días; y en los hombres fue de 6 a 12,775 con una mediana de 1,095 días.

Con respecto al diagnóstico psiquiátrico, al 30% de las mujeres no se le entrevistó, otro 30% cursaba sin alteraciones, el 12% mostró datos de una reacción de ajuste con ánimo deprimido, el 10.5% presentaba un trastorno distímico y el 8% una reacción de ajuste mixta (depresiva/ansiosa); es decir, el 31.6% de las mujeres manifestaba signos y síntomas del síndrome depresivo.

En contraste, solamente al 10% de los hombres se le diagnosticó algún trastorno depresivo (uno con depresión mayor y 3 con reacción de ajuste con ánimo deprimido). En la tabla 1 se muestran los diagnósticos efectuados por el psiquiatra mediante la entrevista semiestructurada. Además, 8 pacientes (4 de cada sexo) mostraron evidencias de un trastorno de ansiedad.

TABLA 1
Diagnósticos psiquiátricos

Diagnóstico	Mujeres		Hombres	
	n	%	n	%
Depresión mayor	0	0.0	1	2.6
R. de ajuste con depresión	7	12.3	3	7.7
R. de ajuste mixta	5	8.8	0	0.0
D. distímico	6	10.5	0	0.0
Trastorno de ansiedad	4	7.0	4	10.3
Trastorno de personalidad	1	1.8	0	0.0
Sin diagnóstico	17	29.8	21	53.0
No se entrevistó	17	29.8	10	25.6
Total	57	100.0	39	100.0

Se encontraron diferencias significativas en el puntaje total del IDB entre el grupo de enfermos con un trastorno depresivo (TD) o un trastorno de ansiedad (TA), y aquellos sin diagnóstico ($F [2,64] = 22, p < 0.0001$). Los pacientes con TD alcanzaron puntajes más elevados (19.4 +/- 8.2) que aquellos con una TA (10.0 +/- 4.2; $t (28) = 3.6, p < 0.05$ con corrección de Bonferroni) o sin diagnóstico psiquiátrico (7.9 +/- 5.6, $t (57) = 6.4, p < 0.05$ con corrección de Bonferroni). Estos dos últimos grupos no difirieron entre sí ($t (43) = 1, p = 0.43$).

En la tabla 2 se muestran los valores de la sensibilidad y la especificidad del IDB como prueba diagnóstica para los TD, utilizando diferentes puntos de corte. Es evidente que con 14 puntos se obtiene el mejor equilibrio entre la sensibilidad y la especificidad. La figura 1 muestra la curva ROC que corrobora la utilidad del IDB.

TABLA 2
La sensibilidad y la especificidad del IDB como prueba diagnóstica del síndrome depresivo

Punto de corte	Sensibilidad	Especificidad
11	0.90	0.73
12	0.90	0.75
13	0.90	0.80
14	0.86	0.86
15	0.77	0.88
16	0.59	0.88
17	0.54	0.95
18	0.45	0.95

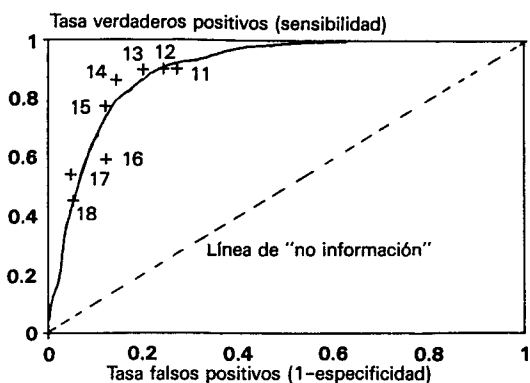


FIGURA 1. IDB: Análisis ROC

Todos los coeficientes de correlación entre las dos aplicaciones resultaron bastante altos: el de Pearson (r) fue de 0.89; el de Spearman (ρ), de 0.88 y el de correlación intraclase corregido (CCI_u), de 0.77. El coeficiente de capacidad para repetir los resultados, de Spearman-Brown (SB_{rtt}), fue de 0.87. Todos estos índices son significativos con una $p < 0.001$.

Discusión

Nuestros datos son semejantes a los proporcionados por otros autores y corroboran la utilidad del IDB para el diagnóstico de TD en el paciente médicamente enfermo.

A pesar de que varios apartados del IDB se refieren a síntomas somáticos que con frecuencia se encuentran en los padecimientos médicos, el instrumento mostró una especificidad bastante aceptable con puntos de corte por arriba de 11 puntos. Este hecho puede explicarse por el momento con base en los resultados de los análisis factoriales que se le hicieron al instrumento. Por ejemplo, Louks y cols. (10) informan que el 100% de la varianza de los puntajes en el IDB puede explicarse por dos factores. El primero, que denominan cognoscitivo, explica entre el 70 y el 80% de la varianza, en tanto que el segundo factor —somático—

explica cerca del 20%. Algunos estudios anteriores (12) habían encontrado tres factores: uno cognoscitivo-afectivo, que explica la mayor parte de la varianza, y dos somato-físicos: uno vegetativo y el otro relacionado con el retardo motor. Está claro, por lo tanto, que la sintomatología cognoscitivo-afectiva tiene el mayor peso en los puntajes totales del IDB. Los datos preliminares de un análisis factorial que estamos realizando con el IDB de éste y otros grupos de pacientes médicos, que no son psiquiátricos, se orientan en el mismo sentido: un factor que explica la mayor parte de la varianza, compuesto principalmente por los apartados que evalúan la sintomatología afectiva y cognoscitiva, y otro factor que incluye los apartados que evalúan síntomas físicos pero cuyo peso en el puntaje total es inferior.

La estabilidad en el tiempo es una característica difícil de evaluar en las escalas que miden la severidad de la sintomatología depresiva, especialmente en el paciente no psiquiátrico, pues ésta puede variar rápidamente. Gallagher y cols. (7) indican que en los pacientes y en los voluntarios sanos, hay coeficientes de correlación entre las evaluaciones efectuadas con intervalos de 6 a 21 días, de 0.90, y un SB_{rtt} de 0.84. Nuestros resultados a un intervalo de 48 horas son muy semejantes. La razón de haber seleccionado un intervalo breve obedece a que en un hospital no psiquiátrico, el movimiento de pacientes es mucho más dinámico y las estancias hospitalarias son cortas. Es poco probable que el fenómeno de aprendizaje sea importante en estos hallazgos, ya que en las instrucciones se le indica al paciente que señale la frase que describa mejor su estado durante el periodo inmediato anterior, evitando pedirle ningún otro tipo de información.

En este estudio la prevalencia de los TD fue del 42% (22 pacientes de los 52 que se entrevistaron), por lo que el valor predictivo positivo (VPP), es decir, la probabilidad de que un sujeto con un resultado positivo en la prueba —tomando como punto de corte 14 puntos— tenga la enfermedad, es del 85%. En contraste, con este mismo punto de corte de 14 (y por lo tanto, con una sensibilidad de 0.86 y una especificidad de 0.86), el VPP sería apenas del 52%.

Un aspecto importante en el diseño del presente estudio es que en lugar de tomar a un grupo de pacientes deprimidos y a otro sin depresión, se aplicó el IDB a una muestra de pacientes internados, e ignorando el resultado de la prueba, un experto los entrevistó para determinar si padecían o no un TD. De esta manera se evitaron varios riesgos; por ejemplo, la prevalencia no se fijó de antemano, por lo que los valores predictivos proporcionan una información relativamente confiable de la realidad en el INC. El espectro de los TD evaluados es el que se presenta de manera natural en el medio explorado y va desde las depresiones mayores severas hasta las reacciones de ajuste leves, lo cual permite tener una mejor idea del comportamiento de la prueba, por lo tanto, corresponde a un estudio de la fase IV de Feinstein (17), para la evaluación de pruebas diagnósticas, cuyo propósito es someter a la prueba diagnóstica a las exigencias del terreno clínico real.

En síntesis, los resultados de este estudio indican que nuestra versión en español del IDB posee una sensibilidad y una especificidad satisfactorias con un punto de corte de 14. Los estudios posteriores que se

lleven a cabo con esta misma versión en otros medios hospitalarios, permitirán evaluar con mayor rigor la utilidad del instrumento.

APENDICE

INVENTARIO DE BECK

En este cuestionario hay grupos de oraciones, por favor lea cada grupo cuidadosamente y escoja la oración, de cada grupo, que mejor describa cómo se ha sentido esta última semana, incluyendo hoy. Marque con una X la oración que haya escogido. Si varias oraciones en el grupo parecen aplicarse a su caso, marque sólo una. Asegúrese de leer todas las aseveraciones en cada grupo antes de contestar.

- 1) No me siento triste.
 Me siento triste.
 Me siento triste todo el tiempo y no puedo animarme.
 Me siento tan triste o infeliz que ya no lo soporto.
- 2) No me siento desanimado acerca del futuro.
 Me siento desanimado acerca del futuro.
 Siento que no tengo para qué pensar en el porvenir.
 Siento que no hay esperanza para el futuro y que las cosas no pueden mejorar.
- 3) No me siento como un fracasado.
 Siento que he fracasado más que otras personas.
 Conforme veo hacia atrás en mi vida todo lo que puedo ver son muchos fracasos.
 Siento que como persona soy un completo fracaso.
- 4) Obtengo tanta satisfacción de las cosas como siempre.
 No disfruto las cosas como antes.
 Ya no obtengo satisfacción de nada.
 Estoy insatisfecho y molesto con todo.
- 5) No me siento culpable.
 En algunos momentos me siento culpable.
 La mayor parte del tiempo me siento algo culpable.
 Me siento culpable todo el tiempo.
- 6) No siento que seré castigado.
 Siento que puedo ser castigado.
 Creo que seré castigado.
 Siento que estoy siendo castigado.
- 7) No me siento descontento conmigo mismo.
 Me siento descontento conmigo mismo.
 Me siento a disgusto conmigo mismo.
 Me odio a mí mismo.
- 8) No siento que sea peor que otros.
 Me critico a mí mismo por mi debilidad y mis errores.
 Me culpo todo el tiempo por mis errores.
 Me culpo por todo lo malo que sucede.
- 9) No tengo ninguna idea acerca de suicidarme.
 Tengo ideas de suicidarme pero no lo haría.
 Quisiera suicidarme.
 Me suicidaría si tuviera la oportunidad.
- 10) No lloro más que de costumbre.
 Lloro más que antes.
 Lloro todo el tiempo.
 Podía llorar pero ahora no puedo aunque quiera.
- 11) Ahora no estoy más irritable que antes.
 Me molesto o irrito más fácilmente que antes.
 Me siento irritado todo el tiempo.
 No me irrito para nada con las cosas que antes me irritaban.
- 12) No he perdido el interés en la gente.
 No me interesa la gente como antes.
 He perdido la mayor parte de mi interés en la gente.
 He perdido todo el interés en la gente.

REFERENCIAS

1. American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders. Tercera edición. (DSM-III). Washington, DC., 1980.
2. BARTKO JJ: On some reliability coefficients. *Psychol Bull*, 83:762-765, 1976.
3. BARTKO JJ, CARPENTER WT: On the methods and theory of reliability. *J Nerv Men Dis*, 163:307-317, 1976.
4. BECH P: Rating scales for affective disorders: their validity and consistency. *Acta Psychiat Scand*, 64(suppl 295), 1981.
5. BECK AT, WARD CH, MENDELSON M, ERBAUGH J: An inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiatry*, 4:53-63, 1961.
6. CAVANAUGH S: Depression in the hospitalized inpatient with various medical illnesses. *Psychother Psychosom*, 45:97-104, 1986.
7. GALLAGHER D, NIES G, THOMPSON LW: Reliability of the Beck Depression Inventory with older adults. *J Consult Clin Psychol*, 51:945-946, 1982.
8. GROVE W, ANDREASSEN N, McDONALD-SCOTT P, KELLER M, SHAPIRO R: Reliability studies of psychiatric diagnosis. Theory and practice. *Arch Gen Psychiatry*, 38:408-413, 1981.
9. KATON W: Depression: somatic symptoms and medical disorders in primary care. *Compreh Psychiatry*, 23:274-287, 1982.
10. LOUKS J, HAYNE C, SMITH J: Replicated factor structure of the Beck Depression Inventory. *J Nerv Men Dis*, 177:473-479, 1989.
11. MAGNUSSON D: *Teoría de los Tests*. Editorial Trillas, México DF, 1975.
12. MAYER J: Assesment of depression. En: *Advances in Psychological Assesment*. McReynolds P (ed). (vol 4); Josey-Bass, San Francisco, pp 358-425, 1987.
13. METZ CE: Basic principles of ROC analysis. *Sem Nuclear Med*, 8:283-298, 1983.
14. MOFFIC H, PAYKEL E: Depression in medical inpatients. *Brit J Psychiat*, 126:346-353, 1975.
15. MURPHY JM, BERWICK DM, WEINSTEIN MC, BUDMAN SH, KLERMAN GL: Performance of screening and diagnostic test. *Arch Gen Psychiatry*, 44:550-555, 1987.
16. NIELSEN A, WILLIAMS T: Depression in ambulatory medical patients. *Arch Gen Psychiatry*, 37:999-1004, 1980.
17. NIEREMBERG AA, FEINSTEIN AR: How to evaluate a diagnostic marker test. *JAMA*, 259:1699-1702, 1988.
18. RODIN G, VOSHART B: Depression in the medically ill; an overview. *Am J Psychiatry*, 143:696-705, 1986.
19. SALKIND M: Beck Depression Inventory in general practice. *J Royal Coll Gen Pract*, 18:267-273, 1969.
20. SCHWAB J, BIALOW M, BROWN J, HOLZER CH: Diagnosing depression in medical inpatients. *Ann Intern Med*, 67:695-707, 1967.
21. SELLER RH, BLASCOVICH J, LENKEI E: Influence of stereotypes in the diagnosis of depression by family practice residents. *J Fam Pract*, 12:849-854, 1981.
22. ZIGMOND AS, SNAITH RP: The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiat Scand*, 67:361-370, 1983.