

Distinguiendo ansiedad y depresión: Revisión de la hipótesis de la especificidad de contenido de Beck

Jesús Sanz*

*Deptº de Personalidad, Evaluación y Psicología Clínica
Universidad Complutense de Madrid*

Resumen: Tras presentar la hipótesis de la especificidad de contenido, que trata de distinguir la ansiedad de la depresión en el marco de la teoría cognitiva de Beck, se revisan aquellos estudios que han examinado las diferencias y semejanzas cognitivas entre ambos estados psicopatológicos utilizando un diseño de comparación de grupos. En general, existe un apoyo empírico razonable a la hipótesis, aunque es mucho mayor a nivel de los productos cognitivos que a nivel de las operaciones o proposiciones cognitivas; asimismo, el apoyo es mayor al estudiar poblaciones clínicas que subclínicas. La revisión sugiere la necesidad de replantear el supuesto de que la distinción es uniforme a lo largo de todos los constructos cognitivos y de todos los niveles de sintomatología.

Palabras Claves: Ansiedad, depresión, especificidad cognitiva, teoría cognitiva de Beck.

Title: Distinguishing anxiety from depression: A review of Beck's content-specificity hypothesis.

Abstract: After introducing the content-specificity hypothesis, which tries to distinguish anxiety from depression in the framework of Beck's cognitive theory, studies examining cognitive differences and similarities between both psychopathological states with a comparative design of groups are reviewed. In general terms, the hypothesis is reasonably supported by empirical evidence, although evidence is stronger at level of cognitive products than at level of cognitive operations or propositions; likewise, evidence is stronger at studying clinical populations than subclinical ones. Review suggests the need of restating the assumption that the distinction is homogeneous throughout all cognitive constructs and all levels of symptomatology.

Key Words: Anxiety, depression, cognitive specificity, Beck's cognitive theory.

Introducción

Aunque las relaciones entre la ansiedad y la depresión han sido objeto de estudio por parte de los clínicos y de los investigadores en psicopatología durante muchos años, sin embargo, la naturaleza de esas relaciones es todavía una cuestión sin resolver. La investigación psicopatológica presenta datos que permiten avalar tanto una aproximación *unitaria*, que conceptualizaría la ansiedad y la depresión como clases de un trastorno más general del estado de ánimo de manera que la diferencia entre ambas clases sería cuantitativa, como una aproximación *no unitaria*, que mantendría que la ansiedad y la depresión son conceptual y empíricamente distinguibles, existiendo entre ambos trastornos una clara diferencia cualitativa (cf. las revi-

siones de Breier, Charney y Heninger, 1985; Clark, 1989; Sanz, 1992).

Esta contradicción en la investigación tiene que ver con varios problemas conceptuales y empíricos como, por ejemplo, la confusión y ambigüedad semántica de los términos *ansiedad* y *depresión* (cada uno se refiere a distintos tipos y niveles de constructos psicopatológicos —emociones, síndromes, cuadros clínicos, etc.— que varían en dimensiones de intensidad y frecuencia de ciertas conductas patológicas, y sobre cuya definición existe muy poca estandarización, incluso a un mismo nivel de significado), la disparidad de criterios en la selección de muestras y el escaso control de variables en las mismas (procedencia, sexo, momento evolutivo, etc.), las limitaciones de los métodos de medida, etc. Quizás una de los mayores problemas es que buena parte de la investigación, sobre todo la que se encuadra dentro de la tradición psiquiátrica, se caracteriza por un empirismo "ciego". Muchos estudios psiquiátricos han examinado las relaciones entre ansiedad y depre-

* **Dirección para correspondencia:** Jesús Sanz, Department of Psychology, Yale University, P.O. Box 11A Yale Station, New Haven, CT 06520-7447, USA. E-mail: jsanz@yalevm.bitnet
© Copyright 1993. Secretariado de Publicaciones e Intercambio Científico, Universidad de Murcia, Murcia (España). ISSN: 0212-9728. Art. recibido: 1-6-93, aceptado: 16-9-93.

sión sin contar con una teoría o un marco teórico claro e integrado que pudiera explicar sus diferencias y semejanzas.

Las investigaciones psicológicas han presentado modelos teóricos más elaborados de la depresión y de la ansiedad (cf. las revisiones de Sandín y Chorot, 1991; Vázquez y Sanz, 1991), pero en pocas ocasiones han considerado los dos fenómenos dentro de un mismo marco teórico. Por ejemplo, los investigadores han enfatizado las deficiencias en los repertorios de habilidades sociales, la indefensión, el miedo al fracaso y a la evaluación negativa, como elementos centrales en la comprensión tanto de la ansiedad como de la depresión (e.g., Abramson et al., 1978; Clark y Arkowitz, 1975; Lewinshon, Mischel, Chaplin y Barton, 1980; Mandler, 1972; Spielberger, 1972). De hecho, parece que en la investigación psicológica existen dos líneas de estudio paralelas, que usan los mismos paradigmas y conceptos para explicar de forma separada la ansiedad y la depresión, con muy pocos intentos de aportar una explicación integrada de ambos fenómenos psicopatológicos.

Esta situación ha cambiado en los últimos años, y, principalmente desde posiciones cognitivo-conductuales, se han desarrollado varias teorías que pretenden explicar de forma integrada tanto la depresión como la ansiedad. Entre tales intentos destacan la teoría de la indefensión/desesperanza de Alloy et al. (1990), la teoría de la pérdida del objeto de apego de Bowlby (1969, 1973, 1980), el modelo de redes asociativas de las relaciones entre emoción y cognición de Bower (1981), la teoría de las autodiscrepancias de Higgins (1987) o la teoría de Williams, Watts, MacLeod y Mathews (1988), pero, sin lugar a dudas, la teoría más influyente y que ha servido de inspiración a buena parte de las demás es **la teoría cognitiva de Beck** (1987, Beck et al., 1979; Beck y Emery, 1985).

La teoría de Beck ha generado una gran cantidad de investigación empírica, sobre todo en cuanto a su explicación de los trastornos depresivos. En este sentido, la teoría de Beck ha tenido un enorme impacto en la investigación psicopatológica de la depresión, estimulando desarrollos metodológicos y conceptuales que han contribuido a la clarificación y precisión de los modelos explicativos del trastorno, así como de los métodos y diseños adecuados para evaluar tales modelos. Es más, a partir de esta teoría se ha desarrollado una terapia para los trastornos ansiosos (Beck y Emery, 1985) y depresivos (Beck et al., 1979), cuya eficacia en el caso de la depresión está firmemente

establecida (cf. la revisión meta-analítica de Dobson, 1989a), mientras que en el caso de los trastornos de ansiedad está aún por determinar a la espera de un mayor número de investigaciones empíricas al respecto, aunque existen resultados preliminares francamente prometedores (cf. Clark y Beck, 1988; Beck, 1991).

La teoría de Beck articula las diferencias y semejanzas entre ansiedad y depresión en lo que se conoce como la **hipótesis de la especificidad de contenido**. El propósito del presente trabajo es presentar dicha hipótesis y revisar los estudios empíricos relativos a dicha hipótesis. El artículo se inicia con una breve exposición de aquellos aspectos de la teoría cognitiva de Beck relevantes para una comprensión adecuada de la hipótesis de la especificidad de contenido (una presentación más detallada puede encontrarse en Sanz, 1992).

2. Teoría cognitiva de Beck de la ansiedad y la depresión

La premisa básica de la teoría cognitiva de Beck es que en los trastornos emocionales existe una distorsión o sesgo sistemático en el procesamiento de la información. Así, en la ansiedad, la percepción del peligro y la subsecuente valoración de las capacidades de uno para enfrentarse a tal peligro, que tienen un valor obvio para la propia supervivencia, aparecen sesgadas en la dirección de una sobreestimación del grado de peligro asociado a las situaciones y de una infravaloración de las propias capacidades de enfrentamiento. Por otro lado, tras un suceso que supone una pérdida o un fracaso, la retirada temporal de toda involucración emocional o conductual, con la consiguiente conservación de energía, tiene un valor de supervivencia. Sin embargo, en las personas depresivas aparece un sesgo en el procesamiento de los sucesos que implican una pérdida o privación. Los individuos depresivos valoran excesivamente esos sucesos negativos, los consideran globales, frecuentes e irreversibles, mostrando, pues, lo que se conoce como la triada cognitiva negativa: una visión negativa del yo, del mundo y del futuro. Esta triada resulta en una retirada persistente del entorno, una persistencia que resta todo valor adaptativo a la conducta de retirada.

Ese procesamiento cognitivo distorsionado o sesgado que aparece en la ansiedad y en la depresión conduce a los síntomas afectivos, conductuales, motivacionales y fisiológicos que caracterizan tales síndromes psicopatológicos. Sin

embargo, ese tipo de procesamiento, al igual que los demás síntomas, pueden ser el producto de muchos factores y, así, en la etiología de la depresión y de la ansiedad pueden estar implicados factores genéticos, evolutivos, hormonales, físicos y psicológicos. Cualquiera que sea la etiología, sin embargo ese tipo de procesamiento distorsionado o sesgado es una parte intrínseca del síndrome emocional y funciona como factor de mantenimiento de los estados psicopatológicos. Como aparece recogido en la Figura 1, el procesamiento distorsionado de la información en la depresión y en la ansiedad se entiende en la teoría de Beck como un factor próximo (no único) de desencadenamiento y mantenimiento de los restantes síntomas depresivos o ansiosos.

Entre todas las posibles causas distales que pueden provocar ese procesamiento distorsionado o sesgado de información (e.g., ciertas enfermedades físicas, predisposiciones hereditarias, traumas evolutivos, etc.), la teoría cognitiva de Beck afirma que en muchos casos de depresión unipolar no endógena y en muchos trastornos de ansiedad, la etiología tendría que ver con la interacción de tres factores: (a) la presencia de actitudes o creencias disfuncionales sobre el significado de ciertas clases de experiencias, actitudes que impregnan y condicionan la construcción de la realidad; (b) una alta valoración subjetiva de la importancia de esas experiencias que resulta de la estructura de personalidad del individuo, y (c) la ocurrencia de un estresor específico a los anteriores factores, es decir, un suceso considerado importante y que incide directamente sobre las actitudes disfuncionales del individuo.

Beck usa el formalismo de los **esquemas** para explicar como las actitudes o creencias disfuncionales están representadas mentalmente y afectan al procesamiento de la información. Para Beck, "los esquemas son estructuras funcionales de representaciones relativamente duraderas del conocimiento y la experiencia anterior" (p. 382, Clark y Beck, 1988). Estas estructuras cognitivas dirigen la percepción, codificación, organización, almacenamiento y recuperación de la información del entorno. Los estímulos consistentes con los esquemas se elaboran y codifican, mientras que la información inconsistente se ignora y olvida. Este procesamiento de "arriba-abajo" de carácter simplificador sacrifica una eventual pérdida de información o una distorsión de la misma en aras de un principio de "economía cognitiva", por lo que, en el caso de esquemas disfuncionales, el resultado es un procesamiento desadaptativamente dis-

torsionado de la información y una ulterior interpretación desadaptativamente sesgada de la realidad.

Los esquemas responsables del procesamiento sesgado de la información en los individuos depresivos y ansiosos —los *esquemas disfuncionales depresogénicos y ansiógenos*— se diferencian de los esquemas de los sujetos normales tanto en su estructura como en el contenido de la información que almacenan. En cuanto al contenido, los esquemas disfuncionales contienen reglas, creencias tácitas o actitudes estables del individuo acerca de sí mismos y del mundo, que son de carácter disfuncional y poco realistas, y a menudo están conectadas con recuerdos relevantes al desarrollo y formación de tales creencias. En los trastornos de ansiedad las reglas son generalmente condicionales: "Si ocurre un suceso específico, puede tener resultados adversos". Así, cuando los sucesos ocurren, cabe la posibilidad todavía de que tengan un resultado inocuo. Por el contrario, las reglas en la depresión, aunque encuadradas en un formato condicional, son absolutas ya que presuponen la fatalidad del resultado, por ejemplo, "si fracaso en parte significa que siempre será un desastre" (Beck y Emery, 1985). En cuanto a la estructura, los esquemas disfuncionales en los trastornos emocionales tienden a ser más rígidos, impermeables y concretos que los esquemas adaptativos y flexibles de los individuos normales. Los esquemas se organizan a un nivel más superior en torno a un tema común (modo). En el caso de la ansiedad, la vulnerabilidad o el peligro sería el tema común, mientras que en el caso de la depresión el tema sería la autoconstricción. El procesamiento sesgado de la información resulta de la activación de los esquemas relevantes al contenido común específico del trastorno y de la desactivación de los esquemas inconsistentes con él. En los trastornos de ansiedad, los esquemas activados pueden variar de una situación a otra, pero todos ellos tienen en común un contenido relacionado con un exagerado sentido de vulnerabilidad y, por tanto, están focalizados en el procesamiento de cualquier estímulo que indique un posible peligro o amenaza para el sujeto ignorando cualquier señal de seguridad, mientras que los esquemas que procesan de manera preferente este último tipo de información estarían relativamente inactivos. En la depresión, los esquemas que procesan información de carácter negativo están más activos que aquellos que se usan para procesar información positiva, ya que está operando un modo constrictivo por medio del cual el individuo se retira de los acontecimientos y conserva

energía en respuesta a una negatividad que lo invade todo.

La activación de los esquemas relevantes a los modos depresivo o ansioso (los esquemas depresogénicos o ansiógenos) sería, pues, responsable del procesamiento distorsionado de la información que aparece en los trastornos depresivos y ansiosos. Para que tal activación tenga lugar es necesaria la aparición de un suceso estresante (e.g., un fracaso laboral) análogo a aquellos sucesos que proporcionaron la base para la formación original, durante el proceso de socialización, de los esquemas, es decir, para la formación de las reglas y actitudes en ellos almacenadas (e.g., un fracaso académico). La teoría de Beck hipotetiza, pues, que los esquemas depresogénicos y ansiógenos son las diátesis cognitivas para la depresión y la ansiedad, respectivamente. Antes de su activación por experiencias específicas, la teoría propone que tales esquemas permanecen latentes, de modo que no influyen de manera directa en el estado de ánimo del sujeto o en sus procesos cognitivos ni tampoco, necesariamente, se encuentran fácilmente accesibles a la conciencia. Evidentemente, el modelo no es estático ni se centra en experiencias pasadas; como puede observarse en la Figura 1, se plantea una transacción continua con el medio: continuamente se recoge información del mismo para someter a prueba la construcción de la realidad que hace el sujeto a través de los esquemas activos en ese momento. En este sentido, una de las características de los trastornos emocionales es la aparición de círculos viciosos resultantes de la reacción del medio y del propio sujeto a la manifestación por éste de síntomas psicopatológicos. Por ejemplo, ante una situación de hablar en público la aparición de síntomas ansiosos interfiere con los esfuerzos del individuo por enfrentarse a una situa-

ción que percibe como amenazante, lo que a su vez, por un lado, refuerza la noción de deficiencia del propio sujeto, con el consiguiente incremento en la manifestación de síntomas ansiosos, y, por otro lado, incrementa la posibilidad de una reacción negativa por parte de la audiencia y, por ende, el valor amenazante de la situación.

Por otro lado, Beck (1987) sugiere que el tipo de estresor que puede activar un esquema depresogénico o ansiógeno también viene determinado por diferencias individuales en la estructura de personalidad. En la teoría cognitiva, los rasgos de personalidad se entienden como esquemas cognitivos de un orden jerárquico superior a los otros esquemas (Clark y Beck, 1988). La teoría cognitiva ha identificado dos dimensiones de personalidad como factores de vulnerabilidad o diátesis cognitiva a los trastornos emocionales: **sociotropía** y **autonomía**. Los esquemas sociotrópicos incluyen actitudes y creencias que implican una consideración muy elevada de las relaciones interpersonales y una alta dependencia social a la hora de juzgar la propia valía. Los esquemas autónomos incluyen actitudes que priman la independencia, la libertad de acción, la privacidad y la autodeterminación. En consecuencia, habría sucesos estresantes específicos para cada tipo de esquema. Por ejemplo, las situaciones relevantes a la aceptabilidad social y a la atracción personal (e.g., rechazo social, separación matrimonial, etc.) activarían de forma específica los esquemas depresogénicos o ansiógenos de tipo sociotrópico, mientras que situaciones que restringen la autonomía o el logro de objetivos (e.g., no alcanzar una promoción laboral) serían apropiados para activar los esquemas depresogénicos o ansiógenos que forman parte de los esquemas autónomos.

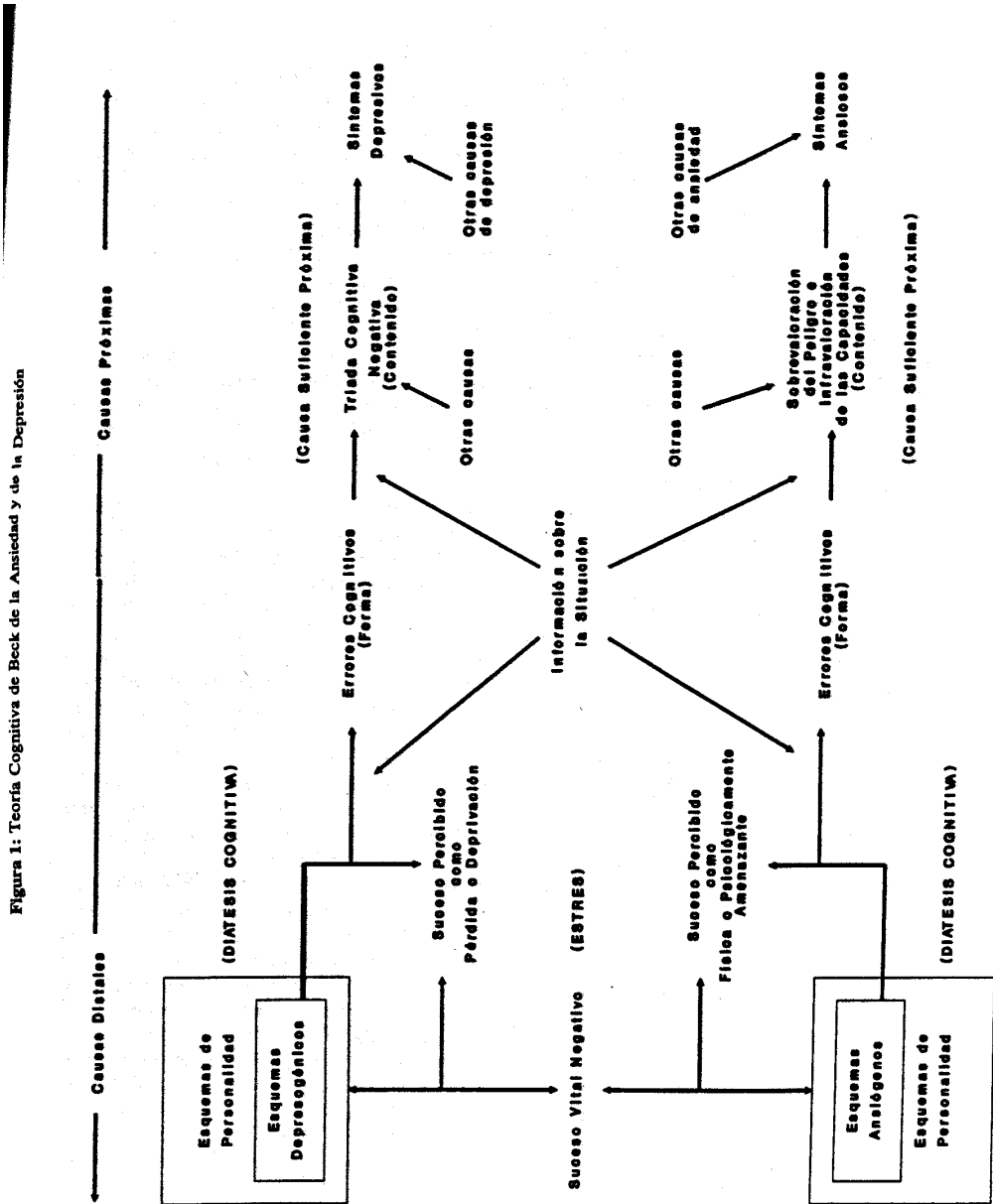


Figura 1: Teoría Cognitiva de Beck de la Ansiedad y de la Depresión

Figura 1: Teoría Cognitiva de Beck de la Ansiedad y de la Depresión

Una vez activados, los esquemas depresogénicos o ansiógenos orientan y canalizan el procesamiento de la información actuando como filtros a través de los cuales se percibe, interpreta, sintetiza y recuerda la realidad. La actuación de tales esquemas queda reflejada en ciertos errores sistemáticos en la forma de procesar la información (Beck et al., 1979; Beck y Emery, 1985): *infe-*

rencias arbitrarias, abstracción selectiva, sobre-generalización, maximización y minimización, personalización, y pensamiento dicotómico y absolutista. Aunque todas estas operaciones cognitivas son evidentes en cierto grado en todos los estados psicopatológicos, su importancia varía en los distintos trastornos específicos. Así, en la depresión se atiende selectivamente y se magnifica la

información negativa, mientras que se ignora o minimiza la información positiva; los errores y fallos se personalizan y sus efectos negativos se exageran y sobregeneralizan. En los trastornos de ansiedad, las operaciones cognitivas son evidentes en situaciones que se perciben como amenazantes. Los indicios de peligro se perciben de manera selectiva y se acentúan, mientras que las señales de seguridad se ignoran o minimizan; se piensa de manera dicotómica y absoluta sobre la peligrosidad de una situación (a no ser que una situación sea segura sin ningún asomo de dudas, se considera peligrosa) o existe una imposibilidad en distinguir entre los estímulos que señalan peligro y aquellos que señalan seguridad. Ocurre una generalización estimular de manera que se interpreta un gran rango de estímulos como amenazantes, y se seleccionan, tanto de la experiencia pasada como presente, datos consistentes con la percepción de peligro.

A la postre, tales operaciones cognitivas conducen en la depresión a la tríada cognitiva negativa y, en los trastornos de ansiedad, a cogniciones de posibles peligros físicos y psicológicos para el individuo así como de la incapacidad del propio sujeto para afrontar tales peligros (véase la Figura 1). Es decir, conducen al tipo de cogniciones que Beck considera como parte intrínseca de los trastornos de ansiedad y depresión, y como factores que mantienen tales estados psicopatológicos. A diferencia de los esquemas o "actitudes disfuncionales", estos productos cognitivos tienen correlatos directamente observables: se expresan en forma de (a) *pensamientos o imágenes voluntarias* y (b) *pensamientos automáticos* (ideas o imágenes estereotipadas de aparición repetitiva e inintencionada, que no son fácilmente controlables y parecen plausibles al individuo en el momento de su ocurrencia). Ambos tipos de pensamientos comprenden el diálogo interno del individuo, de manera que son relativamente accesibles a la conciencia. Es más, tienden a ser fenómenos transitorios, fácilmente influidos por el estado de ánimo y por las demandas situacionales presentes en ese momento. Puesto que ambos son productos cognitivos de los esquemas activados, en la depresión ambos tipos de pensamientos giran en torno a los temas de pérdida, fallo, rechazo, incompetencia y desesperanza, mientras que en los trastornos de ansiedad se centran en posibles daños físicos y psicológicos así como en la infravaloración de las capacidades del individuo para afrontar la situación ansiógena.

3. La hipótesis de la especificidad de contenido en la ansiedad y en la depresión

A lo largo de la anterior exposición, se ha podido observar que la principal diferencia entre los trastornos depresivos y ansiosos radicaba en el contenido tanto de los esquemas disfuncionales, como de los modos, los pensamientos automáticos y los pensamientos e imágenes voluntarios. En la depresión, el perfil cognitivo implicaba un contenido de pérdida, privación y una visión negativa de uno mismo, el mundo y el futuro, mientras que en los trastornos de ansiedad el contenido se centraba en el miedo a un peligro psicológico o físico.

La teoría de Beck propone la **hipótesis de la especificidad del contenido**, según la cual cada trastorno tiene un perfil cognitivo específico evidente a todos los niveles de funcionamiento cognitivo y que se centra en el tipo de contenido, de manera que es la diferencia en contenido cognitivo la que determina el tipo de trastorno psicológico que un individuo manifiesta. Es más, esta hipótesis se aplica a otros trastornos tales como la manía, la histeria o los estados paranoides (Beck y Clark, 1988). Es importante señalar que según esta hipótesis, los individuos depresivos y ansiosos difieren en términos de contenido más que de procesos, y, por lo tanto, en ambos trastornos los esquemas disfuncionales distorsionan o sesgan sistemáticamente los procesos implicados en la percepción, almacenamiento y recuperación de la información.

Beck y Clark (1988, p. 26) han postulado una serie de perfiles cognitivos que diferencian la ansiedad y la depresión según la hipótesis de la especificidad de contenido. Estos perfiles implican diversos constructos que cubren diversos niveles de análisis. Con el fin de presentar de una manera coherente y ordenada esa diversidad de constructos cognitivos, Beck y Clark (1988) han utilizado el sistema taxonómico cognitivo sugerido por Ingram (Ingram y Kendall, 1986; Ingram y Wisnicki, 1991).

El sistema taxonómico cognitivo de Ingram distingue entre cuatro categorías cognitivas: **variables estructurales, proposicionales, operacionales y de producto**. Las categorías se definen de la siguiente forma:

Productos Cognitivos: Los productos se refieren al resultado final de las operaciones que realiza el sistema cognitivo sobre la información; son las cogniciones y pensamientos que el individuo experimenta y de las que puede tener conciencia,

que resultan de la interacción de la información entrante con las estructuras, las proposiciones y las operaciones del sistema. Las atribuciones causales, las predicciones, los pensamientos automáticos y los pensamientos voluntarios son algunos de los constructos que se incluyen en esta categoría.

Operaciones Cognitivas: Se refieren a los procesos mediante los cuales el sistema opera, e incluyen conceptos como los de codificación y recuperación de información, activación y propagación de la activación o los procesos atencionales.

Proposiciones Cognitivas: Se refiere al contenido de la información que se almacena y organiza dentro de alguna estructura. Incluye conceptos como los de conocimiento episódico, semántico y procesal.

Estructuras Cognitivas: Las variables estructurales se refieren a la "arquitectura" del sistema, es decir, la manera en que la información se almacena y se organiza internamente dentro de algún tipo de estructura. La memoria a corto plazo y a largo plazo, los esquemas, los nodos y redes de memoria y las categorías son algunos ejemplos del tipo de conceptos que pertenecen a esta categoría.

En la Tabla 1 se recogen los perfiles cognitivos que diferencian la ansiedad y la depresión según la teoría de Beck. Esta tabla está tomada del trabajo de Beck y Clark (1988, p. 26), pero ha sido modificada para establecer una adscripción más correcta de algunos constructos a las categorías propuestas en el sistema taxonómico cognitivo de Ingram. Por ejemplo, Beck y Clark hablan de dife-

rencias en las estructuras cognitivas en la depresión y en la ansiedad señalando únicamente distinciones en el contenido de la información almacenada en ellas, pero no, por ejemplo, en la organización, o en otras propiedades de las estructuras, por lo que en la Tabla 1 se ha preferido recoger esas distinciones bajo la categoría de proposiciones cognitivas. De igual manera, las valoraciones negativas o de peligro se incluyen en el artículo de Beck y Clark bajo el epígrafe de "diferencias en el procesamiento cognitivo" cuando en rigor serían inferencias (predicciones y adscripciones de atributos), es decir, productos cognitivos. Bien es cierto que tales productos son probablemente el resultado de procesos u operaciones cognitivas "erróneas" (abstracción selectiva, inferencias arbitrarias, sobregeneralización, etc.), pero al nivel de análisis en que la teoría se mueve en este punto, las diferencias entre ansiedad y depresión se centran en los productos cognitivos, en el distinto contenido del resultado de dichas operaciones, y no en que tales operaciones *per se* difieran en la ansiedad y en la depresión.

Todas las diferencias cognitivas que aparecen en la Tabla 1 se siguen directamente de la formulación general de la teoría de Beck que se ha presentado en la sección anterior. La única excepción es la diferencia que tiene que ver con la atención autofocalizada. De hecho, Beck y Clark tomaron esa hipótesis del trabajo de Kendall e Ingram (1987) quienes a su vez la habían tomado de Roth y Tucker (1986), y en ningún momento la integran o articulan dentro de su marco teórico.

Tabla 1: Diferencias Cognitivas entre Ansiedad y Depresión (Tomado con modificaciones de Beck y Clark, 1988, p. 26).

Depresión	Ansiedad
Diferencias en Proposiciones Cognitivas	
Contenido relacionado con pérdidas dentro del dominio personal y con una visión negativa del yo, del mundo y del futuro	Contenido relacionado con amenazas físicas o psicológicas al dominio personal y con un sentido incrementado de vulnerabilidad
Diferencias en Operaciones Cognitivas	
Selectividad con un procesamiento realizado de la información negativa autorreferente y una minimización del material positivo La atención autofocalizada puede reducir el interés por los estímulos externos	Selectividad en el procesamiento de indicios de amenaza con una estimación exagerada de la vulnerabilidad La atención autofocalizada refleja los intentos por ganar el control sobre los estímulos externos e internos
Diferencias en Productos Cognitivos	
Las valoraciones negativas son globales, exclusivas y frecuentes Las valoraciones negativas son absolutas y conclusivas Los sucesos negativos están orientados hacia el pasado y se ven como predeterminados Pensamientos que implican pérdidas y fallos Los pensamientos automáticos usualmente toman la forma de autoafirmaciones negativas	Las valoraciones negativas son selectivas y específicas a situaciones de miedo Las valoraciones negativas son de naturaleza tentativa Se anticipan posibles sucesos negativos en el futuro (el fenómeno del "qué ocurriría si") Pensamientos que implican amenazas y peligros Los pensamientos automáticos a menudo toman la forma de preguntas acerca del peligro presente y de las posibilidades futuras

Roth y Tucker (1986) sugieren que tanto la ansiedad como la depresión están asociadas con una atención autofocalizada excesiva. La atención autofocalizada hace alusión al proceso que consiste en dirigir la atención sobre cualquier aspecto de sí mismo (e.g., las propias sensaciones físicas, las propias emociones y pensamientos, o las metas que uno se ha establecido) y ser consciente de la información autorreferente y generada internamente (ser consciente de sí mismo como objeto), en contraposición a dirigir la atención a los estímulos ambientales y tomar conciencia de la información del exterior obtenida a través de los receptores sensoriales. Para Roth y Tucker, la naturaleza de esa excesiva atención autofocalizada es bastante diferente en la ansiedad y la depresión. En la ansiedad, la atención autofocalizada refleja una motivación por focalizar la cognición y controlar la conducta internamente, y así activar conductas de afrontamiento ante las situaciones negativas. La atención autofocalizada permite a los individuos ansiosos restringir el rango de procesamiento de la información exterior para así poder seleccionar y ejecutar una secuencia motora

apropiada. En la depresión, la atención autofocalizada está relacionada con una retirada de toda estimulación exterior, con una reducción en la sensibilidad a la información externa. Roth y Tucker proponen que la atención excesivamente autofocalizada en la depresión resulta de un fallo en los sistemas perceptuales en orientar el procesamiento a los acontecimientos externos novedosos, incluso cuando los acontecimientos negativos que la provocaron son ya más manejables.

Por supuesto que, tal y como se explicó en la sección anterior, todas las diferencias cognitivas que se presentan en la Tabla 1 son el resultado, según la teoría cognitiva de Beck, de diferencias en los esquemas activos en la ansiedad y en la depresión, respectivamente, esquemas ansiógenos y depresogénicos. Tales esquemas se diferenciarían en las proposiciones cognitivas que contendrían, y sesgarían el procesamiento de la información o las operaciones cognitivas en la dirección de dichas proposiciones, dando lugar a productos cognitivos (inferencias o valoraciones y pensamientos automáticos) congruentes con el contenido de esas proposiciones.

4. Evaluación de la hipótesis de la especificidad de contenido en la ansiedad y en la depresión

La mayoría de los estudios cognitivos sobre la depresión y la ansiedad no aporta información alguna sobre la especificidad de los aspectos cognitivos, ya que, dada la alta correlación entre ansiedad y depresión (e.g., Tanaka-Matsumi y Kameoka, 1986; Sanz, 1991; cf. la revisión de Sanz, 1992), es probable que los sujetos depresivos tengan altos niveles de ansiedad y viceversa. Otros estudios, aunque han estudiado únicamente sujetos depresivos o ansiosos, han aportado más información respecto a la especificidad de las variables cognitivas, ya que seleccionaron sujetos depresivos o ansiosos "puros", es decir, se aseguraron de que sus sujetos eran sólo deprimidos o ansiosos, sin que hubiera indicio de la presencia de un nivel alto del otro trastorno emocional. Sin embargo, estos estudios por sí mismos aportan una información muy limitada en cuanto a la especificidad, porque los procesos que son objeto de estudio pueden también caracterizar las poblaciones no estudiadas. Por consiguiente, y tal como Kendall e Ingram (1989) han señalado, la investigación de la especificidad cognitiva en la depresión y en la ansiedad requiere una aproximación metodológica comparativa que separe los estados de depresión y ansiedad en el mismo estudio. Hasta la fecha, son muy pocos los estudios que han conseguido esto.

Esta sección revisa aquellos estudios que han intentado evaluar los aspectos cognitivos simultáneamente tanto en la ansiedad como en la depresión y, por lo tanto, aportan datos relevantes para evaluar la hipótesis de la especificidad de contenido de Beck. Para hacer esta revisión se seguirá el esquema de clasificación de las variables cognitivas anteriormente mencionado. En el Anexo 1 se presentan las características más importantes de los estudios que han estudiado la especificidad de los constructos cognitivos en la ansiedad y en la depresión a partir de un diseño de comparación de grupos (bien de pacientes clínicos o bien de análogos subclínicos).

4.1. Especificidad Cognitiva a Nivel de los Productos Cognitivos

Es este el área más estudiada, probablemente debido a su fácil evaluación, generalmente a través de autoinformes. Dentro de los productos cogniti-

vos se pueden distinguir los siguientes constructos:

A) Inferencias

Ross (1977) ha propuesto tres tipos principales de inferencias de interés en el estudio de la cognición humana:

- (1) *Atribuciones Causales*: Inferencias relativas a las causas de los sucesos.
- (2) *Adscripciones de Atributos*: Inferencias relacionadas con la adscripción de características o cualidades a objetos, situaciones o personas.
- (3) *Predicciones*: Inferencias acerca de la naturaleza de los sucesos que van a acontecer.

(1) *Atribuciones Causales*

Beck y Clark (1988; véase la Tabla 1) señalan que las valoraciones o inferencias de los individuos deprimidos son globales, exclusivas y frecuentes, mientras que las de los individuos ansiosos son específicas en cuanto se circunscriben a las situaciones amenazantes. En cuanto a las inferencias causales o atribuciones causales, la principal operativización que se ha utilizado en la literatura es el "Cuestionario de Estilo Atribucional" (Attributional Style Questionnaire o ASQ; Peterson et al., 1982). Este cuestionario consiste en plantear 12 situaciones hipotéticas al sujeto, seis de logro (e.g., "ganas mucho dinero") y seis interpersonales (e.g., "te encuentras a un amigo que hace cumplidos sobre tu aspecto"). La mitad de los sucesos son positivos y la otra mitad negativos. La tarea del sujeto consiste en pensar y escribir cuál es el elemento más probable que, en su propio caso, pudiera haber sido la causa de cada uno de esos sucesos. El sujeto tiene libertad total para seleccionar y escribir la causa que considere oportuna, y a continuación se le pide que evalúe, en una escala de 1 a 7, el grado de *internalidad*, *globalidad* y *estabilidad* de dicha causa. Este proceso se repite para los 12 sucesos obteniéndose finalmente índices atribucionales de Internalidad, Estabilidad y Globalidad para sucesos positivos y negativos. A partir de esta operativización, la peculiar naturaleza de las inferencias causales depresivas (su exclusividad, frecuencia y globalidad) se podría evaluar a partir de las escalas de Estabilidad y Globalidad del ASQ, pero es difícil ver cómo el uso del ASQ puede evaluar la naturaleza de las atribuciones causales ansiosas, su especificidad a situaciones amenazantes, puesto que el ASQ no ha utiliza-

do una taxonomía de situaciones relevante al carácter amenazante o no de las situaciones hipotéticas que se presentan a los sujetos.

Teniendo en cuenta esa limitación, los estudios que han comparado las atribuciones causales en sujetos deprimidos y ansiosos han confirmado la hipótesis de Beck y Clark respecto a la naturaleza de las inferencias causales de los individuos deprimidos, por cuanto éstos, bien sean depresivos puros bien sean depresivos-mixtos (es decir, los sujetos con un *síndrome depresivo*), en comparación a los individuos ansiosos puros y a los individuos normales, obtienen en general puntuaciones más altas en Estabilidad y Globalidad para los sucesos negativos, y puntuaciones más bajas en Estabilidad y Globalidad para los sucesos positivos (véase la Tabla 2). No obstante, hay que señalar que esa diferenciación probablemente depende también del tipo de ansiedad que se compare con la depresión. Así aunque los datos son todavía preliminares, es probable que los pacientes con fobia social tengan un estilo atribucional en cuanto a la Estabilidad y la Globalidad más parecido a la de los pacientes con depresión (Heimberg et al., 1989).

Otra característica que la hipótesis de la especificidad predica en cuanto a la distinción de las valoraciones o inferencias depresivas y ansiosas es que las primeras son más absolutas y conclusivas, mientras que las últimas son más tentativas (véase la Tabla 1). Los individuos deprimidos atribuyen la causalidad a factores caracteriológicos, normalmente a defectos esenciales de su personalidad, por lo que tales defectos serían irrevocables; por el contrario, los individuos ansiosos atribuyen los sucesos negativos a fallos propios más conductuales, en el sentido de que dependen más de la situación (e.g., suspenderé el examen por no haberlo preparado bien, por no comprender bien una pregunta), o directamente a factores situacionales, por lo que sus inferencias causales tienen un carácter más tentativo, menos concluyente (Beck y Emery, 1985). Aunque la operativización no es la más adecuada, esa diferencia entre las inferencias causales depresivas y ansiosas se podría reflejar en las puntuaciones en la escala de Internalidad del ASQ (o en ciertas escalas de Responsabilidad que se han desarrollado; e.g., Heimberg et al., 1987). Los resultados empíricos de la literatura de nuevo confirman, en general, la hipótesis de especificidad de Beck, aunque los resultados son más consistentes

para los sucesos positivos que para los negativos¹: los sujetos deprimidos, en comparación a sujetos ansiosos y normales, obtienen puntuaciones menores en Internalidad y Responsabilidad para los sucesos positivos, y puntuaciones mayores en esas escalas para los sucesos negativos (véase el Anexo 1).

En conclusión, la hipótesis de la especificidad de contenido a nivel de las atribuciones causales se ve confirmada sobre todo en su caracterización de la depresión: los individuos con un síndrome depresivo hacen atribuciones causales negativas más globales, frecuentes, absolutas y conclusivas que los sujetos ansiosos o normales, mientras que sus atribuciones causales positivas son menos globales, frecuentes, absolutas y conclusivas que las de estos últimos sujetos. En cuanto a la ansiedad, puesto que todavía no se ha desarrollado un procedimiento de evaluación adecuado para examinar si sus atribuciones causales negativas son selectivas para las situaciones de miedo, lo único que se puede afirmar por ahora es que son menos conclusivas y absolutas que la de los sujetos deprimidos. Las atribuciones causales de los individuos ansiosos apenas se distinguen de las atribuciones causales de los sujetos normales, excepto para algún tipo particular de ansiedad como, por ejemplo, los individuos con fobia social que presentan un estilo atribucional parecido al de los depresivos.

(2) Adscripciones de Atributos

Solo dos estudios han comparado las adscripciones de atributos en grupos de individuos deprimidos y ansiosos, utilizando uno de ellos (Craighead et al., 1979) un paradigma de *percepción de feedback evaluativo en una tarea* (en el que se ofrece al sujeto feedback sobre su rendimiento en una tarea impersonal) y el otro (Dobson, 1989b) un paradigma de *percepción de feedback sobre la conducta interpersonal* (en el que al sujeto, tras terminar una interacción social en el laboratorio, juzga su propia conducta y sus juicios

¹ Esta mayor consistencia de los resultados para los sucesos positivos que para los sucesos negativos en los estudios que evalúan la especificidad cognitiva en la ansiedad y en la depresión no deja de ser sorprendente. En un estudio meta-analítico, Sweeney, Anderson y Bailey (1986) concluían que los resultados de los 104 trabajos publicados hasta la fecha avalaban la existencia en las personas deprimidas de un estilo atribucional Interno-Global-Estable para sucesos negativos; sin embargo, también concluían que la existencia de un estilo depresivo Externo-Específico-Inestable para sucesos positivos en los individuos deprimidos no tiene un respaldo claro.

son comparadas con los del compañero de interacción) —véase el Anexo 1—. Estos estudios no han sido diseñados específicamente para evaluar las diferencias que aparecen en la Tabla 1 entre ansiedad y depresión en las valoraciones o inferencias, sino que han tratado de evaluar en general la existencia o no de sesgos negativos o positivos en la percepción de la realidad, o sea, en las adscripciones de atributos. De hecho, los estudios se enmarcan en el ámbito de estudio de la hipótesis del *realismo depresivo* o *imparcialidad depresiva* (cf. Sanz y Vázquez, 1991). En este contexto parece conveniente distinguir entre los conceptos de 1) *error o distorsión* y 2) *diferencia o discrepancia* (Dobson y Franche, 1989). Una *inferencia errónea o distorsionada* es un juicio o conclusión que es inconsistente con alguna medida comúnmente aceptada de "realidad objetiva", de tal manera que sólo aquellos estudios (como los revisados en el Anexo 1) en los que se conozca la realidad objetiva de la situación son relevantes para decidir sobre el realismo de las personas deprimidas, ansiosas o normales. El término *discrepancia*, por su parte, hace referencia en este contexto a una diferencia estadísticamente significativa entre los sujetos deprimidos o ansiosos y los no deprimidos en cuanto al número o tipo de inferencias que realizan. Los dos estudios revisados arrojan resultados contradictorios. Craighead et al. (1979) no encontraron ni evidencia de distorsión ni discrepancias entre sus grupos de universitarios ansiosos, depresivos-ansiosos y normales. Por el contrario, Dobson (1989b) encontró que los universitarios ansiosos, ansiosos-depresivos y normales discrepaban en su valoración de la conducta interpersonal de un compañero de interacción, en el sentido de que los estudiantes normales no mostraban ninguna distorsión, mientras que tanto los estudiantes ansiosos como los ansiosos-depresivos exhibían una distorsión negativa, infravalorando la aceptación que habían recibido por parte del compañero (es decir, creyeron que habían sido más rechazados de lo que realmente fueron).

En conclusión, los estudios sobre la especificidad de las adscripciones de atributos en la ansiedad y en la depresión parecen señalar, aunque la evidencia es muy preliminar, que los individuos deprimidos y los individuos con ansiedad presentan ambos una distorsión negativa en su percepción de la realidad sólo evidente en tareas ecológicamente válidas. La falta de investigación y la poca especificidad de ésta no permiten examinar si esa distorsión negativa presenta rasgos diferencia-

les en la ansiedad y en la depresión, como propone la teoría de Beck.

(3) Predicciones

A tenor de los resultados de los estudios revisados en el Anexo 1, la realización de predicciones negativas acerca del propio futuro se configura como una de las características definitorias y *específicas* de la depresión frente a la ansiedad. No obstante, hay que matizar que prácticamente todos los estudios han utilizado medidas globales de la presencia de predicciones generales negativas sobre el propio futuro (e.g., la "Hopelessness Scale" o Escala de Desesperanza de Beck, HS), las cuales no son muy adecuadas para examinar la hipótesis de Beck y Clark (véase la Tabla 1) de que las predicciones de los individuos ansiosos también son negativas, aunque circunscritas a situaciones de peligro y con un matiz más tentativo (el fenómeno del "qué ocurriría si")². Teniendo en cuenta esta limitación, la evidencia empírica disponible no permite avalar la propuesta de que los individuos ansiosos exhiben predicciones generales negativas acerca de su futuro, excepto quizás para los sujetos con fobia social (Heimberg et al., 1989).

B) Pensamientos Automáticos

En consonancia con la terminología empleada en la bibliografía se han englobado todos los estudios sobre *autoafirmaciones* o *pensamientos autorreferentes* (esos comentarios internos que ocupan el flujo de la conciencia, cuya audiencia es el propio individuo y que generalmente adoptan la forma de un diálogo interno del individuo consigo mismo) bajo el epígrafe de pensamientos automáticos. Sin embargo, hay que señalar que la teoría de Beck distingue entre pensamientos e imágenes voluntarios y pensamientos automáticos, distinción que no se ha plasmado claramente en la investigación³.

² Otros problemas con las actuales medidas de las predicciones negativas en los trastornos emocionales y, en general, con la investigación de ese constructo cognitivo, se revisan en Sanz y Vázquez (1991).

³ Otra cuestión es si los pensamientos automáticos de la teoría cognitiva de Beck son verdaderamente "automáticos" en el sentido que tiene este concepto en la Psicología Cognitiva (cf. Hartlage, Alloy, Vázquez y Dykman, 1993). A simple vista, parece que existe una discrepancia notable. En la Psicología Cognitiva se hace una distinción entre procesos automáticos y controlados (Hasher y Zacks, 1979; Posner y Snyder, 1975; Schneider y Shiffrin, 1977; Shiffrin y Schneider, 1977). Un proceso au-

En cualquier caso, parece que en relación a este tipo de productos cognitivos existe una alta especificidad, al menos entre los pacientes deprimidos y ansiosos; los primeros exhiben más pensamientos automáticos negativos de contenido relacionado con la depresión (temas de pérdida o fallos), mientras que los segundos manifiestan más pensamientos automáticos negativos de contenido relacionado con la ansiedad (temas de amenazas y peligro). Además, un análisis de los ítems de la Lista de Cogniciones ("Cognition CheckList", CCL), el instrumento que aporta la mayoría de la información favorable a la especificidad cognitiva, indica que los pensamientos automáticos en la ansiedad, en comparación a la depresión, adoptan con mayor frecuencia la forma de preguntas sobre el peligro presente y las posibilidades de peligro futuras. Es decir, los resultados de los estudios con

pacientes revisados en el Anexo 1 confirman plenamente la hipótesis de la especificidad de contenido de Beck (Beck et al., 1987; Clark y Beck, 1991; Clark, Beck y Brown, 1989; Clark, Beck y Stewart, 1990; Hill, Oei y Hill, 1979).

Aunque menos contundentes, los resultados obtenidos con muestras con niveles subclínicos de ansiedad o depresión también son, en general, favorables a la hipótesis de la especificidad. En algunos estudios, tal y como se predecía desde la hipótesis de Beck, los individuos subclínicamente deprimidos han mostrado más pensamientos automáticos negativos que los individuos subclínicamente ansiosos (e.g., Bruch et al., 1993, Estudio 1; Ingram, 1989a). En otros estudios, aunque no se han encontrado diferencias estadísticamente significativas entre individuos con niveles subclínicos de ansiedad y depresión, éstos diferían de los normales en la dirección prevista por la hipótesis. Es decir, los sujetos subclínicamente deprimidos, pero no los ansiosos, exhiben más pensamientos negativos depresivos que los individuos normales (e.g., Ingram et al., 1987), y, por su parte, los individuos subclínicamente ansiosos, pero no los deprimidos, muestran más pensamientos negativos ansiosos que los sujetos normales (e.g., Sanz y Avia, 1993, Estudio 2).

Por otro lado, en relación al problema de la especificidad, algunos autores han sugerido que los individuos deprimidos exhiben un menor número de autoafirmaciones de carácter positivo, característica que los diferenciaría de los individuos con ansiedad (e.g., Ingram, 1989b). La evidencia disponible por ahora no es muy favorable a esta posibilidad (e.g., Ingram, 1989a; Bruch et al., 1993, Estudio 1). De hecho, parece que cuando se utilizan instrumentos que específicamente evalúan pensamientos positivos asociados con la ansiedad, los individuos ansiosos también exhiben un menor número de autoafirmaciones positivas (e.g., Bruch et al., 1993, Estudio 1). Es decir, la hipótesis de la especificidad podría también cumplirse a nivel de los pensamientos positivos, de manera que los individuos deprimidos mostrarían un menor número de autoafirmaciones positivas de contenido relacionado con las preocupaciones depresivas, mientras que los individuos ansiosos también exhibirían un menor número de pensamientos automáticos positivos pero de contenido relacionado con la ansiedad. Sin embargo, otros estudios han sido incapaces de detectar este último extremo, a pesar de utilizar medidas de pensamientos positivos específicamente relacionados con la ansiedad (e.g., Sanz y Avia, 1993, Estudios 1 y 2). En resumen,

tomático es aquel que (a) ocurre sin intención o control; (b) tiene lugar de forma paralela sin interferir con otras operaciones o exceder las limitaciones de capacidad del sistema cognitivo, y (c) ocurre sin requerir atención y sin que el individuo sea consciente de su presencia. Además, Schneider y Shiffrin (1977) postulan que una vez iniciados, los procesos automáticos se completan hasta el final, siendo muy difíciles de detener o modificar, y que tales procesos requieren una cantidad apreciable de práctica para que se desarrollen. Por su parte, un proceso controlado o consciente o con esfuerzo es aquel que (a) requiere atención y por tanto es sensible a las limitaciones de la capacidad cognitiva; (b) tiene lugar serialmente interfiriendo con otras operaciones, y (c) es flexible y se adapta a situaciones novedosas de modo que su eficiencia mejora con la práctica y genera aprendizaje. Aunque Schneider y Shiffrin diferencian entre procesos controlados sobre los que el sujeto es consciente y sobre los que no lo es, en general, los teóricos coinciden en señalar que los individuos son conscientes de los procesos controlados (Hasher y Zacks, 1979; Posner y Snyder, 1975). Schneider y Shiffrin (1977) consideran además que los procesos controlados son voluntarios mientras que Posner y Snyder (1975) y Hasher y Zacks (1979) señalan que otra característica de los procesos controlados es que van acompañados de la impresión subjetiva de esfuerzo. En realidad ambas definiciones representan los polos opuestos de un continuo de control o automatización, donde se distinguen grados porque es muy difícil hallar procesos automáticos o controlados puros.

Bajo la consideración de distintos grados de automatización, los pensamientos automáticos de Beck podrían cumplir en cierto grado el primer y tercer criterio de automatización ya que para Beck el concepto entraña la idea de que los pensamientos no se presentan sobre la base de la razón y de la lógica, sino que aparecen inesperada y rápidamente, como evocados reflejamente por ciertas situaciones, no estando sujetos a la volición o al control consciente. Sin embargo, los pensamientos automáticos de Beck por definición interfieren de lleno con la ejecución de otras actividades hasta incluso llegar a "paralizar" al sujeto, lo que contradice el segundo criterio de automatización propuesto en la Psicología Cognitiva. En cualquier caso, no se conoce ningún estudio que haya abordado de manera sistemática la evaluación empírica del concepto de pensamientos automáticos de Beck a la luz de los criterios cognitivos de automatización.

cualquier conclusión sobre la especificidad de los pensamientos automáticos positivos debe aguardar a que se realice nuevas investigaciones, sobre todo con pacientes, ya que los datos que aparecen en el Anexo 1 han sido obtenidos casi en su totalidad a partir de comparaciones de muestras de análogos clínicos, las cuales, como se ha dicho, presentan los datos menos contundentes en favor de la hipótesis de especificidad.

En relación con este tipo de población, es importante señalar que los individuos que manifiestan a la vez elevados síntomas depresivos y ansiosos (sujetos mixtos) son aquellos que presentan un patrón de pensamientos negativos y positivos, tanto de contenido ansioso como depresivo, más diferencial frente a los sujetos normales e incluso frente a los individuos únicamente deprimidos o únicamente ansiosos, a pesar de que estos últimos no se diferencien de aquellos en cuanto al nivel de sintomatología depresiva o ansiosa. Es decir, la interacción entre niveles subclínicos de ansiedad y depresión tiene unos efectos particulares que se reflejan en una mayor frecuencia (o infrecuencia) de pensamientos negativos (o positivos) en comparación a ambos estados emocionales por sí solos. La investigación futura deberá postular los posibles mecanismos que subyacen a esta interacción y que dan lugar a que los sujetos mixtos presenten las puntuaciones más extremas en los instrumentos que miden pensamientos automáticos.

4.2. Especificidad Cognitiva a Nivel de las Operaciones Cognitivas

Los estudios que han evaluado la especificidad en la ansiedad y la depresión de las operaciones cognitivas han estudiado: (a) las operaciones de codificación y recuperación de la información, (b) la velocidad (eficiencia) del procesamiento, (c) la atención selectiva, (d) la atención autofocalizada, y (d) la propagación de la activación.

A) Codificación y Recuperación de Información (Memoria)

Los resultados de los estudios revisados en el Anexo 1 presentan cierta evidencia, aunque no muy consistente, en favor de la hipótesis de la especificidad de contenido de Beck: los sujetos deprimidos manifiestan un sesgo mnésico que favorece el recuerdo de la información negativa depresiva, mientras que los sujetos ansiosos exhiben un sesgo mnésico que favorece el recuerdo de la información negativa ansiosa (e.g., Greenberg y

Beck, 1989; Ingram et al., 1987; Strauman, 1992). La evidencia es más o menos clara dependiendo del tipo de paradigma experimental utilizado (e.g., no se han encontrado datos favorables a la hipótesis de la especificidad utilizando tareas de recuerdo de feedback tras las realización de una tarea impersonal) y de si se presenta información más o menos congruente o específica a los hipotéticos esquemas depresogénicos y ansiógenos que median los sesgos de memoria (e.g., la evidencia es menos clara cuando se utiliza información neutra en vez de información positiva y negativa, o cuando esta última no distingue entre información relevante a la ansiedad y a la depresión).

La inconsistencia de los datos revisados en el Anexo 1 radica fundamentalmente a la hora de detectar entre los sujetos con ansiedad sesgos de memoria en favor de la información negativa relevante a dicho trastorno. En este sentido, los estudios de especificidad son fiel reflejo de lo que ocurre en general en las investigaciones sobre ansiedad y memoria. Es más, últimamente, se viene afirmando que la ansiedad afecta preferentemente a los procesos atencionales, pero no a los mnésicos, mientras que lo contrario ocurriría en el caso de la depresión (e.g., Dalgleish y Watts, 1990). Esta afirmación, que constituye la tesis principal del modelo de Williams et al. (1988), es totalmente contraria a la teoría de Beck, la cual propone que tanto la depresión como la ansiedad afectan a todos los estadios del procesamiento de la información, desde los estadios iniciales perceptivos y atencionales hasta los más posteriores de codificación, almacenamiento y recuperación. Un examen de las investigaciones publicadas (véase la revisión de Sanz, 1992) parece demostrar que la conclusión de que la ansiedad no afecta a los procesos de memoria y la depresión no afecta a los atencionales debe tomarse con mucha precaución porque los datos están muy lejos de poder validar uno u otro modelo, el de Beck o el de Williams et al. (1988).

Centrándonos en los procesos de memoria en la ansiedad, los estudios sobre el efecto de autorreferencia (si se excluyen los resultados de los estudios metodológicamente deficientes, como por ejemplo, aquellos que no han utilizado estímulos negativos con un contenido relacionado específicamente con la ansiedad) señalan que los pacientes con trastornos de ansiedad presentan un sesgo mnésico que favorece el recuerdo de la información ansiosa negativa (cf. Sanz, 1992). En el caso de la ansiedad rasgo, la literatura empírica no permite concluir que los sujetos con niveles altos

de ansiedad manifiesten un sesgo mnésico hacia la información ansiosa negativa (cf. Sanz, 1992). Es probable, pues, que la distinción entre pacientes ansiosos y análogos subclínicos sea de gran importancia a la hora de evaluar la especificidad. En la bibliografía publicada, sólo Greenberg y Beck (1989) han examinado en un mismo estudio los procesos mnésicos de pacientes depresivos y ansiosos. Aunque estos autores descubrieron que los pacientes con trastornos de ansiedad recordaban más adjetivos autorreferentes negativos ansiosos que positivos, sus tasas absolutas de recuerdo para los dos tipos de adjetivos no eran diferentes de las tasas de recuerdo de los sujetos normales o de los pacientes depresivos.

Las dificultades antes apuntadas a la hora de detectar sesgos mnésicos en poblaciones subclínicas ansiosas vienen refrendadas en las investigaciones sobre especificidad cognitiva. Dos estudios (Sanz, 1992; Kennedy y Craighead, 1988, Estudio 2) no han encontrado tales sesgos entre universitarios ansiosos, pero sí entre universitarios con síntomas depresivos, apoyando, pues, el modelo de Williams et al. (1988). Los estudios de Ingram et al. (1987) y Strauman (1992), sin embargo, demuestran la existencia de sesgos mnésicos en muestras de sujetos subclínicamente deprimidos o ansiosos, sesgos que además se dirigen hacia la información congruente con tales estados psicopatológicos y que, por consiguiente, confirman la hipótesis de la especificidad de contenido de Beck.

B) Velocidad de Procesamiento

Como ocurría en el estudio de las operaciones mnésicas, los escasos estudios que han evaluado la especificidad de la velocidad del procesamiento en la ansiedad y en la depresión muestran inconsistencias en el momento de caracterizar a los individuos ansiosos. Los resultados de los estudios de Greenberg y Alloy (1989) y Strauman (1992) indican que los individuos ansiosos y normales exhiben una mayor velocidad en el procesamiento de la información positiva frente a la negativa (independiente del contenido de dicha información), mientras que los individuos con un síndrome depresivo (deprimidos puros o depresivos-ansiosos) bien presentan una mayor velocidad en el procesamiento de la información negativa o bien exhiben una "imparcialidad" en la velocidad con que procesan la información negativa y positiva.

Aunque este patrón de resultados indica una diferencia cognitiva entre ansiedad y depresión a

nivel de la velocidad de procesamiento, tal diferencia sólo se ajusta parcialmente a la hipótesis de la especificidad de contenido de Beck, ya que ésta propondría una mayor velocidad de procesamiento en los individuos ansiosos ante la información negativa ansiosa y una mayor velocidad de procesamiento en los individuos deprimidos ante la información negativa depresiva. En este sentido, los resultados de Sanz (1992, Estudio 1) con adjetivos idiográficos son más relevantes a la hipótesis de Beck, e indican que la depresión puede distinguirse, al menos, de la ansiedad a los exámenes, aunque, probablemente, no de la ansiedad social).

Sanz encontró que tanto los sujetos con síntomas depresivos y ansiosos (mixtos) como los sujetos normales, con ansiedad social o ansiedad a los exámenes se autoatribuían con mayor rapidez la información autorreferente que la neutral. Por otro lado, también halló que existían diferencias en el contenido y valencia de los adjetivos que los sujetos de los diferentes grupos consideraban autorreferentes, de forma que los sujetos depresivos-ansiosos se atribuían adjetivos con un contenido más depresivo que los sujetos con ansiedad a los exámenes. Por tanto, dadas las diferencias en contenido, los resultados anteriores sobre el tiempo de reacción al hacer juicios de autoatribución deben interpretarse como sugiriendo que los individuos con síntomas depresivos, en comparación a los individuos con ansiedad a los exámenes, procesan con mayor rapidez la información de contenido depresivo. Sin embargo, no aparecieron diferencias a la hora de comparar el contenido o valencia de los adjetivos considerados autorreferentes por los sujetos mixtos y con ansiedad social, aunque ambos individuos se autoatribuyeron adjetivos más negativos que los sujetos normales. En consecuencia, debe inferirse que entre la ansiedad social y la depresión no existen diferencias en la velocidad con que procesan la información negativa o positiva, pero que ambos estados psicopatológicos presentan, frente a la normalidad, un mejor procesamiento de la información negativa.

Esta falta de distinción entre ansiedad social y depresión también fue evidente en otro estudio de Sanz (1992, Estudio 4). En este otra investigación, tanto los individuos ansiosos sociales como los deprimidos se caracterizaban por la "imparcialidad" con que procesaban la información negativa y positiva, mientras que los individuos normales presentaban un sesgo en la velocidad del procesamiento que favorecía la información positiva.

En resumen, dada la escasez de estudios, es imposible decidir si la semejanza en la velocidad

con que se procesa la información positiva y negativa es una característica específica de la depresión frente a la ansiedad, es una característica común a ambos trastornos, o bien es común a la depresión y algunos tipos de estados de ansiedad, por ejemplo, la ansiedad social, pero no a otros (e.g., ansiedad a los exámenes o ansiedad general).

C) Atención Selectiva

Únicamente dos estudios han examinado la especificidad cognitiva de la atención selectiva en la ansiedad y en la depresión (véase el Anexo 1). Ambos estudios han empleado el mismo paradigma experimental e indican que, consistentemente con la hipótesis de la especificidad de contenido de Beck (véase la Tabla 1), los pacientes con ansiedad generalizada y los sujetos con niveles subclínicos de ansiedad social manifiestan un sesgo atencional hacia la información ansiosa, amenazante o que indica peligro, sesgo que no presentan, por el contrario, los pacientes depresivos o los individuos subclínicamente deprimidos. La hipótesis de la especificidad de contenido de Beck propone además que los individuos deprimidos exhibirían un sesgo atencional hacia la información negativa autorreferente depresiva. El estudio de MacLeod et al. (1986) no incluía ese último tipo de información, y por lo tanto no pudo evaluar esa parte de la hipótesis de Beck. Sin embargo, el estudio de Sanz (1992, Estudio 4) sí incluía información negativa de contenido relacionado con la depresión y sus resultados señalan que los individuos subclínicamente deprimidos no atienden de forma selectiva a la información negativa depresiva en detrimento de la información positiva.

En principio, estos datos, aunque escasos, apoyan la hipótesis del modelo de Williams et al. (1988) de que la ansiedad, pero no la depresión, afecta a los procesos atencionales y, por tanto, son contrarios a la teoría de Beck que predice que ambos trastornos emocionales influyen en los procesos de atención selectiva. Sin embargo, antes de aceptar esta conclusión debe considerarse la posibilidad de que los estados subclínicos depresivos estén relacionados con esa ausencia de sesgos atencionales (o "imparcialidad atencional") y que, únicamente los pacientes depresivos manifiesten respuestas atencionales selectivas a la información negativa de contenido depresivo. Una revisión de los estudios sobre atención y depresión indica que esta posibilidad, aunque todavía no consistentemente probada, tampoco puede ser des-

cartada (véanse las revisiones de Sanz y Vázquez, 1991; cf. también Sanz y Dobson, 1993). Por otro lado, la presencia de imparcialidad atencional en los individuos subclínicamente deprimidos no tiene por que suponer que la depresión *no afecta* a los procesos atencionales. Más bien, indicaría lo contrario. Puesto que varios estudios informan de la presencia de ciertos sesgos atencionales en los individuos normales, bien en cuanto que evitan la información negativa amenazante (e.g., MacLeod et al., 1986; Sanz, 1992, Estudio 4) o bien en cuanto que atienden selectivamente a la información positiva (e.g., Gotlib, McLachlan y Katz, 1988), la imparcialidad atencional de los individuos con sintomatología depresiva lo que sugeriría es que la depresión subclínica *sí afecta* a los procesos atencionales haciendo desaparecer los sesgos atencionales "normales" que manifiestan los sujetos normales sin depresión.

En resumen, a la vista de la escasez de estudios y de la confusión que reina acerca de los efectos de la depresión en la atención, es prematuro sacar ninguna conclusión sobre la especificidad de los procesos atencionales selectivos en la ansiedad y en la depresión, aunque, hay que reconocer que los efectos de la ansiedad en los procesos atencionales selectivos aparecen de forma más consistente en la literatura, circunstancia que reclama una posterior elaboración y refinamiento en la hipótesis y la teoría de Beck.

D) Atención Autofocalizada

También en relación a la atención autofocalizada es notable la ausencia de estudios sobre especificidad en la ansiedad y la depresión. Los resultados de los dos estudios llevados a cabo hasta la fecha indican que la depresión y la ansiedad no difieren entre sí en la tendencia a prestar atención a los aspectos más internos e íntimos del sí mismo (autoconciencia privada), aunque la presencia de una alta autoconciencia privada distingue a ambas alteraciones emocionales de la normalidad. Aunque Ingram (1990) ha notado cierta característica atencional diferencial entre ansiedad social y depresión en cuanto que los individuos ansiosos y ansiosos-deprimidos exhiben una mayor tendencia a focalizar su atención en los aspectos de sí mismo que son observables por otras personas (autoconciencia pública), esa característica no se ha visto substanciada empíricamente en el estudio de Sanz y Avia (1993, Estudio 3) y espera, pues, a que nuevas investigaciones al respecto que afirmen o rechacen su plausibilidad.

A primera vista, los resultados de esos dos estudios no son favorables a la hipótesis de la especificidad de contenido de Beck. Se tiene que observar, no obstante, que la peculiar naturaleza de los procesos de atención autofocalizada en la ansiedad y en la depresión que hipotetiza la teoría de Beck (véase la Tabla 1), no ha sido puesta a prueba por esos dos estudios ya que las medidas que utilizaron (la Escala de Autoconciencia, SCS, y el Test de Estilo Atencional e Interpersonal, TAIS) no pueden evaluar si la atención autofocalizada representa, en la ansiedad, un intento por ganar control sobre los estímulos externos e internos, y, en la depresión, por el contrario, representa un pérdida de interés por los estímulos externos, aspecto éste central para la teoría.

E) Propagación de la Activación

En Psicología Cognitiva una de las características claves de los esquemas cognitivos es que sus elementos o unidades de conocimiento están interconectados estructuralmente, de manera que la activación de una de las unidades de conocimiento de la estructura incrementaría, a través de un proceso de *propagación o difusión de la activación*, la accesibilidad o facilidad con que otras unidades de conocimiento, con las que guarda relación, se usan en el procesamiento de información⁴. De aquí se sigue que, de existir tal proceso en los esquemas depresogénicos (o ansiógenos) propuestos por Beck, la activación de una unidad de conocimiento depresivo-negativo (ansioso-negativo) incrementaría la probabilidad de que otras unidades de conocimiento depresivo-negativo (ansioso-negativo) afecten al procesamiento de la información (e.g., el rendimiento en una tarea Stroop) o a la conducta emocional del sujeto (e.g., al tipo de estado de ánimo).

A pesar de la importancia de este tipo de estudios de cara a validar el concepto de esquemas depresogénicos y ansiógenos, conceptos claves en la teoría de Beck, apenas existen investigaciones

publicadas al respecto (véase la revisión de Sanz, 1992).

En el Anexo 1 se recogen los tres estudios que, simultáneamente en individuos deprimidos y ansiosos, han evaluado ese proceso de propagación de la activación entre *unidades de conocimiento autorreferente*. Dos de esos estudios han encontrado evidencia empírica de su presencia en la depresión y, menos consistentemente, en la ansiedad (Segal et al., 1988; Strauman, 1989). Además, en el estudio de Strauman (1989) se evidenció la especificidad de las unidades de conocimiento implicadas en ese proceso de difusión de la activación. La presentación (o activación) de una unidad de conocimiento ansiosa-negativa venía seguida de un estado de ánimo agitado en los pacientes con fobia social (porque supuestamente aquella había activado otras unidades de conocimiento de una estructura cognitiva asociada a la ansiedad social que, a la postre, había sido la causante de ese estado de ánimo), mientras que, en los pacientes depresivos, la activación de una unidad de conocimiento depresivo-negativo venía seguida de un estado de ánimo desalentado (porque supuestamente aquella había activado otras unidades de conocimiento de una estructura cognitiva asociada a la depresión que, a la postre, había sido la responsable de ese estado de ánimo). El tercer estudio, aquel de Sanz (1992, Estudio 1), no ha encontrado datos favorables a la existencia de propagación de la activación entre *unidades de conocimiento autorreferente*.

Aunque, en general, los estudios del Anexo 1 parecen indicar cierto apoyo a la teoría de Beck, máxime cuando los resultados favorables se encuentran cuando se evalúan muestras clínicas y los desfavorables cuando se examinan muestras subclínicas, esta discrepancia debe tenerse en consideración, porque unida a la ausencia de resultados en otros dos estudios parecidos de diseño correlacional, no comparativo (Sanz, 1992), alerta a futuros investigadores sobre las dificultades metodológicas que entraña este tipo de investigación, de las cuales una de las más importantes es la dificultad de separar los procesos *automáticos* de propagación de activación de los procesos *controlados* que el sujeto puede poner en marcha al realizar el tipo de tareas experimentales que se recogen en el Anexo 1.

⁴ Como acertadamente señalan Ingram y Wisnicki (1991), puesto que la propagación de la activación se concibe como una operación cognitiva que subyace a todo tipo de estructuras cognitivas, sean disfuncionales o no, no se puede decir con rigor que constituya una característica depresiva o ansiosa. Sin embargo, en la medida en que la propagación de la activación opera en esquemas depresogénicos o ansiógenos dando como resultado un procesamiento disfuncional de la información, se podría considerar la propagación de la activación como "disfuncional" o "depresiva" o "ansiosa".

3. Especificidad Cognitiva a Nivel de las Proposiciones Cognitivas

Los esquemas depresogénicos y ansiógenos en la teoría de Beck contienen información o proposiciones cuyo contenido refleja reglas o creencias acerca de sí mismos y del mundo. La evaluación del contenido proposicional de esos esquemas no se puede hacer directamente, sino que hay que acudir a medidas de autoinforme (o técnicas relacionadas) de las actitudes vitales de los sujetos, de su concepción general del mundo y de su concepto de sí mismos, aún cuando, en rigor, tales instrumentos miden productos cognitivos.

A) Actitudes Disfuncionales

Los estudios que han utilizado medidas de autoinforme para comparar las actitudes vitales generales en la depresión y en la ansiedad se han centrado exclusivamente en el empleo de la "Dysfunctional Attitudes Scale" (Escala de Actitudes Disfuncionales, DAS, de Weissman, 1979). Las actitudes que mide la DAS son "disfuncionales" en el sentido de que establecen contingencias rígidas e inapropiadas para determinar la propia autovalía y, en consecuencia, es muy fácil que los acontecimientos de la vida diaria obstaculicen los intentos de las personas que poseen esas actitudes por cumplir las contingencias establecidas en ellas.

Tomando la puntuación total de la DAS como medida de las actitudes disfuncionales, los resultados de los estudios que se presentan en el Anexo 1 indican tanto que los pacientes depresivos (y probablemente en general los pacientes con un síndrome depresivo) muestran más actitudes disfuncionales que los pacientes con ansiedad (e.g., Blackburn et al., 1986; Clark et al., 1989), como que ambos trastornos no se diferencian en cuanto a este constructo cognitivo (e.g., Hill, Oei y Hill, 1989; Sanz y Avia, 1993, Estudio 4; Clark, Beck y Stewart, 1990). Sin embargo, la utilización de medidas menos globales que la puntuación total en la DAS, que evalúan grupos específicos de actitudes disfuncionales temáticamente más homogéneos, permite una mejor apreciación de las diferencias entre depresión y ansiedad, y la explicación de los resultados contradictorios. Así, parece que los sujetos depresivos, en comparación a los ansiosos, podrían sobre todo exhibir más actitudes excesivamente perfeccionistas acerca de sí mismo, más actitudes inapropiadas para determinar las vulnerabilidades o debilidades caracteriológicas de uno,

y más actitudes de dependencia (e.g., Clark, Beck y Stewart, 1990; Sanz y Avia, 1993, Estudio 4).

Estos hallazgos son consistente con la hipótesis de la especificidad de contenido de Beck puesto que la DAS fue diseñada específicamente para evaluar las actitudes disfuncionales que supuestamente contienen los esquemas depresogénicos. En contraste, hasta ahora no se conoce ningún estudio que haya utilizado una medida diseñada específicamente para evaluar las actitudes disfuncionales que hipotéticamente contienen los esquemas ansiógenos (e.g., se podría utilizar la Escala de Actitudes Desadaptativas de la Ansiedad o "Anxiety Maladaptive Attitudes Scale"; Mother-sill, 1987) para constatar si éstas están específicamente asociadas a la ansiedad, pero no a la depresión, como supondría la teoría de Beck.

B) Autoconcepto

Las diferencias en el autoconcepto de los individuos deprimidos y ansiosos se han investigado utilizando tres medidas: las puntuaciones en un cuestionario de autoconcepto (el Test de Autoconcepto de Beck o "Beck Self-Concept Test"; BST), la autoatribución de adjetivos de personalidad, y las discrepancias entre el concepto que una persona tiene de cómo es (el "yo real") y el concepto de cómo le gustaría o debería ser (el "yo ideal" y el "yo que debería", respectivamente). Los resultados de los estudios que han empleado el BST indican que los individuos diagnosticados de depresión (o con un síndrome de depresión) poseen un autoconcepto menos positivo que el de los pacientes con ansiedad, aunque esta diferencia depende en gran medida del tipo de trastorno de ansiedad que se compare puesto que, por ejemplo, no existen diferencias en la valencia del autoconcepto entre los pacientes con depresión y los pacientes con un trastorno por ansiedad generalizada (véase el Anexo 1). Este hallazgo es consistente con la teoría de Beck puesto que, aunque tanto en la ansiedad como en la depresión se espera un autoconcepto negativo, se espera también que en la ansiedad esté circunscrito a temas ansiógenos, mientras que en la depresión la negatividad del autoconcepto sería más global. En este sentido, el BST es una medida global de autoconcepto.

Los estudios con la técnica de autoatribución de adjetivos que han distinguido entre estímulos positivos y negativos no siempre han replicado los hallazgos obtenidos con el BST. Sanz presenta datos que permiten distinguir en este sentido la depresión de la ansiedad a los exámenes, pero no de

la ansiedad social (Sanz, 1992, Estudio 1 y 4). Segal et al. (1988) no confirmaron estadísticamente que los pacientes depresivos se autoatribuyeran más adjetivos negativos que los ansiosos, aunque, sin embargo, la ausencia de diferencias significativas parece achacable al pequeño tamaño de la muestra empleada, puesto que de hecho los pacientes depresivos se autoatribuyeron más del doble de adjetivos negativos (29%) que los pacientes ansiosos (12%).

Mucho más interesante para comprobar directamente la hipótesis de la especificidad de contenido de Beck son los estudios de autoatribución de adjetivos de personalidad positivos y negativos de contenido relacionado con la ansiedad o con la depresión. Greenberg y Alloy (1989) y Greenberg y Beck (1989) parecen confirmar que los individuos con un síndrome depresivo tienen un autoconcepto que contiene fundamentalmente información negativa-depresiva, característica que distingue a tales individuos de los sujetos ansiosos. Por otro lado, Sanz (1992) encontró que los sujetos con síntomas depresivos se autoatribuyen más adjetivos depresivos en comparación a los sujetos con ansiedad a los exámenes, aunque no en comparación a los sujetos con ansiedad social. Por el contrario, la evidencia empírica disponible no apoya la distinción entre los individuos ansiosos y deprimidos en función de que los primeros poseen un autoconcepto que contiene fundamentalmente proposiciones cognitivas de tipo negativo-ansioso, ya que, en este punto, no se han encontrado diferencias entre la ansiedad y la depresión (véase el Anexo 1).

Sin embargo, otro método para estudiar el autoconcepto de los individuos aporta información más favorable a la hipótesis de la especificidad de contenido en la depresión y en la ansiedad. Los individuos con síndrome depresivo manifiestan una mayor discrepancia yo-real/yo-ideal que los individuos con síndrome ansioso, y, por el contrario, estos últimos exhiben una mayor discrepancia yo-real/yo-debería que los primeros (Strauman, 1989, 1992). Este tipo de hallazgo, aunque compatible con la hipótesis de la especificidad de contenido de Beck, nace en el seno de (y es consistente con) la teoría de las autodiscrepancias de Higgins (1987).

C) Concepción del Mundo

Únicamente un estudio ha comparado la concepción del mundo de los individuos deprimidos y ansiosos. También en este caso, la hipótesis de la

especificidad de contenido se ve cumplida para la depresión, pero no para la ansiedad. Greenberg y Beck (1989) encontraron que los pacientes depresivos eligieron más adjetivos negativos depresivos (y menos adjetivos positivos depresivos) para reflejar su visión del mundo que los pacientes ansiosos, pero los pacientes ansiosos no eligieron, como era esperable desde la teoría de Beck, más adjetivos negativos ansiosos (o menos adjetivos positivos ansiosos) que los pacientes depresivos.

5. Conclusiones

De la revisión que se ha presentado se pueden obtener las siguientes conclusiones:

(1) Existe muy poca investigación sobre la especificidad de los constructos cognitivos en la ansiedad y en la depresión, escasez que es más patente a nivel de las operaciones cognitivas y de ciertas proposiciones cognitivas (e.g., proposiciones acerca de la visión del mundo).

(2) Los procedimientos e instrumentos empleados para evaluar la especificidad cognitiva en muchas ocasiones no permiten comprobar las sutiles diferencias entre la ansiedad y la depresión que la hipótesis de la especificidad de contenido de Beck y, en general, su teoría cognitiva, propugnan, ya que son medidas o demasiado globales o que no cubren los aspectos cognitivos propuestos⁵.

(3) En general, existe un apoyo empírico razonable de la hipótesis de la especificidad de contenido de Beck, aunque habría que matizar esta conclusión en el sentido de que: (a) el apoyo es mucho mayor a nivel de los productos cognitivos que a nivel de las operaciones cognitivas o de las proposiciones cognitivas, (b) la validación es mucho mayor en relación a las características cognitivas específicas de la depresión que a las características cognitivas específicas de la ansiedad (es decir, es más fácil distinguir la depresión de la ansiedad en función de la presencia o ausencia de las características cognitivas depresivas), y (c) los datos son más consistentes cuando se obtienen a partir de poblaciones clínicas que a partir de análogos subclínicos.

⁵ De forma relacionada hay que notar que los investigadores de la especificidad cognitiva en la ansiedad y en la depresión han descuidado el estudio de las propiedades psicométricas de sus instrumentos, propiedades que deberían maximizarse, en especial la validez de constructo.

(4) La hipótesis de contenido de Beck debe refinarse para poder explicar algunos hechos que la investigación ha revelado. Por ejemplo, la teoría debería elaborar alguna explicación de por qué algunos tipos de ansiedad se diferencian a nivel cognitivo más fácilmente de la depresión, mientras que otros tipos no. La teoría también tendría que explicitar cuáles son las diferencias entre depresión y ansiedad a niveles subclínicos, puesto que las diferencias originalmente propuestas por la hipótesis parecen cumplirse en mayor medida al estudiar poblaciones clínicas. En este sentido, recientemente Beck ha sugerido que "en esta fase de conocimiento, parece que el mayor poder explicativo lo ofrece un modelo que estipula que (a) la organización cognitiva no depresiva tiene un sesgo positivo, (b) cuando se cambia hacia la depresión, el sesgo cognitivo positivo se neutraliza, (c) cuando la depresión se desarrolla, ocurre un sesgo negativo" (p. 372, Beck, 1991). La teoría de Beck debería extender estas sugerencias a la diferenciación entre ansiedad y depresión. Por último, la hipótesis de Beck quizás debería considerar la

posibilidad de distinguir la ansiedad y la depresión en función además de las operaciones cognitivas que se manifiestan más o menos disfuncionales, en la dirección apuntada por el modelo de Williams et al. (1988) aunque con las modificaciones que supone, por ejemplo, la posible existencia de la "imparcialidad" atencional encontrada en los individuos con niveles subclínicos de depresión. Es decir, habría que replantearse el supuesto de que la distinción entre ansiedad y depresión es uniforme a lo largo de todos los constructos cognitivos y de todos los niveles de sintomatología. Por ejemplo, para distinguir la ansiedad y la depresión a nivel subclínico, se podría caracterizar a la ansiedad por una neutralización de los sesgos positivos propios de los individuos normales, no tan general como en la depresión subclínica, sino sólo circunscrita a ciertos niveles cognitivos (e.g., velocidad de procesamiento), mientras que en otros niveles (e.g., operaciones atencionales) se podría caracterizar por un sesgo hacia la vulnerabilidad y el peligro, y aún en otros mostrar los mismos sesgos que los individuos normales (e.g., operaciones mnésicas).

Notas del Autor

Este artículo está basado en la tesis doctoral que el autor llevó a cabo bajo la dirección de la Dra. María Dolores Avia Aranda y la cual fue posible gracias a una be-

ca predoctoral de la Universidad Complutense de Madrid y a una beca FPI del Ministerio de Educación y Ciencia.

Referencias bibliográficas

- Abramson, L.Y., Seligman, M.E.P. y Teasdale, J. (1978). Learned helplessness in humans: Critique and reformulation. *Journal of Abnormal Psychology, 87*, 49-74.
- Alloy, L.B., Kelly, K.A., Mineka, S. y Clements, C.M. (1990). Comorbidity of anxiety and depressive disorders: A helplessness-hopelessness perspective. En J.D. Maser y C.R. Cloninger (Eds.), *Comorbidity of mood and anxiety disorders* (pp. 499-543). Washington: American Psychiatric Press.
- Beck, A.T. (1987). Cognitive models of depression. *Journal of Cognitive Psychotherapy, 1*, 5-37.
- Beck, A.T. (1991). Cognitive Therapy: A 30-year retrospective. *American Psychologist, 46*, 368-375.
- Beck, A.T., Brown, G., Steer, R.A., Eidelson, J.I. y Riskind, J.H. (1987). Differentiating anxiety and depression: A test of the cognitive content-specificity hypothesis. *Journal of Abnormal Psychology, 96*, 179-183.
- Beck, A.T. y Clark, D.A. (1988). Anxiety and depression: An information processing perspective. *Anxiety Research, 1*, 23-36.
- Beck, A.T. y Emery, G. (1985). *Anxiety and phobias: A cognitive perspective*. New York: Basic Books.
- Beck, A.T., Riskind, J.H., Brown, G. y Steer, R.A. (1988). Levels of hopelessness in DSM-III disorders: a partial test of content specificity in depression. *Cognitive Therapy and Research, 12*, 459-469.
- 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 Brouwer, 1983).
- Beck, A.T., Steer, R.A., Epstein, N. y Brown, G. (1990). Beck Self-Concept Test. *Psychological Assessment: A Journal of Consulting and Clinical Psychology, 2*, 191-197.
- Beck, A.T., Steer, R.A. y Epstein, N. (1992). Self-concept dimensions of clinically depressed and anxious outpatients. *Journal of Clinical Psychology, 48*, 423-432.
- 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.
- Beck, A.T., Weissman, A., Lester, D. y Trexler, L. (1974). The measurement of pessimism: the Hopelessness Scale. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 42*, 861-865.
- Blackburn, I.M., Jones, S. y Lewin, R.J. (1986). Cognitive style in depression. *British Journal of Clinical Psychology, 25*, 241-251.
- Blatt, S.J., D'Afflitti, J.P. y Quinlan, D.M. (1976). Experiences of depression in normal young adults. *Journal of Abnormal Psychology, 85*, 383-389.
- Bower, G.H. (1981). Mood and memory. *American Psychologist, 36*, 129-148.
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss: I. Attachment*. New York: Basic Books (Trad. esp. en Buenos Aires: Paidós, 1976).

- Bowlby, J. (1973). *Attachment and loss: II. Separation, anxiety and anger*. New York: Basic Books (Trad. esp. en Buenos Aires: Paidós, 1976).
- Bowlby, J. (1980). *Attachment and loss: III. Loss, sadness and depression*. New York: Basic Books (Trad. esp. en Buenos Aires: Paidós, 1985).
- Breier, A., Charney, D.S. y Heninger, M.D. (1985). The diagnostic validity of anxiety disorders and their relationship to depressive illness. *American Journal of Psychiatry*, *142*, 787-797.
- Brown, G. y Beck, A.T. (1989). The role of imperatives in psychopathology: A reply to Ellis. *Cognitive Therapy and Research*, *13*, 315-321.
- Bruch, M.A., Mattia, J.I., Heimberg, R.G. y Holt, C.S. (1993). Cognitive specificity in social anxiety and depression: Supporting evidence and qualifications due to affective confounding. *Cognitive Therapy and Research*, *17*, 1-21.
- Cacioppo, J.T., Glass, C.R. y Merluzzi, T.V. (1979). Self-statements and self-evaluations: A cognitive perspective analysis of heresocial anxiety. *Cognitive Therapy and Research*, *3*, 249-262.
- Clark, D.A. y Beck, A.T. (1988). Cognitive theory and therapy of anxiety and depression. En P.C. Kendall y D. Watson (Eds.), *Anxiety and Depression: Distinctive and Overlapping Features* (pp. 379-411). San Diego, CA: Academic Press.
- Clark, D.A. y Beck, A.T. (1991). *Diagnostic specificity in major depression, panic and generalized anxiety disorders: The role of cognitive and somatic symptoms*. Manuscrito bajo revisión editorial.
- Clark, D.A., Beck, A.T. y Brown, G. (1989). Cognitive mediation in general psychiatric outpatients: A test of the content-specificity hypothesis. *Journal of Personality and Social Psychology*, *56*, 958-964.
- Clark, D.A., Beck, A.T. y Stewart, B. (1990). Cognitive specificity and positive-negative affectivity: Complementary or contradictory views on anxiety and depression? *Journal of Abnormal Psychology*, *99*, 148-155.
- Clark, L.A. (1989). The anxiety and depressive disorders: Descriptive psychopathology and differential diagnosis. En P.C. Kendall y D. Watson (Ed.), *Anxiety and depression: Distinctive and overlapping features* (pp. 83-129). San Diego, CA: Academic Press.
- Clark, J.V. y Arkowitz, H. (1975). Social anxiety and self-evaluation of interpersonal performance. *Psychological Reports*, *36*, 211-221.
- Craighead, W.E., Hickey, K.S. y DeMonbreun, B.G. (1979). Distortion of perception and recall of neutral feedback in depression. *Cognitive Therapy and Research*, *3*, 291-298.
- Dalgleish, T. y Watts, F.N. (1990). Biases of attention and memory in disorders of anxiety and depression. *Clinical Psychology Review*, *10*, 589-604.
- Dempsey, P. (1964). A unidimensional scale for the MMPI. *Journal of Consulting Psychology*, *28*, 364-370.
- Derogatis, L.R. (1983). *Description and bibliography for the SCL-90-R and other instruments of the psychopathology rating scales series*. Baltimore: Department of Psychiatry, Johns Hopkins University School of Medicine.
- Dobson, K.S. (1989a). A meta-analysis of the efficacy of cognitive therapy for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *57*, 414-420.
- Dobson, K.S. (1989b). Real and perceived interpersonal responses to subclinically anxious and depressed targets. *Cognitive Therapy and Research*, *13*, 37-47.
- Dobson, K.S. y Franche, R. (1989). A conceptual and empirical review of the depressive realism hypothesis. *Canadian Journal of Behavioural Science*, *21*, 419-433.
- Endler, N.S. y Okada, M.A. (1975). A multidimensional measure of trait anxiety: The S-R Inventory of General Trait Anxiety. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *43*, 319-329.
- Fenigstein, A., Scheier, M.F. y Buss, A.H. (1975). Public and private self-consciousness: Assessment and theory. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *43*, 522-527.
- Fennell, M.J. y Campbell, E.A. (1984). The Cognitions Questionnaire: specific thinking errors in depression. *British Journal of Clinical Psychology*, *23*, 81-92.
- Glass, C.R., Merluzzi, T.V., Biever, J.L. y Larsen, K.H. (1982). Cognitive assessment of social anxiety: Development and validation of a self-statement questionnaire. *Cognitive Therapy and Research*, *6*, 37-55.
- Gotlib, I.H., McLachlan, A.L. y Katz, A.N. (1988). Biases in visual attention in depressed and nondepressed individuals. *Cognition and Emotion*, *2*, 185-200.
- Greenberg, M.S. y Alloy, L.B. (1989). Depression versus anxiety: Processing of self- and other-referent information. *Cognition and Emotion*, *3*, 207-223.
- Greenberg, M.S. y Beck, A.T. (1989). Depression versus anxiety: A test of the content-specificity hypothesis. *Journal of Abnormal Psychology*, *98*, 9-13.
- Hartlage, S., Alloy, L.B., Vázquez, C. y Dykman, B. (1993). Automatic and effortful processing in depression. *Psychological Bulletin*, *113*, 247-278.
- Hasher, L. y Zacks, R.T. (1979). Automatic and effortful processes in memory. *Journal of Experimental Psychology: General*, *108*, 356-388.
- Heimberg, R.G., Klosko, J.S., Dodge, C.S., Shadick, R., Becker, R.E. y Barlow, D.H. (1989). Anxiety disorders, depression, and attributional style: A further test of the specificity of depressive attributions. *Cognitive Therapy and Research*, *13*, 21-36.
- Heimberg, R.G., Vermilyea, J.A., Dodge, C.S., Becker, R.E. y Barlow, D.H. (1987). Attributional style, depression, and anxiety: an evaluation of the specificity of depressive attributions. *Cognitive Therapy and Research*, *11*, 537-550.
- Hill, C.V., Oei, T.P.S. y Hill, M.A. (1989). An empirical investigation of the specificity and sensitivity of the Automatic Thoughts Questionnaire and Dysfunctional Attitudes Scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, *11*, 291-311.
- Hoffart, A. y Martinsen, E.W. (1990). Agoraphobia, depression, mental health locus of control, and attributional styles. *Cognitive Therapy and Research*, *14*, 343-351.
- Hollon, S.D. y Kendall, P.C. (1980). Cognitive self-statements in depression: Development of an automatic thoughts questionnaire. *Cognitive Therapy and Research*, *4*, 383-395.
- Higgins, E.T. (1987). Self-discrepancy: A theory relating self and affect. *Psychological Review*, *94*, 319-340.
- Higgins, E.T., Bond, R.N., Klein, R. y Strauman, T. (1986). Self-discrepancies and emotional vulnerability: How magnitude, accessibility and type of discrepancy influence affect. *Journal of Personality and Social Psychology*, *51*, 1-15.
- Ingram, R.E. (1989a). Unique and shared cognitive factors in social anxiety and depression: Automatic thinking and self-appraisal. *Journal of Social and Clinical Psychology*, *8*, 198-208.
- Ingram, R.E. (1989b). Affective confounds in social-cognitive research. *Journal of Personality and Social Psychology*, *57*, 715-722.
- Ingram, R.E. (1990). Attentional nonspecificity in depressive and generalized anxious affective states. *Cognitive Therapy and Research*, *14*, 25-35.
- Ingram, R.E. y Kendall, P.C. (1986). Cognitive clinical psychology: Implications of an information processing perspective. En R.E. Ingram (Ed.), *Information processing approaches to clinical psychology* (pp. 3-21). Orlando, FL: Academic Press.

- 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.
- Ingram, R.E. y Wisnicksi, K. (1988). Assessment of positive automatic cognition. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 898-902.
- Ingram, R.E. y Wisnicksi, K. (1991). Cognition in depression. En P.A. Magaro (Ed.), *Cognitive Bases of Mental Disorders. Annual Review of Psychopathology Vol. 1* (pp. 187-230). Newbury Park, CA: Sage.
- Kendall, P.C. y Hollon, S.D. (1989). Anxious self-talk: Development of the Anxious Self-Statements Questionnaire. *Cognitive Therapy and Research*, 13, 81-93.
- Kendall, P.C. e Ingram, R.E. (1987). The future for cognitive assessment of anxiety: let's get specific. En L. Michelson y L.M. Ascher (Eds.), *Anxiety and stress disorders: Cognitive-behavioral assessment and treatment* (pp. 89-104). New York: Guilford.
- Kendall, P.C. e Ingram, R.E. (1989). Cognitive-behavioral perspectives: Theory and research on depression and anxiety. En P.C. Kendall y D. Watson (Eds.), *Anxiety and depression: Distinctive and overlapping features* (27-53). San Diego, CA: Academic Press.
- Kennedy, R.E. y Craighead, W.E. (1988). Differential effects of depression and anxiety on recall of feedback in a learning task. *Behavior Therapy*, 19, 437-454.
- Leary, M.R. (1983). Social anxiousness: The construct and its measurement. *Journal of Personality Assessment*, 47, 66-75.
- Lewinsohn, P.M., Mischel, W., Chaplin, W. y Barton, R. (1980). Social competence and depression: The role of illusory self-perceptions. *Journal of Abnormal Psychology*, 89, 203-212.
- London, B.D. (1989). *Cognitive specificity in depression and trait anxiety*. Tesis de Master no publicada. San Diego State University, San Diego, CA.
- MacLeod, C., Mathews, A. y Tata, P. (1986). Attentional bias in emotional disorders. *Journal of Abnormal Psychology*, 95, 15-20.
- Mandler, G. (1972). Helplessness: Theory and research in anxiety. En C.D. Spielberger (Ed.), *Anxiety: Current trends in theory and research, Vol. 2* (pp. 359-374). New York: Academic Press.
- Mitchell, S. y Campbell, E.A. (1988). Cognitions associated with anxiety and depression. *Personality and Individual Differences*, 9, 837-838.
- Mothersill, K.J. (1987). *The Anxiety Maladaptive Attitude Scale (AMAS): Development and validation*. Comunicación presentada en el Annual Meeting of Association for the Advancement of Behavior Therapy, Boston.
- Nideffer, R.M. (1976). Test of attentional and interpersonal style. *Journal of Personality and Social Psychology*, 34, 394-404.
- Parkin, A.J. (1979). Specifying levels of processing. *Quarterly Journal of Experimental Psychology*, 31, 175-195.
- Peterson, C. y Seligman, M.E.P. (1984b). *Content analysis of verbatim explanations: The CAVE technique for assessing explanatory style*. Manuscrito no publicado. Instituto Politécnico y Universidad Estatal de Virginia.
- Peterson, C., Semmel, A., von Baeyer, C., Abramson, L.Y., Metalsky, G.I. y Seligman, M.E.P. (1982). The attributional style questionnaire. *Cognitive Therapy and Research*, 6, 287-299.
- Posner, M.I. y Snyder, C.R. (1975). Facilitation and inhibition in the processing of signals. En P.M.A. Rabbit y S. Dornic (Eds.), *Attention and performance V* (pp. 669-682). New York: Academic Press.
- Riskind, J.H., Beck, A.T., Brown, G. y Steer, R.A. (1987). Taking the measure of anxiety and depression: Validity of the re-constructed Hamilton scales. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 175, 474-479.
- Riskind, J.H., Castellon, C.S. y Beck, A.T. (1989). Spontaneous causal explanations in unipolar depression and generalized anxiety: Content analysis of dysfunctional-thought diaries. *Cognitive Therapy and Research*, 13, 97-108.
- Ross, L. (1977). The intuitive psychologist and his shortcomings. En L. Berkowitz (Ed.), *Advances in experimental social psychology, Vol. 10* (pp. 173-220). New York: Academic Press.
- Roth, D.L. y Tucker, D.M. (1986). Neural systems in the emotional control of information processing. En R.E. Ingram (Ed.), *Information processing approaches to clinical psychology* (pp. 77-94). Orlando, FL: Academic Press.
- Sandín, B. y Chorot, P. (1991). Psicopatología de la ansiedad. En A. Belloch y E. Ibáñez (Eds.), *Manual de Psicopatología, Vol. 2* (pp. 605-668). Valencia: Promolibro.
- 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). *Procesos cognitivos en la ansiedad y en la depresión*. Tesis Doctoral. Facultad de Psicología. Universidad Complutense de Madrid.
- Sanz, J. y Avia, M.D. (1993). *Cognitive specificity in social anxiety and depression: Self-focused attention, self-statements and dysfunctional attitudes*. Manuscrito bajo revisión editorial.
- Sanz, J. y Dobson, K.S. (1993). *Induced depressed mood, selective attention and automatic vigilance*. Manuscrito bajo revisión editorial.
- Sanz, J. y Vázquez, C. (1991). Trastornos depresivos (II): Productos, operaciones, proposiciones y estructuras cognitivas. En A. Belloch y E. Ibáñez (Eds.), *Manual de Psicopatología, Vol. 2* (pp. 785-875). Valencia: Promolibro.
- Sarason, I.G. (1978). The Test Anxiety Scale: Concept and research. En C.D. Spielberger y I.G. Sarason (Eds.), *Stress and anxiety, Vol. 5* (pp. 193-216). Washington, DC: Hemisphere.
- Sarason, I.G. (1980). Introduction to the study of test anxiety. En I.G. Sarason (Ed.), *Test Anxiety: Theory, research, and applications* (pp. 3-14). Hillsdale, NJ: LEA.
- Schneider, W. y Shiffrin, R.M. (1977). Controlled and automatic human information processing: I. Detection, search, and attention. *Psychological Review*, 84, 1-126.
- Segal, Z.V., Hood, J.E., Shaw, B.F. y Higgins, E.T. (1988). A structural analysis of the self-schema construct in major depression. *Cognitive Therapy and Research*, 12, 471-485.
- Shiffrin, R.M. y Schneider, W. (1977). Controlled and automatic human information processing: II. Perceptual learning, automatic attending, and a general theory. *Psychological Review*, 84, 127-190.
- Spielberger, C.D. (1972). Anxiety as an emotional state. En C.D. Spielberger (Ed.), *Anxiety: Current trends in theory and research, Vol. 2* (pp. 23-49). New York: Academic Press.
- Spielberger, C.D., Gonzalez, H.P., Taylor, C.J., Anton, W.D., Al-gaze, 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.
- Strauman, T.J. (1989). Self-discrepancies in clinical depression and social phobia: Cognitive structures that underlie emotional disorders? *Journal of Abnormal Psychology*, 98, 14-22.
- 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.
- 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.
- Watson, D. y Friend, R. (1969). Measurement of social-evaluative anxiety. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 33, 448-457.
- Weissman, A.N. (1979). The dysfunctional attitude style: A validation study. (Tesis Doctoral, University of Pennsylvania, 1978). *Dissertation Abstracts International*, 40, 1389B-1390B.
- Wilkinson, I.M. y Blackburn, I.M. (1981). Cognitive style in depressed and recovered patients. *British Journal of Clinical Psychology*, 20, 283-292.
- Williams, J.M.G., Watts, F.N., MacLeod, C. y Mathews, A. (1988). *Cognitive psychology and emotional disorders*. New York: Wiley.
- Winer, D.L., Bonner, O.T., Blaney, P.H. y Murray, E.J. (1981). Depression and social attraction. *Motivation and Emotion*, 5, 153-166.
- Zung, W.W.K. (1965). A self-rating depression scale. *Archives of General Psychiatry*, 12, 63-70.

Anexo 1: Estudios que Evalúan la Especificidad Cognitiva en la Ansiedad y en la Depresión

Estudio	Sujetos	Medidas Cognitivas	Resultados
Heimberg, Vermilyea, Dodge, Becker y Barlow (1987)	Pacientes: 33 depresivos sin diagnóstico de ansiedad divididos por el BDI en 17 moderadamente deprimidos y 16 altamente deprimidos; 75 ansiosos sin diagnóstico de depresión divididos por el BDI en 37 moderadamente deprimidos y 31 no deprimidos; 13 normales-contróles	<p>Productos Cognitivos: Atribuciones Causales</p> <p>ASQ total, escalas de internalidad, estabilidad, globalidad y del ASQ para sucesos negativos y positivos; escala de responsabilidad del ASQ para sucesos negativos y positivos diseñada por Heimberg et al. (1987)</p>	<p>Depresivos y ansiosos moderadamente deprimidos > ansiosos no deprimidos y controles en ASQ total y en globalidad para sucesos negativos; depresivos > ansiosos no deprimidos y controles en estabilidad para sucesos negativos; ansiosos no deprimidos > controles en globalidad para sucesos negativos; depresivos altamente deprimidos < los demás SS en responsabilidad para sucesos positivos; depresivos < ansiosos no deprimidos en globalidad para sucesos positivos; depresivos altamente deprimidos < ansiosos no deprimidos en internalidad para sucesos positivos</p>
Heimberg, Kloos, Dodge, Shadick, Becker y Barlow (1989)	Pacientes: 41 depresivos sin diagnóstico de ansiedad; 23 agorafóbicos, 27 con trastorno por angustia y 45 fóbicos sociales sin diagnóstico de depresión; 22 normales-contróles	<p>ASQ total, escalas de internalidad, estabilidad, globalidad y del ASQ para sucesos negativos y positivos; escala de responsabilidad del ASQ para sucesos negativos y positivos diseñada por Heimberg et al. (1987)</p>	<p>Depresivos y fóbicos sociales > SS con angustia y controles en ASQ total y en internalidad, estabilidad, globalidad y responsabilidad para sucesos negativos; depresivos y fóbicos sociales > agorafóbicos en estabilidad para sucesos negativos; agorafóbicos y SS con angustia > controles en ASQ total, estabilidad y globalidad para sucesos negativos; depresivos < los demás SS en ASQ total, internalidad y responsabilidad para sucesos positivos; fóbicos sociales < controles en internalidad y responsabilidad para sucesos positivos</p>

Anexo 1 (Continuación): Estudios que Evalúan la Especificidad Cognitiva en la Ansiedad y en la Depresión

Estudio	Sujetos	Medidas Cognitivas	Resultados
Hoffart y Martinsen (1990)	Pacientes: 44 depresivos sin diagnóstico de ansiedad; 29 agorafóbicos sin diagnóstico de depresión; 40 mixtos con agorafobia y depresión	Productos Cognitivos: Atribuciones Causales (Continuación) ASQ y escalas de internalidad, estabilidad y globalidad del ASQ para sucesos negativos y positivos	Mixtos > agorafóbicos en globalidad para sucesos negativos; depresivos < agorafóbicos y mixtos en ASQ total y estabilidad para sucesos positivos
Ingram, Kendali, Smith, Donnell y Ronan (1987)	Normales: A partir de 2000 SS se formaron 4 grupos utilizando el BDI, la D30, la TAS y el TAI: 19 depresivos, 22 con ansiedad-exámenes, 22 mixtos y 25 controles	ASQ y escalas de internalidad, estabilidad y globalidad del ASQ para sucesos negativos y positivos	Mixtos y depresivos < ansiedad-exámenes y controles en ASQ, internalidad, estabilidad y globalidad para sucesos positivos; Mixtos y depresivos > ansiedad-exámenes y controles en ASQ, internalidad y estabilidad para sucesos negativos
Riskind, Castellon y Beck (1989)	Pacientes: 12 depresivos y 12 con ansiedad generalizada sin exclusión de comorbilidad secundaria	CAVE y escalas de internalidad, estabilidad y globalidad del CAVE para sucesos negativos; puntuación de pesimismo atribucional del CAVE diseñada por Riskind et al. (1989)	Depresivos > ansiosos en CAVE total y en estabilidad, globalidad y pesimismo atribucional

Anexo 1 (Continuación): Estudios que Evalúan la Especificidad Cognitiva en la Ansiedad y en la Depresión

Estudio	Sujetos	Medidas Cognitivas	Resultados
Craighead, Hickey y DeMombreaun (1979)	Normales; a partir de 85 SS se formaron 3 grupos utilizando el BDI y el SR-GTA: 11 ansiosos, 10 depresivos-ansiosos (mixtos) y 11 controles	<p>Productos Cognitivos: Adscripción de Atributos</p> Percepción distorsionada positiva o negativamente de feedback neutral tras la realización de una tarea impersonal	Diferencias n.s. entre los grupos
Dobson (1989b)	Normales; se formaron 3 grupos de SS utilizando el BDI y el STAI-S: 40 ansiosos-depresivos (mixtos), 40 ansiosos, 40 controles	Percepción de la conducta interpersonal del S comparando sus juicios con los del compañero de interacción mediante el FIQ (aceptación social)	Ansiosos y mixtos < controles en la aceptación social del FIQ; diferencias n.s. en la aceptación social del FIQ por parte de los compañeros de los tres grupos de SS

Anexo 1 (Continuación): Estudios que Evalúan la Especificidad Cognitiva en la Ansiedad y en la Depresión

Estudio	Sujetos	Medidas Cognitivas	Resultados
Beck, Riskind, Brown y Steer (1988)	Pacientes: 199 depresivos sin diagnóstico de ansiedad, 48 con ansiedad generalizada sin diagnóstico de depresión	HS	Depresivos > ansiosos en la HS
Blackburn, Jones y Lewin (1986)	Pacientes: 72 depresivos, 21 ansiosos	HS, escala de futuro del CST	Depresivos > ansiosos en la HS; depresivos > (n.s) ansiosos en la escala de futuro de la CST
Brown y Beck (1989)	Pacientes: 76 depresivos sin diagnóstico de ansiedad, 80 con trastorno de ansiedad sin diagnóstico de depresión	HS	Depresivos > ansiosos en la HS
Clark y Beck (1991)	Pacientes: 180 depresivos sin diagnóstico de ansiedad, 86 con trastorno por angustia y 28 con trastorno de ansiedad generalizada sin diagnóstico de depresión	HS	Depresivos > dos grupos ansiosos en la HS
Clark, Beck y Brown (1989)	Pacientes; Muestra inicial: 87 depresivos, 100 ansiosos, sin exclusión de comorbilidad secundaria; Muestra de réplica: 46 depresivos, 89 ansiosos	HS	Depresivos > ansiosos en la HS en ambas muestras
Clark, Beck y Stewart (1990)	Pacientes; 115 depresivos sin diagnóstico de ansiedad, 126 con trastorno de ansiedad sin diagnóstico de depresión, 157 mixtos sin exclusión de comorbilidad secundaria	HS	Depresivos, mixtos > ansiosos en la HS

Anexo 1 (Continuación): Estudios que Evalúan la Especificidad Cognitiva en la Ansiedad y en la Depresión

Estudio	Sujetos	Medidas Cognitivas	Resultados
Greenberg y Beck (1989)	Normales; 17 ansiosos, 27 controles y 16 depresivos clasificados así utilizando el BDI y el STAI-T	Productos Cognitivos: Predicciones (Continuación) Elección de adjetivos positivos vs. negativos, relevantes a la depresión y a la ansiedad, como descriptivos de la visión del futuro	Ansiosos y controles > depresivos en elección de adjetivos positivos ansiosos; depresivos > ansiosos y controles en elección de adjetivos negativos depresivos y adjetivos negativos ansiosos; ansiosos > controles en elección de adjetivos negativos depresivos
Heimberg, Vermilyea, Dodge, Becker y Barlow (1987)	Pacientes; 33 depresivos sin diagnóstico de ansiedad divididos por el BDI en 17 moderadamente deprimidos y 16 altamente deprimidos; 75 ansiosos sin diagnóstico de depresión divididos por el BDI en 37 moderadamente deprimidos y 31 no deprimidos; 13 normales-contrroles	Escala de control futuro del ASQ para sucesos negativos y positivos diseñada por Heimberg et al. (1987)	Depresivos altamente deprimidos < controles y ansiosos no deprimidos en control futuro para sucesos positivos
Heimberg, Kloosko, Dodge, Shadick, Becker y Barlow (1989)	Pacientes; 41 depresivos sin diagnóstico de ansiedad; 23 agorafóbicos, 27 con trastorno por angustia y 45 fóbicos sociales sin diagnóstico de depresión; 22 normales-contrroles	Escala de control futuro del ASQ para sucesos negativos y positivos diseñada por Heimberg et al. (1987)	Depresivos y fóbicos sociales < controles y SS con angustia en control futuro para sucesos positivos
Mitchell y Campbell (1988)	Normales; 64 SS divididos por las medianas en el BDI y en el STAI-R en 4 grupos: depresivos, ansiosos, mixtos y control	CQ y escala de globalidad del CQ	Depresivos y mixtos > ansiosos y controles en el CQ y en la escala de globalidad del CQ

Anexo 1 (Continuación): Estudios que Evalúan la Especificidad Cognitiva en la Ansiedad y en la Depresión

Estudio	Sujetos	Medidas Cognitivas	Resultados
Beck, Brown, Steer, Edelson y Riskind (1987)	Pacientes: Muestra inicial: 41 ansiosos y 71 depresivos; Muestra de réplica: 38 ansiosos y 41 depresivos; todos sin exclusión de comorbilidad secundaria; puntuación z en la HARS-R de los ansiosos > que su puntuación en la HRSD-R, y al contrario en los depresivos Pacientes: 72 depresivos, 21 ansiosos, 31 normales-contróles, 29 depresivos recuperados y 10 ansiosos recuperados	CCL-D, CCL-A	Ansiosos > depresivos en la CCL-A en ambas muestras; depresivos > ansiosos en la CCL-D en ambas muestras
Blackburn, Jones y Lewin (1986)	Normales; a partir de 544 SS se formaron 4 grupos usando el BDI y la SAD; 51 ansiosos-depresivos, 30 ansiosos sociales, 38 depresivos y 50 controles	CST, escalas de sucesos positivos, negativos, relacionados con el yo y con el mundo del CST ATQ, ATQ-P, SISST-N, SISST-P y ASSQ	Depresivos > ansiosos en el CST y en las escalas de sucesos negativos y relacionados con el mundo del CST Depresivos y mixtos > ansiosos y controles en el ATQ y ASSQ; mixtos < otros grupos en el ATQ-P; mixtos > otros grupos en el SISST-N; ansiosos y depresivos > controles en el SISST-N; mixtos < otros grupos en el SISST-P; ansiosos sociales < controles y depresivos en el SISST-P
Bruch, Mattia, Heimberg y Holt (1993) Estudio 1	Pacientes: 45 SS con fobia social clasificados en 3 grupos según el BDI: fóbicos puros, moderadamente deprimidos y altamente deprimidos	SISST-N, SISST-P y Listado de Pensamientos referentes a un Test Conductual (Cacioppo, Glass y Meruzzi, 1979)	Fóbicos altamente deprimidos > fóbicos puros en SISST-N; fóbicos altamente deprimidos < fóbicos puros en % de pensamientos positivos en Listado de Pensamientos; diferencias n.s. en SISST-P y en % de pensamientos negativos en Listado de Pensamientos
Bruch, Mattia, Heimberg y Holt (1993) Estudio 2	Pacientes: 180 depresivos sin diagnóstico de ansiedad, 86 con trastorno por angustia y 28 con trastorno de ansiedad generalizada sin diagnóstico de depresión	CCL-D, CCL-A	Depresivos > dos grupos ansiosos en la CCL-D; SS con angustia > depresivos en la CCL-A
Clark, Beck y Brown (1989)	Pacientes: Muestra inicial: 87 depresivos, 100 ansiosos; Muestra de réplica: 46 depresivos, 89 ansiosos; todos sin exclusión de comorbilidad secundaria	CCL-D, CCL-A	Depresivos > ansiosos en la CCL-D en ambas muestras; ansiosos > depresivos en la CCL-A en ambas muestras
Clark, Beck y Stewart (1990)	Pacientes: 115 depresivos sin diagnóstico de ansiedad, 126 con trastorno de ansiedad sin diagnóstico de depresión, 157 mixtos sin exclusión de comorbilidad secundaria	CCL-D, CCL-A	Depresivos y mixtos > ansiosos en la CCL-D; ansiosos y mixtos > depresivos en la CCL-A

Anexo 1 (Continuación): Estudios que Evalúan la Especificidad Cognitiva en la Ansiedad y en la Depresión

Estudio	Sujetos	Medidas Cognitivas	Resultados
Hill, Oei y Hill (1989)	Pacientes: 24 con depresión mayor, 21 fóbicos, 16 con trastorno por pánico o ansiedad generalizada y 159 normales-contróles	ATQ	Depresivos > los demás SS en el ATQ; fóbicos > controles y pacientes con trastorno por pánico o ansiedad generalizada
Ingram (1989a)	Normales; a partir de 1000 SS se formaron 4 grupos utilizando el BDI y la SAD: depresivos, ansiosos-sociales, mixtos y controles	ATQ y ATQ-P	Depresivos y mixtos > ansiosos y controles en el ATQ; controles > depresivos, mixtos y ansiosos en el ATQ-P
Ingram (1989b)	Normales; a partir de 518 SS se formaron 3 grupos utilizando el BDI y la SAD: ansiosos-sociales, mixtos y controles	ATQ y ATQ-P	Mixtos > los otros 2 grupos en el ATQ; controles > otros 2 grupos en el ATQ-P; ansiosos > mixtos en el ATQ-P
Ingram, Kendall, Smith, Donnell y Roman (1987)	Normales; A partir de 2000 SS se formaron 4 grupos utilizando el BDI, la D30, la TAS y el TAI: 19 depresivos, 22 con ansiedad-exámenes, 22 mixtos y 25 controles	CIQ, ATQ, ATQ modificado para medir los pensamientos durante el experimento	Mixtos > los demás SS en el CIQ, ATQ y ATQ modificado; depresivos > controles en el ATQ; ansiedad-exámenes > controles en el CIQ
London (1989)	Normales; a partir de 587 SS se formaron 4 grupos utilizando la D30 y el STAI-T: 10 depresivos, 10 ansiosos, 15 mixtos y 15 controles	ATQ, ATQ-P, ASSQ	Mixtos > controles en el ATQ; mixtos > ansiosos y controles en el ASSQ; depresivos < controles en el ATQ-P
Sanz y Avia (1993) Estudio 1	Normales; a partir de 220 SS se formaron 4 grupos utilizando el BDI, la SAD y el TAI: 12 con ansiedad-exámenes, 10 ansiosos-sociales, 8 depresivos-ansiosos y 16 controles.	ATQ, SISST-N, SISST-P, CIQ	Mixtos > los demás SS en el ATQ y SISST-N; mixtos y ansiedad-exámenes > controles y ansiosos sociales en el CIQ; diferencias n.s. en el SISST-P
Sanz y Avia (1993) Estudio 2	Normales; a partir de 101 SS se formaron 4 grupos utilizando la SDS y la IAS: 8 depresivos, 12 ansiosos sociales, 7 depresivos-ansiosos y 38 controles	ATQ, SISST-N y SISST-P	Mixtos > los demás SS en el ATQ y SISST-N; ansiosos sociales > controles en el SISST-N; diferencias n.s. en el SISST-P

Anexo 1 (Continuación): Estudios que Evalúan la Especificidad Cognitiva en la Ansiedad y en la Depresión

Estudio	Sujetos	Medidas Cognitivas	Resultados
Craighead, Hickey y DeMombreun (1979)	<p>Normales: a partir de 85 SS se formaron 3 grupos utilizando el BDI y el SR-GTA: 11 ansiosos, 10 depresivos-ansiosos (mixtos) y 11 controles</p>	<p>Operaciones Cognitivas: Codificación y Recuperación de Información - Memoria - Recuerdo distorsionado positiva o negativamente de feedback neutral tras la realización de una tarea impersonal</p>	<p>Diferencias n.s. entre los grupos de SS</p>
Greenberg y Beck (1989)	<p>Pacientes: 34 ansiosos, 17 depresivos y 15 pacientes-contróles</p>	<p>Paradigma de los niveles de procesamiento (con referencia al yo, al mundo y al futuro) para adjetivos positivos vs. negativos relacionados con la depresión y la ansiedad</p>	<p>Depresivos > ansiosos y controles en recuerdo de adjetivos negativos depresivos; diferencias n.s. entre los grupos de SS para adjetivos positivos depresivos, adjetivos negativos ansiosos y adjetivos positivos ansiosos</p>
Ingram, Kendall, Smith, Donnell y Ronan (1987)	<p>Normales: a partir de 2000 SS se formaron 4 grupos utilizando el BDI, la D30, la TAS y el TAI: 19 depresivos, 22 con ansiedad-exámenes, 22 mixtos y 25 controles</p>	<p>Paradigma de los niveles de procesamiento (con referencia al yo) para adjetivos ansiosos, depresivos y neutros</p>	<p>Depresivos > ansiosos y controles en recuerdo de adjetivos depresivos; ansiosos > depresivos y controles en recuerdo de adjetivos ansiosos</p>

Anexo 1 (Continuación): Estudios que Evalúan la Especificidad Cognitiva en la Ansiedad y en la Depresión

Estudio	Sujetos	Medidas Cognitivas	Resultados
Kennedy y Craighead (1988) Estudio 1	Normales; a partir de 247 SS se formaron 3 grupos utilizando el BDI y el SR-GTA: 24 ansiosos, 24 depresivos-ansiosos (mixtos) y 24 controles	Operaciones Cognitivas: Codificación y Recuperación de Información - Memoria - (Continuación)	
		Recuerdo de feedback positivo vs. negativo tras la realización de una tarea impersonal	Diferencias n.s. entre los grupos en recuerdo de feedback positivo; controles < mixtos y ansiosos en recuerdo de feedback negativo
Kennedy y Craighead (1988) Estudio 2	Normales; se formaron 3 grupos utilizando el BDI y la SR-GTA: 7 ansiosos, 6 mixtos y 8 controles	Recuerdo de feedback positivo vs. negativo tras la realización de una tarea impersonal	Mixtos < ansiosos y controles en recuerdo de feedback positivo; controles < mixtos en recuerdo de feedback negativo
		Paradigmas de los niveles de procesamiento (con referencia al yo y al yo social) para adjetivos positivos vs. negativos relacionados con la depresión y la ansiedad	Controles > depresivos en recuerdo de adjetivos positivos; diferencias n.s. en recuerdo de adjetivos negativos; controles y ansiosos mejor recuerdo de adjetivos positivos que negativos, depresivos igual recuerdo de adjetivos negativos y positivos
Sanz (1992) Estudio 4	Normales; a partir de 391 SS se formaron 3 grupos utilizando el BDI, la SDS, la SAD y la IAS: 13 ansiosos sociales, 9 depresivos y 13 controles	Recuperación de memorias infantiles de contenido ansioso vs. depresivo ante EE elicitors positivos, negativos y relacionados con autoguías	Ansiosos y mixtos > depresivos y controles en el contenido ansioso de las memorias ante EE relacionados con autoguías; mixtos > depresivos en el contenido ansioso de las memorias ante EE positivos; mixtos y depresivos > ansiosos y controles en el contenido depresivo de las memorias ante EE relacionados con autoguías
Strauman (1992)	Normales; a partir de 1000 SS se formaron 4 grupos utilizando el BDI y la SCL-A: 15 depresivos, 14 ansiosos, 13 mixtos y 11 controles		

Anexo 1 (Continuación): Estudios que Evalúan la Especificidad Cognitiva en la Ansiedad y en la Depresión

Estudio	Sujetos	Medidas Cognitivas	Resultados
		Operaciones Cognitivas: Velocidad de Procesamiento	
Greenberg y Alloy (1989)	Normales; 17 ansiosos, 27 controles y 16 depresivos-ansiosos clasificados así utilizando el BDI y el STAI-T	Tiempo de reacción en valorar como descriptivos del yo o de otros, adjetivos positivos vs. negativos de contenido ansioso, depresivo y control	Ansiosos y normales más rápidos en autoatribuirse adjetivos positivos que negativos y más rápidos en no autoatribuirse adjetivos negativos que positivos; depresivos-ansiosos tardaban mismo tiempo en autoatribuirse y no autoatribuirse adjetivos positivos y negativos
Sanz (1992) Estudio 1	Normales; a partir de 220 SS se formaron 4 grupos utilizando el BDI, la SAD y el TAI: 8 ansiedad-estímenes, 10 ansiedad social, 8 depresivos-ansiosos y 16 controles	Tiempo de reacción en valorar como auto-descriptivos adjetivos autorreferentes y neutros (Tarea 1) y adjetivos positivos vs. negativos de contenido ansioso, depresivo y control (Tarea 2)	Todos los SS más rápidos en autoatribuirse EE autorreferentes que EE neurales, pero se diferenciaban en qué EE consideraban autorreferentes (véanse las diferencias en la sección Autoconcepto); en Tarea 2, todos los SS más rápidos en autoatribuirse adjetivos positivos que negativos y más rápidos en no autoatribuirse adjetivos negativos
Sanz (1992) Estudio 4	Normales; a partir de 391 SS se formaron 3 grupos utilizando el BDI, la SDS, la SAD y la IAS: 13 ansiosos sociales, 9 depresivos y 13 controles	Tiempo de reacción en valorar como descriptivos del yo o yo-social, adjetivos positivos vs. negativos de contenido ansioso, depresivo, mixto y control	Controles más rápidos en autoatribuirse adjetivos positivos que negativos y más rápidos en no autoatribuirse adjetivos negativos que positivos; depresivos y ansiosos tardaban mismo tiempo en autoatribuirse y no autoatribuirse adjetivos positivos y negativos
Strauman (1992)	Normales; a partir de 1000 SS se formaron 4 grupos utilizando el BDI y la SCL-A: 15 depresivos, 14 ansiosos, 13 mixtos y 11 controles	Tiempo de recuperación de memorias infantiles de contenido ansioso vs. depresivo ante EE elicitadores positivos, negativos y relacionados con autoguías (conflictivos)	Controles y ansiosos mayores tiempos de recuperación ante EE relacionados con autoguías (conflictivos); depresivos y mixtos mayores tiempos de recuperación ante EE positivos

Anexo 1 (Continuación): Estudios que Evalúan la Especificidad Cognitiva en la Ansiedad y en la Depresión

Estudio	Sujetos	Medidas Cognitivas	Resultados
MacLeod, Mathews y Taza (1986)	Pacientes: 16 con trastorno de ansiedad generalizada, 16 depresivos y 16 normales-contróles	Operaciones Cognitivas: Atención Selectiva Tarea de distribución de la atención entre palabras amenazantes y neutras diseñada por MacLeod et al. (1986)	Ansiosos > controles y depresivos en sesgo atencional hacia las palabras amenazantes
Sanz (1992) Estudio 4	Normales: a partir de 391 SS se formaron 3 grupos utilizando el BDI, la SDS, la SAD y la IAS: 13 ansiosos sociales, 9 depresivos y 13 controles	Tarea de distribución de la atención de MacLeod et al. (1986) con palabras negativas depresivas, ansiosas y mixtas vs. palabras positivas control	Ansiosos > controles en sesgo atencional hacia las palabras negativas ansiosas; controles > ansiosos en sesgo atencional hacia las palabras negativas depresivas
Ingram (1990)	Normales: a partir de 700 SS se formaron 4 grupos utilizando el BDI y el STAI-T: 17 depresivos, 18 ansiosos, 31 depresivos-ansiosos y 37 controles	Operaciones Cognitivas: Atención Autofocalizada Escala de autoconciencia privada y pública del SCS y escala de sobrecarga por EE internos del TALS	Depresivos, ansiosos y mixtos > controles en la escala de autoconciencia privada del SCS y en la escala de sobrecarga por EE internos del TALS; mixtos y ansiosos > controles en la escala de autoconciencia pública del SCS
Sanz y Avia (1993) Estudio 3	Normales: a partir de 332 SS se formaron 4 grupos utilizando el BDI y la SAD: 23 depresivos, 30 ansiosos-sociales, 35 depresivos-ansiosos y 132 controles	Escala de autoconciencia privada y pública del SCS	Mixtos > controles en la escala de autoconciencia privada del SCS; diferencias n.s. en la escala de autoconciencia pública del SCS

Anexo 1 (Continuación): Estudios que Evalúan la Especificidad Cognitiva en la Ansiedad y en la Depresión

Estudio	Sujetos	Medidas Cognitivas	Resultados
Segal, Hood, Shaw y Higgins (1988)	Pacientes: 14 depresivos, 9 ansiosos y 14 normales-contróles	<p>Operaciones Cognitivas: Propagación de la Activación</p> <p>Combinación de tarea Stroop y de anticipación para parejas de adjetivos no relacionadas (NR: E anticipador control y E diana autorreferente) y parejas relacionadas (R: ambos EE autorreferentes)</p>	<p>Depresivos mostraron mayores latencias en nombrar el color del E diana en las parejas R que en las NR; controles y ansiosos mostraron diferencias n.s. entre parejas R y NR en nombrar el color del E diana</p>
	Normales: a partir de 220 SS se formaron 4 grupos utilizando el BDI, la SAD y el TAI: 8 ansiedad-exámenes, 10 ansiedad social, 8 depresivos-ansiosos y 16 controles	<p>Tarea Stroop y anticipación (Parkin, 1979) con parejas NR (E anticipador control y E diana autorreferente o E anticipador control y E diana negativo depresivo o ansioso) y parejas R (ambos EE autorreferentes o ambos negativos depresivos o ansiosos)</p>	<p>Todos los SS mostraron mayores latencias en identificar el color de los EE autorreferentes cuando éstos iban precedidos por un E anticipador neutral (parejas NR) que cuando iban precedidos por un E anticipador autorreferente (parejas relacionadas); para SS controles, con ansiedad social o con ansiedad-exámenes, diferencias n.s. entre parejas R y NR con E diana negativas; para SS mixtos mayores latencias en identificar el color de un E diana depresivo negativo en las parejas R que en las NR</p>
Strauman (1989)	Pacientes: 10 depresivos sin diagnosis de ansiedad, 12 fóbicos sociales sin diagnosis de depresión y 15 normales-contróles	<p>Inducción de emociones mediante el uso de EE anticipadores relacionados con discapacitas (DS) yo-real/yo-ideal y yo-real/yo-debería</p>	<p>Depresivos > fóbicos sociales en desaliento tras E anticipador; fóbicos sociales > controles en agitación tras E anticipador; depresivos incrementaron su desaliento tras E anticipador, ansiosos y controles lo disminuyeron; fóbicos sociales incrementaron su agitación tras E anticipador, depresivos y controles lo disminuyeron; depresivos > fóbicos sociales y controles en cambios emocionales tras E relacionado con DS yo-real/yo-ideal; fóbicos sociales > depresivos y controles en cambios emocionales tras E relacionado con DS yo-real/yo-debería</p>

Anexo 1 (Continuación): Estudios que Evalúan la Especificidad Cognitiva en la Ansiedad y en la Depresión

Estudio	Sujetos	Medidas Cognitivas	Resultados
		Proporciones Cognitivas: Actitudes Disfuncionales	
Blackburn, Jones y Lewin (1986)	Pacientes; 72 depresivos, 21 ansiosos, 31 normales-contróles, 29 depresivos recuperados y 10 ansiosos recuperados	DAS	Depresivos > los demás SS en la DAS
Brown y Beck (1989)	Pacientes; 76 depresivos sin diagnóstico de ansiedad, 80 con trastorno de ansiedad sin diagnóstico de depresión	Escala de deberías de la DAS	Diferencias n.s.
Clark, Beck y Brown (1989)	Pacientes; Muestra inicial: 87 depresivos, 100 ansiosos; Muestra de réplica: 46 depresivos, 89 ansiosos; todos sin exclusión de comorbilidad secundaria	DAS de 100 ítems	Depresivos > ansiosos en la DAS en ambas muestras
Clark, Beck y Stewart (1990)	Pacientes; 115 depresivos sin diagnóstico de ansiedad, 126 con trastorno de ansiedad sin diagnóstico de depresión, 157 mixtos sin exclusión de comorbilidad secundaria	Subescalas de vulnerabilidad, perfeccionismo, aprobación social, imperativos, agrado a los otros y filosofía cognitiva de la DAS de 100 ítems	Depresivos y mixtos > ansiosos en vulnerabilidad y perfeccionismo
Hill, Oei y Hill (1989)	Pacientes; 24 con depresión mayor, 21 fóbicos, 16 con trastorno por pánico o ansiedad generalizada y 159 normales-contróles	DAS-A	Contróles < los demás SS en DAS-A
Sanz y Avia (1993) Estudio 4	Normales; a partir de 391 SS se formaron cuatro grupos utilizando el BDI y la SAD: 41 ansiosos sociales, 17 depresivos, 24 mixtos y 205 contróles	Subescalas de logro, dependencia, actitud autónoma y total de la DAS-A	Contróles < los demás SS en DAS-A total y logro; depresivos > contróles en dependencia; mixtos < contróles en actitud autónoma

Anexo 1 (Continuación): Estudios que Evalúan la Especificidad Cognitiva en la Ansiedad y en la Depresión

Estudio	Sujetos	Medidas Cognitivas	Resultados
Beck, Steer, Epstein y Brown (1989)	Pacientes: 225 depresivos, 29 depresivos bipolares, 247 ansiosos; entre los depresivos, 52 con depresión mayor episodio único, 130 con depresión mayor episodio recurrente y 35 distímicos; entre los ansiosos 57 con ansiedad generalizada, 45 agorafóbicos con pánico y 71 con trastorno por angustia Pacientes: 524 con diagnóstico depresivo primario (108 depresión mayor episodio único, 225 depresión mayor episodio recurrente, 48 bipolares, 90 distímicos y 33 otros trastornos depresivos) y 391 con diagnóstico primario de ansiedad (92 con pánico, 92 ansiedad generalizada, 46 fobia social, 25 obsesivo-compulsivos, 20 fobias simples, 5 agorafobia sin pánico y 85 con pánico y 27 otros trastornos por ansiedad)	<p>Proposiciones Cognitivas: Autoconcepto</p> <p>BST</p> <p>Subescalas de Habilidad Intelectual, Atractivo Físico, Virtudes/Vicios y Eficacia Laboral del BST</p>	Como un todo, depresivos < ansiosos en el BST; considerando diagnósticos más precisos, depresión mayor episodio recurrente y distímicos < SS con angustia en el BST, y distímicos < agorafóbicos con pánico en el BST Depresivos < ansiosos en Atractivo Físico, Eficacia Laboral y Virtudes/Vicios
Beck, Steer y Epstein (1992)			
Brown y Beck (1989)	Pacientes: 76 depresivos sin diagnóstico de ansiedad, 80 con trastorno de ansiedad sin diagnóstico de depresión	BST	Depresivos < ansiosos en el BST
Clark y Beck (1991)	Pacientes: 180 depresivos sin diagnóstico de ansiedad, 86 con trastorno por angustia y 28 con trastorno de ansiedad generalizada sin diagnóstico de depresión	BST	Depresivos y SS con ansiedad generalizada < SS con angustia en el BST
Clark, Beck y Stewart (1989)	Pacientes: 115 depresivos sin diagnóstico de ansiedad, 126 con trastorno de ansiedad sin diagnóstico de depresión, 157 mixtos sin exclusión de comorbilidad secundaria	BST	Depresivos y mixtos < ansiosos en el BST
Greenberg y Alloy (1989)	Normales: 17 ansiosos, 27 controles y 16 depresivos-ansiosos clasificados así utilizando el BDI y el STAI-T	Autoatribución de adjetivos positivos vs. negativos relevantes a la depresión y a la ansiedad	Depresivos-ansiosos > ansiosos y controles en adjetivos negativos depresivos; depresivos-ansiosos y ansiosos > controles en adjetivos negativos ansiosos

Anexo 1 (Continuación): Estudios que Evalúan la Especificidad Cognitiva en la Ansiedad y en la Depresión

Estudio	Sujetos	Medidas Cognitivas	Resultados
Greenberg y Beck (1989)	Pacientes: 34 ansiosos, 17 depresivos y 15 pacientes-contrroles	<p>Proposiciones Cognitivas: Autoconcepto (Continuación)</p> <p>Autoatribución de adjetivos de rasgos de personalidad positivos vs. negativos relevantes a la depresión y a la ansiedad</p>	<p>Depresivos < ansiosos y pacientes-contrroles en adjetivos positivos depresivos; depresivos > ansiosos y pacientes-contrroles en adjetivos negativos depresivos; depresivos y ansiosos < pacientes-contrroles en adjetivos positivos ansiosos; depresivos y ansiosos > pacientes-contrroles en adjetivos negativos ansiosos</p>
Sanz (1992) Estudio 1	Normales; a partir de 220 SS se formaron 4 grupos utilizando el BDI, la SAD y el TAI: 8 ansiedad-exámenes, 10 ansiedad social, 8 depresivos-ansiosos y 16 contrroles	<p>Autoatribución de adjetivos idiográficos (AI) positivos vs. negativos relevantes a la depresión, ansiedad social y ansiedad-exámenes y de adjetivos nomotéticos (AN) positivos vs. negativos relevantes a la depresión y ansiedad general</p>	<p>Control < mixtos y ansiosos sociales en atribución de AI negativos; mixtos y ansiosos sociales > controles y ansiosos-exámenes en atribución de AI depresivos; controles < demás SS en atribución de AI de ansiedad social; ansiosos-exámenes < mixtos y ansiosos sociales en atribución de AI de ansiedad social; mixtos > controles en atribución de AI de ansiedad-exámenes; mixtos > controles sociales < control en atribución de AN positivos; mixtos y ansiosos sociales se atribúan más AN negativos que positivos; controles y ansiosos-exámenes diferencias n.s. entre AN negativos y positivos</p>
Sanz (1992) Estudio 4	Normales; a partir de 391 SS se formaron 3 grupos utilizando el BDI, la SDS, la SAD y la IAS: 13 ansiosos sociales, 9 depresivos y 13 controles	<p>Atribución al yo y yo-social de adjetivos positivos vs. negativos relevantes a la depresión, ansiedad, mixtos y controles</p>	<p>Controles < demás SS en atribución al yo y yo-social de EE negativos; depresivos y ansiosos sociales > controles en atribución al yo de EE depresivos negativos; ansiosos sociales > controles en atribución al yo de EE mixtos negativos y en atribución al yo-social de EE ansiosos sociales negativos; depresivos > controles en atribución social de EE controles negativos</p>
Segal, Hood, Shaw y Higgins (1988)	Pacientes: 14 depresivos, 9 ansiosos y 14 normales-controles	<p>Autoatribución de adjetivos positivos vs. negativos</p>	<p>Depresivos > controles en la autoatribución de adjetivos negativos</p>

Anexo 1 (Continuación): Estudios que Evalúan la Especificidad Cognitiva en la Ansiedad y en la Depresión

Estudio	Sujetos	Medidas Cognitivas	Resultados
Strauman (1989)	Pacientes; 10 depresivos sin diagnóstico de ansiedad, 12 fóbicos sociales sin diagnóstico de depresión y 15 normales-contrroles	<p>Proposiciones Cognitivas: Autoconcepto (Continuación)</p> <p>Discrepancias yo-real vs. yo-ideal y yo-real vs. yo-debería del SQ</p> <p>Discrepancias yo-real vs. yo-ideal y yo-real vs. yo-debería del SQ</p>	<p>Depresivos > fóbicos sociales y controles en discrepancia yo-real vs. yo-ideal; fóbicos sociales > depresivos y controles en discrepancia yo-real vs. yo-debería</p> <p>Mixtos > los demás SS en discrepancia yo-real vs. yo-ideal; depresivos > ansiosos y controles en discrepancia yo-real vs. yo-ideal; mixtos y ansiosos > depresivos y controles en discrepancia yo-real vs. yo-debería</p>
Strauman (1992)	Normales; a partir de 1000 SS se formaron 4 grupos utilizando el BDI y la SCL-A: 15 depresivos, 14 ansiosos, 13 mixtos y 11 controles	Discrepancias yo-real vs. yo-ideal y yo-real vs. yo-debería del SQ	Mixtos > los demás SS en discrepancia yo-real vs. yo-ideal; depresivos > ansiosos y controles en discrepancia yo-real vs. yo-debería
Greenberg y Beck (1989)	Pacientes; 34 ansiosos, 17 depresivos y 15 pacientes-controles	<p>Proposiciones Cognitivas: Concepción del Mundo</p> <p>Elección de adjetivos positivos vs. negativos, relevantes a la depresión o la ansiedad, como descriptivos de la visión del mundo</p>	<p>Depresivos > ansiosos y controles en elección de adjetivos negativos depresivos; depresivos < ansiosos en elección de adjetivos positivos depresivos; diferencias n.s. en adjetivos ansiosos positivos o negativos</p>

Nota. ASQ = Cuestionario de Estilo Atribucional (Peterson et al., 1982); ASSQ = Cuestionario de Autoafirmaciones Ansiosas (Kendall y Hollon, 1989); ATQ = Cuestionario de Pensamientos Automáticos (Hollon y Kendall, 1980); ATQ-P = Cuestionario de Pensamiento Automáticos Positivos (Ingram y Wisnicksi, 1988); BDI = Inventario de Depresión de Beck (Beck et al., 1961); BST = Test de Autoconcepto de Beck (Beck, Steer, Epstein y Brown, 1990); CAVE = Análisis de Contenido de las Explicaciones In Extenso (Peterson y Seligman, 1984); CCL-D y CCL-A = Escala de Depresión y Escala de Ansiedad de la Lista de Cogniciones (Beck, Brown et al., 1987); CIQ = Cuestionario de Interferencia Cognitiva (Sarason, 1980); CQ = Cuestionario de Cogniciones (Fennell y Campbell, 1984); CST = Test de Estilo Cognitivo (Wilkinson & Blackburn, 1981); DAS = Escala de Actitudes Disfuncionales, Forma de 100 ítems (Weissman, 1979); DAS-A = Escala de Actitudes Disfuncionales, Forma A (Weissman, 1979); DEQ = Cuestionario de Experiencias Depresivas (Blatt, D'Afflitti y Quinlan, 1976); D30 = Escala de Depresión abreviada del MMPI (Dempsey, 1964); FIQ = Cuestionario de Interacción Futura (Winer, Bonner, Blaney y Murray, 1981); HRSD-R y HARS-R = Escalas de Depresión y Ansiedad de Hamilton Revisadas (Riskind, Beck, Brown y Steer, 1987); HS = Escala de Desesperanza (Beck, Weissman, Lester y Trexler, 1974); IAS = Escala de Ansiedad a la Interacción Social (Leary, 1983); SAD = Escala de Evitación y Ansiedad Social (Watson y Friend, 1969); SCL-A = Escala de ansiedad de la Lista de Síntomas 90-R (Derogatis, 1983); SCS = Escala de Autoconciencia (Fenigstein, Scheier y Buss, 1975); SDS = Escala Autoaplicada de Depresión de Zung (Zung, 1965); SISST-N y SISST-P = Subescalas de autoafirmaciones negativas y positivas, respectivamente, del Test de Autoafirmaciones en Interacción Social (Glass et al., 1982); SQ = Cuestionario de Yoes (Higgins, Bond, Klein y Strauman, 1986);

Nota (Continuación). SR-GTA = Inventario de Rasgo General de Ansiedad S-R (Endler y Okada, 1975); STAI-R y STAI-S = Escala Rasgo y Escala Estado del Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado (Spielberger, Gorsuch y Lushene, 1970); TAI = Inventario de Ansiedad a los Exámenes (Spielberger et al., 1980); TAIS = Test de Estilo Atencional e Interpersonal (Nideffer, 1976); TAS = Escala de Ansiedad a los Exámenes (Sarason, 1978).