

Depresión y sesgos cognitivos: cómo los atajos mentales influyen en el trastorno depresivo

Depression and cognitive biases: how mental shortcuts influence depressive disorder

Nicolás Gamal Rolón

Universidad del Norte Santo Tomás de Aquino

rolon.nicolasgamal@gmail.com

Resumen: La realidad está compuesta por innumerables estímulos, tantos, que sería virtualmente imposible para nuestro cerebro aprehenderla sin colapsar. Por ello, recurre a atajos mentales, también conocidos como sesgos cognitivos, para filtrar la información y procesarla con mayor facilidad. Recientes estudios han demostrado que algunos de estos sesgos presentan caracteres depresógenos que sirven de catalizadores para el trastorno depresivo o, también, que influyen en su duración temporal. Este artículo busca desarrollar la relación existente entre el trastorno depresivo y los sesgos cognitivos.

Palabras clave: depresión, sesgos cognitivos, cerebro.

Abstract: Reality is composed of countless stimuli, so many that it would be virtually impossible for our brain to apprehend it without collapsing. Therefore, it resorts to mental shortcuts, also known as cognitive biases, to filter information and process it more easily. Recent studies have shown that some of these biases have depressogenic characteristics that serve as catalysts for depressive disorder or, also, that influence its temporal duration. This paper seeks to develop the relationship between depressive disorder and cognitive biases.

Keywords: depression, cognitive biases, brain.

Introducción

En el presente artículo se abordarán dos temas interrelacionados: la depresión y los sesgos cognitivos. El primero refiere a un “estado complejo en el cual podemos reconocer varios componentes distintos, que comprenden el dolor psíquico, la ansiedad, el sentimiento de culpa, la preocupación y la agitación” (Ostow, 1970, p. 11); el segundo, se trata de “atajos o reglas mentales que permiten simplificar la información que percibe nuestro cerebro y, por lo tanto, nos ayudan a clasificar y discriminar las elecciones que tenemos al tomar decisiones cotidianamente” (Aguilar Bellamy, 2022, p. 15). Estos atajos se relacionan con la depresión por cuanto “han sido empíricamente relacionados con la aparición de primeros episodios, así como con recaídas y recurrencias” (Vázquez, Hervás, Hernangómez y Romero, 2010, p. 141). A continuación, se desarrollará cada uno de estos fenómenos por separado para, luego, explicar de qué manera se relacionan y cómo influyen uno en el otro; para concluir, se enumerarán algunas terapias que pueden ayudar tanto a superar el trastorno depresivo como a atenuar sus efectos en la vida cotidiana.

Desarrollo

Según la OMS (2017), la depresión refiere a un trastorno mental caracterizado por una recurrente tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa, baja autoestima, problemas de sueño, pérdida de apetito, cansancio y falta de concentración. Acorde a sus registros, entre 2005 y 2015 el número de personas con depresión aumentó un 18,4 %. Esto se explica tanto por el incremento de la población mundial como de los grupos etarios donde aparece este trastorno. Para 2017, la cantidad de individuos que la sufrían sobrepasó los 300 millones. No obstante, es menester destacar que “el uso técnico de la palabra depresión es bastante diferente de su significado cotidiano, que se refiere simplemente a una actitud triste y apenada” (Ostow, 1970, p. 15). En otras palabras, ser infeliz, o sentirse así, no significa, necesariamente, tener depresión, ya que:

Todo el mundo reconoce que, bajo ciertas circunstancias adversas, es completamente normal ser infeliz. Sólo comenzamos a sospechar la presencia

de un síndrome patológico cuando el grado, la duración o los efectos de la infelicidad son desproporcionados frente a las circunstancias aparentemente provocadoras de la misma. La infelicidad patológicamente intensa se llama depresión (Ostow, 1970, p. 15).

A su vez, el Instituto Nacional de la Salud Mental de los Estados Unidos enumera algunos tipos de depresión:

- *Depresión mayor*: aquella cuyos síntomas se extienden, por lo menos, durante dos semanas e interfieren en las capacidades del individuo en sus actividades cotidianas.
- *Distimia o trastorno depresivo persistente*: síntomas que se extienden, por lo menos, durante dos años, aunque no son tan pronunciados como el caso previo.
- *Depresión perinatal*: afecta a las mujeres durante o después del parto.
- *Trastorno afectivo estacional*: aparece con las estaciones frías y desaparece al llegar las más cálidas.
- *Depresión con síntomas de psicosis*: es aquella que incluye síntomas de psicosis, tales como delirios (creencias erróneas fijas) y alucinaciones (escuchar voces).

La depresión, si bien es un trastorno mental, puede influir en el funcionamiento del organismo y manifestarse con determinados síntomas. El Dr. Zarragoitia Alonso (2010) elaboró la siguiente tabla:

Síntomas emocionales	Síntomas físicos
Tristeza	Dolores vagos
Falta de interés o satisfacción	Dolor de cabeza
Abrumado	Trastornos del sueño
Ansiedad	Fatiga
Falta de concentración	Dolor de espalda
Culpa excesiva	Trastornos del apetito

No obstante, es importante recalcar que “no hay ninguna razón concreta para afirmar que si se presentan cinco síntomas hay depresión; cuatro sínto-

mas son más o menos depresión, y cinco síntomas implican menos gravedad que seis” (Solomon, 2001, p. 18). De esto se deduce que los síntomas pueden variar de una persona a otra, sin necesidad de concluir que una tiene depresión y la otra, simplemente, está triste.

Ahora bien, ¿cuál o cuáles son las causas de la depresión? Gastó y Navarro (2007) consideran que existen varios factores que predisponen la aparición de este trastorno. Por ejemplo:

- a) Personalidad: alguna cualidad inusualmente pronunciada, como el perfeccionismo, la hipocondría, o la dependencia emocional;
- b) Factores ambientales: problemas económicos, familiares, de salud;
- c) Factores biológicos: estos pueden ser varios y corresponden a alteraciones en el funcionamiento de, por ejemplo, las áreas frontal y límbica del cerebro, de los neurotransmisores que comunican las neuronas entre sí, y, también, la genética: una persona es más propensa a padecer depresión si algún familiar la sufrió también.

A estos factores cabe agregar un cuarto: la vulnerabilidad psicológica. Vázquez, Hervás, Hernangómez y Romero (2010, p. 141) comentan que estos factores:

Permanecen latentes en el individuo, y que en su interacción con sucesos estresantes o negativos aumentan la probabilidad de aparición y/o mantenimiento del trastorno. [...] Ante las mismas situaciones negativas tendrían mayor probabilidad de deprimirse aquellas personas que presenten una mayor cantidad e intensidad de factores de vulnerabilidad.

Esta afirmación conduce al interrogante siguiente: ¿qué hace variar esas probabilidades en favor o en contra de la aparición del trastorno depresivo? La respuesta, siguiendo a estos autores, radica en la forma en que el cerebro procesa los estímulos externos. En efecto, la cantidad de información que nos llega del mundo que nos rodea es virtualmente infinita, por lo que el cerebro se ve obligado a filtrarla para procesarla con mayor facilidad. Es aquí donde aparecen los “sistemas” del cerebro, identificados como Sistema 1 y Sistema 2, que Kahneman (2011) explica elocuentemente:

El sistema 1 opera de manera rápida y automática, con poco o ningún esfuerzo y sin sensación de control voluntario.

El sistema 2 centra la atención en las actividades mentales esforzadas que lo demandan, incluidos los cálculos complejos. Las operaciones del sistema 2 están a menudo asociadas a la experiencia subjetiva de actuar, elegir y concentrarse. (pp. 66-67)

Nuestros pensamientos y nuestras acciones son rutinariamente guiados por el Sistema 1 (Kahneman, 2011, p. 1569), ya que consume menor energía cerebral que el Sistema 2. Esto se manifiesta cuando, verbigracia, luego de una jornada de estudio o trabajo particularmente intensa nos sentimos tan agotados, ya que la energía que dispone nuestra mente para funcionar es limitada, por tanto, el Sistema 2 actuará cuando sea estrictamente necesario. Naturalmente, no es que funciona uno a la vez, sino que lo hacen en conjunto. Podemos ejemplificar el efecto de la siguiente forma: el Sistema 1 genera, a través de sensaciones y sentimientos, la materia prima con la que el Sistema 2 elaborará determinadas creencias y tomará, cuando así se lo requiera, la decisión más acorde a la situación. Ahora bien, si estas decisiones se repiten en el tiempo y, por tanto, generan un hábito, pasarán a formar parte de las acciones automáticas, las cuales están a cargo del Sistema 1. Este repertorio de acciones se conoce como elementos heurísticos y son “atajos o reglas mentales que permiten simplificar la información que percibe nuestro cerebro y, por lo tanto, nos ayudan a clasificar y discriminar las elecciones que tenemos al tomar decisiones cotidianamente” (Aguilar Bellamy, 2022, p. 15). Ahora bien, “toda ocasión en la que uno de estos elementos nos induce al error, diremos que se trata de sesgos” (Aguilar Bellamy, 2022, p. 50).

Robbins y Judge (2009), para explicar determinados comportamientos en el lugar de trabajo, detallan algunos de los sesgos más comunes. Los traemos a colación para explicar mejor en qué consisten y cómo funcionan estos sesgos:

Nombre	Definición	Ejemplo
Sesgo por anclaje	Es la tendencia a fijar la información inicial, más allá de los datos que se reciban después.	Usar como referencia el sueldo de un empleo anterior al momento de buscar otro trabajo.
Sesgo por disponibilidad	Ocurre cuando las personas basan sus juicios en la información que obtuvieron con más facilidad.	Hacer una evaluación de desempeño basándose en el comportamiento más reciente del empleado, en vez de atender, también, al de meses anteriores.
Error de aleatoriedad	Es la creencia de que se puede conocer el resultado de un suceso aleatorio.	No tomar una decisión un viernes 13 por miedo a que salga mal.
Sesgo por confirmación	Es cuando se prioriza la información que valida un razonamiento y se desecha aquel que lo refuta.	Recurrir a un periódico con la misma orientación política para validar una postura personal.
Aumento del compromiso	Es el apoyo a una decisión o postura incluso cuando hay evidencia de que está equivocada.	Invertir en un proyecto que se sabe, desde el principio, que no funcionará.

Podríamos seguir acumulando sesgos y definiciones, puesto que existe una enorme cantidad de ellos, sin embargo, no todos se relacionan con los trastornos depresivos, sino aquellos que presentan caracteres depresógenos que “suponen un factor fundamental que favorece la aparición y mantenimiento de episodios depresivos” (Vázquez, Hervás, Hernangómez y Romero, 2010, p. 151). Recientes estudios y trabajos divulgativos han podido identi-

carlos, como son, verbigracia, el sesgo de memoria, de atención, de interpretación, de atribución causal y el estilo rumiativo.

En primer lugar, abordaremos el sesgo de memoria, que puede definirse como la “tendencia a recordar preferentemente estimulación negativa presentada previamente en comparación con estimulación neutra” (Blasco, Miguel-Tobal y Casado Morales, 2011, p. 188). Ciertamente, en comparación con una persona tipo, aquellas con depresión ven afectado su rendimiento mnésico no solo al recordar pensamientos o situaciones negativas, sino que, además, tienden a sobredimensionarlos o exagerarlos. Es común que los pacientes clamen haber tenido una vida esencialmente desgraciada o que no nunca han sido felices.

El sesgo de atención, también conocido como percepción selectiva, es la “interpretación selectiva de lo que se ve, basada en los intereses, antecedentes, experiencia y actitudes propios” (Robbins y Judge, 2009, p. 143). Este sesgo es clave en el día a día puesto que no podemos captar cada uno de los estímulos que nos rodean, sino una pequeña parte, la cual será filtrada según el repertorio de hábitos que conformen nuestro Sistema 1. Empero, en el caso de una persona con depresión o con vulnerabilidad psicológica, esa atención selectiva estará más pendiente de los estímulos negativos que de los neutros o positivos. Por ejemplo, en una multitud, es más probable que este individuo repare en los rostros que le generen desconfianza o temor que en cualquier otro.

Las atribuciones causales en la depresión son aquellas que surgen “cuando alguien se encuentra ante un suceso negativo (e) intenta determinar por qué se ha producido y da explicaciones causales que, en algunos casos, parecen ser depresógenos (p. ej., apelar a causas internas, globales y estables para sucesos negativos)” (Vázquez, Hervás, Hernangómez y Romero, 2010, p. 152); en tanto que los sujetos tipo, si bien no es tan claro, se cree que apelan a “causas externas, inestables y específicas” (Sanjuán Suárez, p. 44). Es decir, los primeros creerán que este suceso negativo está, de alguna manera, inducido por ellos, se extenderá a lo largo del tiempo de manera estable y afectará a un área especialmente grande. Este sesgo aparece en personas con factores de vulnerabilidad psicológica, por lo que pueden ayudar a predecir la eventual aparición de sintomatología depresiva en el futuro.

El estilo rumiativo, o rumiación, no es propiamente un sesgo sino “la tendencia al análisis repetitivo de los problemas, las preocupaciones y los

sentimientos, sin tomar acciones para realizar cambios positivos” (Grierson, Hickie, Naismith & Scott, 2016). Esta actitud conlleva, entonces, a mantener o agravar el trastorno depresivo, puesto que el individuo se ve sumergido progresivamente en este espiral negativo en lugar de salir de él. Un ejemplo puede ser el de una persona que padezca fobia social pero que, en lugar de admitirla y buscar tratamiento, piense constantemente en el suplicio que vive, en las consecuencias de vivir en el ostracismo, en la futilidad de buscar ayuda debido a que no la merece, etc.

En cuanto al sesgo de interpretación, que fue estudiado en conjunto por la Universidad de Deusto y la Leiden University Institute for Psychological Research en 2021, es la tendencia a evaluar negativamente una situación que presenta estímulos ambiguos. Este sesgo, así como ocurre con la atribución causal, puede ayudar a predecir la aparición de un trastorno depresivo y, además, servir de indicador de un factor de vulnerabilidad psicológica. Para ilustrar este sesgo podemos mencionar una persona que, conversando con un interlocutor, advierte un pequeño gesto (que puede deberse a infinidad de razones, como un tic nervioso, por ejemplo), y lo interprete como una señal de disgusto, o de incomodidad hacia su propia persona.

Una vez hecho este somero recuento de los sesgos con caracteres depresógenos, conviene preguntarse si, además de identificarlos, el paciente tiene oportunidad de trabajar sobre ellos. Beck y otros colaboradores llevaron adelante numerosos estudios para comprender de qué manera estas personas perciben el mundo a su alrededor, lo que, a su vez, condicionará su conducta y su temperamento. El resultado fue la terapia cognitiva, la cual consiste en:

Un procedimiento activo, directivo, estructurado y de tiempo limitado que se utiliza para tratar distintas alteraciones psiquiátricas (por ejemplo, la depresión, la ansiedad, las fobias, problemas relacionados con el dolor, etc.). Se basa en el supuesto teórico subyacente de que los efectos y la conducta de un individuo están determinados en gran medida por el modo que tiene dicho individuo de estructurar el mundo (2010, p. 13).

Es decir, lo que se busca es que el paciente cambie los estilos cognitivos negativos que son los causantes tanto de disparar el episodio depresivo como de mantenerlo e, incluso, producir una recaída.

La terapia cognitiva consta de dos etapas: una, la terapia conductual, la segunda, la terapia cognitiva. El objetivo de la primera, según Beck, “es lograr un cambio en las actitudes negativas del paciente que produzcan una mejoría en su ejecución” (2010, p. 116) ¿Cómo se logra esto?:

(Mediante) una serie de pequeños experimentos dirigidos a probar la validez de las hipótesis o ideas del paciente acerca de sí mismo. Cuando las ideas negativas se ven desechadas o refutadas por estos “experimentos”, el paciente comienza a dudar de su validez y se siente motivado para emprender tareas que entrañen mayor dificultad (p. 116).

Beck ejemplifica esto hablando sobre un individuo con trastorno depresivo que tenía una “especial dificultad para decidir por qué tarea empezar” (2010, p. 123), por lo que el terapeuta le ayudó a elaborar una lista de tareas para realizar cada hora. Desde luego que no se trataba de algo mandatorio, si no que, al contrario, tenía la libertad de hacerlas siempre que se sintiera capaz de hacerlo. El paciente logró realizar varias de las actividades, lo cual le animó a seguir intentándolo con las demás. Por tanto, la idea que parecía signar al paciente, es decir, que no podía empezar nada, la refutó él mismo a través de un proceso pausado pero constante.

En cuanto al objeto de la segunda etapa, la cognitiva, Beck asevera que son técnicas que:

Se dirigen a proporcionar puntos de entrada en la organización cognitiva del paciente. Técnicas como la de hacer preguntas, identificar pensamientos ilógicos, determinar las reglas en base a las cuales el paciente organiza la realidad, etc., se emplean para ayudar tanto al terapeuta como al paciente a entender la interpretación que éste último hace de la realidad (p. 137).

Esta técnica la ilustra mencionando una conversación con un paciente de 43 años, en la cual él, el terapeuta, traía a colación una escena hipotética: una persona, sola en su casa una noche, oye un ruido en otra habitación. Acto seguido, le pidió al paciente que describa cómo reaccionaría la persona si cree que se trata de un ladrón; a lo que respondió que se asustaría mucho. Luego, le hace la misma pregunta, pero, en este caso, la persona cree que, por haber

dejado la ventana abierta, el viento derribó algo; la respuesta fue que la persona se sentiría triste, si eso que se rompió era de valor, o enojado, porque alguien olvidó cerrar la ventana. Con esto, el terapeuta demuestra que “existen diferentes maneras de interpretar una situación. Asimismo, que el modo de interpretar la situación influye sobre los sentimientos y la conducta” (p. 143). Es decir, que, si ante un estímulo la persona reacciona de manera negativa, su conducta será consecuente con ese sentimiento, y viceversa.

Ahora bien, esta forma negativa de percibir y procesar los estímulos externos no se manifiesta en el individuo súbitamente, sino que tienen su origen en situaciones “tempranas (que) proporcionan la base para formar conceptos negativos sobre uno mismo, el futuro y el mundo. Estos conceptos negativos (esquemas) pueden permanecer latentes y ser activados por determinadas circunstancias (...)” (p. 24).

Para graficar lo anterior, Vázquez, Hervás, Hernangómez y Romero emplean el caso hipotético de un menor que crece en un ambiente en el que los padres le critican o rechazan sistemáticamente, lo que podría llevarle a desarrollar

Esquemas o actitudes disfuncionales, como, por ejemplo, “si no soy amado por todas las personas importantes, entonces, no soy valioso”. Estos esquemas y actitudes disfuncionales (...), serían las causas más distantes. Las causas más próximas serían, en primer lugar, un acontecimiento crítico, el cual activaría de nuevo los esquemas disfuncionales, y, como consecuencia de ello, los sesgos de procesamiento. En consecuencia, surgirían los productos mentales negativos sesgados, también llamados pensamientos negativos (p. ej., “soy un estúpido”, “no valgo para nada”, etc.) que reflejan una visión negativa de uno mismo, del mundo y del futuro (la llamada *tríada cognitiva*) y que sería el precursor más inmediato de la depresión (pp. 142 y 143).

Conclusión

La depresión es una enfermedad que puede tener diferentes causas: factores ambientales, biológicos, el tipo de personalidad y, como se ha estudiado recientemente, según la vulnerabilidad psicológica. Además, se trata de una condición que puede manifestarse a través de dos o más síntomas, sin que por

ello exista una relación directa con el grado de la depresión padecida; es decir que la existencia de un solo síntoma no determina, necesariamente, que no se trate de una depresión grave. Por fortuna, estudios realizados en los últimos años han arrojado más luz sobre esta enfermedad, lo que ha permitido encararla a través de diferentes tratamientos. Si bien los psicofármacos ayudan al paciente a sobrellevarla, el empleo de terapias conductuales y cognitivas han demostrado una eficacia sobresaliente, dado que ubican y trabajan sobre los esquemas disfuncionales del pensamiento que inducen, catalizan o mantienen el estado depresivo. Esta terapia tiene el valor agregado de que el paciente es un factor de vital importancia en el proceso de recuperación. A diferencia de una cirugía, por ejemplo, en la que es el médico cirujano sobre quien recae el peso del trabajo, en este tipo de tratamiento el terapeuta requiere la activa participación del paciente, dado que es la organización cognitiva de este último la que deben comprender y analizar, pero solo será posible si éste pone voluntad para hacerlo. En efecto, cuando el paciente es capaz de reconocer los sesgos que nublan su juicio, o los pensamientos negativos que enturbian su ánimo, podrá trabajar sobre ellos y, eventualmente, superarlos.

Referencias

- Aguilar Bellamy, A. (Coord.). (2022). *Discriminación, sesgos cognitivos y derechos humanos: Perspectivas y debates transdisciplinarios*. Universidad Nacional Autónoma de México. https://www.pudh.unam.mx/publicaciones_discriminacion_sesgos_cognitivos_y_derechos_humanos.html
- Beck, A. (2010). *Terapia cognitiva de la depresión* (19a. ed.). Descleé de Brower.
- Gastó, C. y Navarro, V. (2007). *La depresión. Guía interactiva para pacientes con enfermedades de larga duración*. Fundación BBVA, Hospital Clínic de Barcelona. <https://consaludmental.org/centro-documentacion/dvd-depresion/>
- Grierson, A., Hickie, I., Naismith, S. & Scott, J. (2016). The role of rumination in illness trajectories in youth: linking trans-diagnostic processes with clinical staging models. *Psychological Medicine*, 46(12), 2467-2484. <https://doi.org/10.1017/S0033291716001392>
- National Institute of Mental Health. (2024). Depresión. <https://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/depression-sp>

- Ostow, M. (1970). *La depresión: psicología de la melancolía*. Alianza Editorial.
- Prieto-Fidalgo, Á., Miers, A. & Calvete, E. (2022). Interpretation Biases in Social Scenarios and Social Anxiety: The Role of Safety Behaviors. *Psicothema*, 34(4), 489-497. <https://doi.org/10.7334/psicothema2021.406>
- Robbins, S. P. y Judge, T. A. (2009). *Comportamiento organizacional* (13a. ed.). Pearson Educación.
- Sanjuán Suárez, P. (1999). Estilo atribucional y depresión: conclusiones y aspectos relevantes. *Clínica y Salud*, 10(1), 39-57. <https://journals.copmadrid.org/clysa/art/3644a684f98ea8fe223c713b77189a77>
- Sanz Blasco, R., Miguel-Tobal, J. J. y Casado Morales, M. I. (2011). Sesgos de Memoria en los Trastornos de Ansiedad. *Clínica y Salud*, 22(2), 187-197. <https://doi.org/10.5093/cl2011v22n2a7>
- Solomon, A. (2001). *El demonio de la depresión. Un atlas de la enfermedad*. Penguin Random House.
- Vázquez, C., Hervás, G., Hernangómez, L. y Romero, N. (2010). Modelos cognitivos de la depresión: una síntesis y nueva propuesta basada en 30 años de investigación. *Behavioral Psychology / Psicología Conductual*, 18(1), 139-165. <https://www.behavioralpsycho.com/producto/modelos-cognitivos-de-la-depresion-una-sintesis-y-nueva-propuesta-basada-en-30-anos-de-investigacion/>
- World Health Organization. (3 de enero de 2017). *Depression and Other Common Mental Disorders. Global Health Estimates*. <https://www.who.int/publications/i/item/depression-global-health-estimates>
- Zarragoitia Alonso, I. (2010). *Depresión. Generalidades y particularidades*, Editorial Ciencias Médicas.



Publicado bajo una Licencia Creative Commons
Atribución-NoComercial 4.0 Internacional