



**Universidad  
Zaragoza**

**TRABAJO FIN DE GRADO  
GRADO UNIVERSITARIO DE PSICOLOGÍA**

“El Razonamiento en el Trastorno Depresivo Mayor: una revisión sistemática”

Alumna: **Jazmina Escosa Pastor**

NIA: **741055**

Director: **Antonio Lucas Alba**

**AÑO ACADÉMICO 2019-2020**



**Facultad de  
Ciencias Sociales  
y Humanas - Teruel**  
**Universidad Zaragoza**

## **Índice**

Resumen .....	3
Introducción.....	4
Método.....	7
Resultados.....	8
Discusión .....	11
Referencias .....	16
Anexos .....	18
Anexo 1. Diagrama de flujo .....	18
Tabla 1. Análisis de los resultados.....	19

## **Resumen**

La depresión es una de las patologías más prevalentes en el siglo XXI. Sin embargo, queda mucho por conocer sobre sus desencadenantes, entre los que se encuentran factores biológicos, contextuales, temperamentales y de personalidad. En las últimas dos décadas ha cobrado fuerza la investigación que relaciona las emociones, la depresión y el razonamiento. Podemos contraponer al menos dos líneas de desarrollo, la principal, que propone que la depresión se mantiene debido a sesgos o defectos en el razonamiento, y una alternativa reciente que propone que razonar adecuadamente puede contribuir a asentar la depresión. Este trabajo revisa la literatura de la última década para identificar la evidencia a favor de esta perspectiva, es decir, si las personas con depresión (clínica o subclínica) razonan mejor ante problemas específicamente relacionados con su patología que ante problemas neutros. Se han examinado ocho referencias que ofrecen resultados interesantes, pero no consenso entre los distintos estudios. Por todo ello, es necesaria una mayor replicación y una búsqueda de medidas más generalizadas en el futuro para evaluar el razonamiento en su conjunto.

**Palabras clave:** Razonamiento, Depresión, Emoción, Inferencia, Híper-Emoción

## **Abstract**

Depression is one of the most prevalent pathologies in the 21st century. However, much remains to be known about its triggers, among which are biological, contextual, temperamental and personality factors. Research linking emotions, depression, and reasoning has gained momentum in the past two decades. We can contrast at least two lines of development, the main one, which proposes that depression is maintained due to biases or flaws in reasoning, and a recent alternative that proposes that reasoning adequately can contribute to establishing depression. This work reviews the literature of the last decade to identify the evidence in favor of this perspective, that is, if people with depression (clinical or subclinical) reason better for problems specifically related to their pathology than for neutral problems. Eight references offering interesting results, but no consensus between the different studies, have been examined. Therefore, greater replication and a search for more general measures in the future are necessary to evaluate the reasoning as a whole.

**Keywords:** Reasoning, Depression, Emotion, Inference, Hiper-emotion

## **Introducción**

El trastorno depresivo mayor es el trastorno afectivo más prevalente, con un porcentaje en la actualidad que oscila entre 8-12% (Organización Mundial de la Salud, 2019), se caracteriza por una persistencia del estado de ánimo bajo, y suficientemente severo para provocar una deficiencia funcional con pérdida de placer e interés. Hay multitud de factores que contribuyen a esta deficiencia funcional, entre los que se incluyen la atención y las funciones ejecutivas; pudiendo afectar también al funcionamiento social (Bora y Berk, 2016). Los individuos con trastornos afectivos suelen presentar comportamientos adaptativos erróneos que afectan a las interacciones sociales, siendo en el caso de los depresivos, un factor que puede incrementar y mantener sus síntomas (Wolkenstein, Schönenberg, Schirm y Hautzinger, 2011). El deterioro funcional que presentan varía dependiendo del individuo, pudiendo ser imperceptible para la persona que interactúa con el paciente, o mostrando una incapacidad total del mismo (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014).

Se han encontrado numerosas evidencias de la alta correlación positiva entre uno de los cinco grandes factores de personalidad, el neuroticismo, con varias medidas de la depresión, por lo que constituye un factor de vulnerabilidad ante la misma reflejando síntomas subclínicos o residuales. Por el contrario, altos valores en extraversión, indicarían un factor de protección ante dicha patología (Farmer et al., 2002). La depresión también puede sobrevenir como consecuencia de la dificultad para gestionar y resolver contextos relativamente extremos (violencia doméstica, conflictos armados, crisis económicas; Johnson-Laird, Gangemi y Mancini, 2006), presentando un mayor número de casos de este tipo el género femenino en la etapa de la adultez temprana (Organización Mundial de la Salud, 2019). Entendemos por razonamiento el proceso sistemático que deriva una conclusión, a raíz de un grupo de premisas que contienen información semántica (Johnson-Laird, Goodwin, y Khemlani, 2018). Razonar implica la construcción de modelos mentales del mundo, pensando en las posibilidades de un evento, a partir de la imaginación, la percepción, el conocimiento y la comprensión del discurso (Oatley y Johnson-Laird, 2011); basándose en la estructura de lo que representan para crearlos (Johnson-Laird, Goodwin, y Khemlani, 2018).

Tal como figura en la versión actual del DSM-V (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014), los pacientes que presentan un trastorno depresivo mayor reportan

incapacidad para pensar, concentrarse o tomar pequeñas decisiones, siendo a veces poco capaces de llevar a cabo actividades con una gran demanda cognitiva. La corriente clásica de las teorías cognitivas de la psicopatología, aboga por que las inferencias irracionales son las que generan las enfermedades psicológicas, y los sesgos resultantes los que las mantienen. Por esto, los pacientes deberían ser más irracionales cuando tratan temas relacionados con su trastorno, debiendo tratar estas creencias disfuncionales para poder curarlos (Beck, 1976).

Una visión diferente y más reciente de las enfermedades psicológicas se encuentra en la Teoría de la Híper-Emoción (THE). Mientras que los psiquiatras las achacan a defectos del cerebro, los psicoanalistas a conflictos inconscientes, y los terapeutas cognitivos a un razonamiento defectuoso; esta teoría propone que la psicopatología emocional es debida a emociones adecuadas para la situación, pero con una intensidad superior a la que cabría esperar (Oatley y Johnson-Laird, 2014). En 2006, Johnson-Laird, Mancini y Gangemi, incluían en esta psicopatología emocional los desórdenes del eje I entre los que encontramos el trastorno obsesivo compulsivo, la hipocondría, las fobias, la depresión reactiva, trastorno de estrés postraumático, trastorno de ansiedad generalizada, así como también incluye algunos trastornos de personalidad del eje II. En la quinta versión el DSM (APA, 2014) la depresión se clasifica según los síntomas específicos (por ej., trastorno depresivo persistente o distimia) siendo el trastorno depresivo mayor el término más genérico.

Las emociones básicas son un componente crucial de las enfermedades psicológicas, entendiéndolas como evaluaciones de los eventos (Johnson-Laird, Mancini y Gangemi, 2006). Pero, aunque los pacientes suelen ser conscientes de la causa de la emoción, no lo son del proceso que se produce hasta la transición a esa emoción (Oatley Johnson-Laird, 2011).

La THE (Johnson-Laird, Gangemi y Mancini, 2006) plantea cinco principios fundamentales que son: el principio de “transacciones inconscientes a emociones básicas”, según el cual, la evaluación cognitiva de una situación nos lleva a una serie de transacciones inconscientes hacia emociones básicas que son adecuadas para el contexto, pero no en intensidad; el principio de “control involuntario”, que plantea que como las transiciones son involuntarias no tenemos control sobre las emociones básicas; el principio “ontológico”, por el que las transiciones que causan las patologías se

derivan de la ontogenia de los mamíferos sociales; el principio de “vulnerabilidad”, que presentan los individuos dependiendo de las condiciones innatas y de los ambientes adversos; y el principio de “consecuencias inferenciales”, de gran importancia en el mantenimiento de la enfermedad, ya que el focalizarse en la emoción desmedida en su contexto, permite razonar mejor sobre ella debido a la experiencia, pero también puede ligar progresivamente al individuo a ciertas patologías. En síntesis, tal como plantea el principio 5 de “consecuencias inferenciales”, esta teoría plantea que los pacientes son mejores razonadores en las tareas de temática relacionada con su enfermedad que aquellos que no la padecen (Oatley y Johnson-Laird, 2014). Una explicación para ello sería a través de los modelos mentales antes mencionados, ya que, como estos se forman del conocimiento y percepción del propio sujeto, los problemas relacionados con su enfermedad les serían más fáciles de resolver.

Pero también encontramos opiniones contrarias a esta afirmación, más cercanas a la línea clásica de Beck (1976), en las que se postula que, pese a la creencia generalizada, las evidencias apuntan a que el incremento de la ansiedad no es la clave para un deterioro del desempeño del razonamiento, sino los pensamientos irrelevantes que genera el sujeto, consumiendo recursos como la atención. El sujeto deprimido razona peor, pero no por el nivel de ansiedad experimentado, sino por distraerse de la línea fundamental que lleva a un razonamiento adecuado. Según esto, ansiedad y depresión tienen el mismo efecto en el razonamiento, puesto que ambas generan dichos pensamientos, pero el factor clave es cognitivo (Perham y Rosser, 2012). Entonces, a diferencia de lo que propone la THE, los pacientes depresivos no razonarían mejor que los sujetos sanos, ya que la tristeza que sienten les generaría unos pensamientos irrelevantes que impedirían un buen desempeño en las tareas.

Este marco teórico plantea dos cuestiones: a) si el componente cognitivo-emocional propio de la depresión genera disfunciones en el razonamiento y b) si existen diferencias entre personas con o sin depresión que razonan sobre contenidos que sí o no están relacionados con la depresión. La pregunta de investigación entonces radica en si las personas deprimidas (de forma clínica o sub-clínica) son mejores razonadores que las personas no deprimidas en problemas cuyos contenidos hacen referencia a su patología, en comparación con aquellos de temática neutra.

## **Método**

Para responder a esta pregunta, se ha realizado una búsqueda bibliográfica sobre la literatura más reciente relativa a esta temática. Dicha búsqueda ha tenido lugar en mayo del año 2020. En el Anexo 1 se puede consultar el diagrama de flujo PRISMA de la selección de artículos realizada.

Las palabras clave que se han usado para conseguir responder a la pregunta han sido “depression”, “emotion” y “reasoning”, las equivalentes en español a depresión, emoción y razonamiento. Para la búsqueda se han utilizado dos bases de datos: Web Of Science (WOS) y Scopus. En estas bases de datos, se han puesto dos filtros, uno por idioma y otro por fecha de publicación. Para el idioma, solo se han tenido en cuenta aquellos artículos publicados en español, francés o inglés, mientras el rango para la fecha de publicación iba desde 2011 hasta la actualidad.

Tras filtrar por estas características en las bases de datos, se ha procedido a exportar los artículos al programa Mendeley para continuar con su cribado, resaltando la pérdida de dos artículos al hacer la exportación. Aquí se han eliminado los duplicados, antes de comenzar a descartar todos aquellos que no siguieran los criterios descritos a continuación.

Para que el artículo fuera seleccionado, debía tener un título relacionado con el razonamiento, tanto en depresión como en psicopatología; con la influencia de las emociones en el razonamiento; o con las emociones en la depresión. Es decir, que el título tuviera una relación directa con las palabras clave. Más tarde, la revisión se ha centrado en los resúmenes para tener una idea general del contenido, para ir descartando y acabar seleccionando aquellos que hablen del rendimiento de los depresivos en comparación con la población general en algún tipo específico de tarea. Siguiendo los criterios mencionados se han descartado los artículos señalados en el Anexo 1, y finalmente se han seleccionado seis artículos.

Considerando que la selección resultaba escasa, con el consejo de un especialista en la materia, a través de una selección de artículos que él mismo aconsejó como oportunos para el tema en cuestión, se han añadido dos artículos. Con esta inclusión, el número total de documentos que se analizan en este texto para resolver la pregunta de investigación es de ocho.

## **Resultados**

Para el análisis de los artículos utilizados, ha sido elaborada la Tabla 1 que se encuentra en el Anexo 2. En ella se muestran los datos más relevantes para la presentación e interpretación de los resultados, reagrupándolos ahora según las medidas utilizadas para una mejor comparación. Básicamente, se muestran los autores y el año de publicación del estudio, así como el diseño del mismo; las características de los participantes; las medidas que se han utilizado para medir la depresión y el estado de ánimo, junto con las pruebas para la evaluación del razonamiento y sus tipos; añadiendo, por último, los resultados más relevantes.

A partir de los postulados de la THE, tres de los ocho artículos, abordan la investigación del razonamiento en pacientes depresivos, comparándolos con un grupo control de no deprimidos. En dos estudios experimentales, con pruebas basadas en las tareas de razonamiento similares a las propuestas por Johnson-Laird et al. (2006), se han encontrado diferencias significativas entre el grupo control y el de pacientes deprimidos, pero con matices.

En el estudio realizado por Antoranz (2020) se comparó la cantidad de respuestas correctas dadas por personas con o sin sintomatología depresiva (control) a tareas de razonamiento deductivo (conjunciones y disyunciones inclusivas), con contenidos neutros o depresivos. No se observan diferencias significativas entre grupos al razonar sobre problemas de contenido neutro, ni tampoco en los problemas de razonamiento conjuntivo de contenido depresivo. Pero sí se encontraron diferencias significativas entre ambos grupos en los problemas de razonamiento disyuntivo de carácter depresivo, donde los pacientes con depresión conseguían mayor número de respuestas correctas.

Gangemi, Mancini y Johnson-Laird (2013) muestran que los pacientes deprimidos obtienen un mayor porcentaje de aciertos (42%) en las conclusiones de las premisas que el grupo control (26%). Los participantes con depresión también obtienen más conclusiones correctas que los no deprimidos al razonar sobre premisas de contenido depresivo en comparación a las de contenido neutro.

Otra de las pruebas utilizadas es la Tarea de Razonamiento Emocional de Arntz et al. (1995). Se entiende por razonamiento emocional el proceso por el cual, el estado emocional de una persona influye en las conclusiones que se sacan de uno mismo y del

mundo, a pesar de que la evidencia objetiva se opone (Berle y Moulds, 2013). En la tarea mencionada, se presentan siete escenarios en los que se tienen que poner en situación; escenarios elegidos para representar los efectos del razonamiento emocional en el grupo de deprimidos, comparándolos con el grupo control. Seis de los escenarios eran relevantes para la disforia y el restante, relevante para la ansiedad. Pudiendo tener un final objetivamente neutro, u objetivamente negativo, con respuestas emocionales disfóricas o no equilibradas; el individuo debe contestar a preguntas que evalúan como ven y se sienten en esa situación. En este caso, hay tres estudios experimentales realizados por los mismos autores, Berle y Moulds (2013).

El primer estudio, según el orden de presentación de la Tabla 1, muestra que las puntuaciones de los deprimidos son mayores que las de los no deprimidos en el Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II), Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) y Cuestionario de Salud del Paciente 9 (PHQ-9, escala de ítems para la depresión); aunque esto era de esperar. Sin embargo, las diferencias entre grupos para la Tarea de Selección de Wason (WST – del inglés *Wason Selection Task*) no son significativas. Tampoco son significativas las puntuaciones del orden de presentación de la tarea de razonamiento emocional. No se encontraron diferencias significativas en las puntuaciones de los grupos deprimidos y no deprimidos, pero sí cuando comparamos los deprimidos con anterioridad con los nunca deprimidos. En este caso, hay dos calificaciones que tienen puntuaciones significativamente más altas en el grupo de los pacientes remitidos; siendo la percepción de cómo de desafortunada y cómo de negativa es la situación.

En el segundo estudio de Berle y Moulds (2013), utilizando la misma tarea de Arntz et al. (1995), los resultados no muestran diferencias significativas en las puntuaciones de razonamiento emocional entre ambos grupos, con calificaciones más negativas en los escenarios con una respuesta emocional negativa. No se encuentran correlaciones significativas entre el razonamiento emocional y las puntuaciones de los auto-informes sobre ansiedad, actitud disfuncional y alexitimia.

En el último estudio de estos autores, a través de la misma tarea que en los dos estudios anteriores, se pone de manifiesto el hecho de que ambos grupos utilizan el razonamiento emocional para su resolución; con puntuaciones mejores para el grupo de alta disforia, pero siendo no significativas estadísticamente. Respecto a la WST, la

correlación entre sus puntuaciones y las obtenidas en el razonamiento emocional, son en su mayoría no significativas.

En el estudio de Feng, Wang, Chen y Liu (2012), con la Tarea de Aritmética Mental (MAT), se somete a los participantes a una prueba que suele generar estrés. En ella se les presentan dos números con un signo de suma o resta entre ellos, teniendo que decidir si el tercer número que aparece es mayor o menor que el resultado de la operación que se les presenta. Ante la falta de una respuesta correcta en el tiempo dado, reciben un “feedback” negativo a través de una cara triste. Ante esta situación, el rendimiento que presentó el grupo control, fue significativamente mejor que el desempeñado por el grupo de deprimidos, resultado acorde a la hipótesis de los autores.

Utilizando el paradigma de Linden et al. (2010) modificado y una selección de imágenes del Set de Afecto Facial de Ekman (Ekman y Friesen, 1976), Linden, Jackson, Subramanian, Healy y Linden (2011) realizaron un estudio en el que probaron el efecto facilitador de la tristeza en el recuerdo de caras para los pacientes con depresión melancólica. En este tipo de depresión, además de los criterios del Trastorno depresivo mayor, debe presentarse una ausencia casi completa del placer por las cosas, con falta de reactividad ante estímulos placenteros, pudiendo presentar también un estado de ánimo vacío, peor depresión matutina con un despertar más temprano, hay retraso o agitación psicomotora, una gran pérdida de peso, así como culpa excesiva (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014). Encontraron que los melancólicos presentan un desempeño significativamente mejor en el recuerdo de las caras tristes en comparación con las del resto de emociones. Por el contrario, los depresivos no melancólicos, las caras que mejor recuerdan son las enfadas y no las tristes. Sin embargo, en el grupo control, las puntuaciones para el recuerdo de las caras asustadas es peor significativamente si lo comparamos con las enfadadas, felices o neutras.

Utilizando algunas de las expresiones del Set de Expresiones Faciales Dinámicas de Amsterdam (ADFES, del inglés *Amsterdam Dynamic Facial Expression Set*; van der Schalk et al., 2011) y la Película para la Evaluación de la Cognición Social (MASC, del inglés *Movie for the Assessment of Social Cognition*; Dziobek et al., 2006), Zwick y Wolkenstein (2017), realizaron un estudio experimental sobre el reconocimiento facial y la teoría de la mente en depresivos. La idea básica es examinar los déficits que presentan, tanto los deprimidos actuales, como los que ya han remitido, en dos aspectos

de la cognición social – el reconocimiento facial de emociones y el razonamiento-. Los resultados nos muestran puntuaciones en la Escala de Clasificación de Hamilton para la Depresión (HDRS, del inglés *Hamilton Depression Rating Scale*; Hamilton, 1960) y en el Inventario Rápido de Sintomatología Depresiva (QIDS, del inglés *Quick Inventory of Depressive Symptomatology*; Rush et al. 2003), que como se esperaba, difieren entre los grupos. En la tarea de reconocimiento de caras, los actualmente deprimidos cometen más errores de precisión en las caras felices que los otros grupos; así como, confían menos en la identificación de estas y de las enfadadas que el grupo control. Con respecto a los anteriormente deprimidos, su confianza decrece en el reconocimiento de caras enfadadas. Y tanto los deprimidos como los pacientes remitidos, calificaron como más difícil la detección de las caras felices, enfadadas y asustadas. Para finalizar, el desempeño de los deprimidos en MASC está significativamente deteriorado comparado con ambos grupos, lo que viene a indicar malas habilidades para el razonamiento social

Fumero, Santamaría y Johnson-Laird (2010) han evaluado los rasgos de personalidad de su muestra mediante el NEO-PI-R (del inglés *Revised Neo Personality Inventory*; Costa y McCrae, 1999) para luego evaluar la capacidad deductiva de participantes que puntuaron alto en Neuroticismo vs Extraversión. En concreto se evaluó la aptitud relativa para el razonamiento silogístico basado en la estructura del condicional (si... entonces...), centrándose en la aptitud relativa de ambos grupos para resolver bien las formas sencillas (Modus Ponens) o las más complejas (Modus Tollens) del razonamiento silogístico en función de los contenidos concretos sobre los que se construían los casos para el razonamiento. Aquí los resultados muestran en su globalidad, que en todos los casos de puntuaciones altas para un factor, se producía una mayor tasa de Modus Tollens cuando el silogismo hacía referencia a ese rasgo concreto de la personalidad. Por tanto, los participantes altos en Neuroticismo resolvieron satisfactoriamente más casos de silogismos con contenidos depresivos que los participantes con extraversión, y viceversa.

## **Discusión**

Según la evidencia que hemos revisado, no hay suficiente consenso en los resultados presentados para llegar a una conclusión robusta sobre la pregunta de investigación. A pesar de que algunos datos sustentan esta hipótesis, no siempre son significativos; además de que no siempre serían generalizables a toda la población

depresiva. También hay otros datos que no la apoyan, haciendo pues difícil el mantenimiento o rechazo de la misma.

Son pocos los estudios que presentan datos significativos a favor de lo que se está buscando, pero entre ellos encontramos el estudio de Antoranz (2020), que al igual que en el estudio de Fumero et al. (2010), las deducciones se presentan como un tipo de inferencia que aventaja a los deprimidos si el tópico que tratan es esta patología. Sin embargo, las conjunciones y condicionales tipo Modus Ponens (es decir, las deducciones más sencillas), no reportan datos significativos en las diferencias de los grupos, por lo que cabría preguntarse si realmente se ven beneficiados los depresivos con la temática, o si cuando se trata de deducciones muy simples la ventaja relativa del razonador de su patología/personalidad (deprimidos, neuróticos) frente al grupo control (no deprimidos, extravertidos) no llega a ponerse de manifiesto.

Otro de los estudios relacionado con la Teoría de la Híper-Emoción que podría apoyar con sus resultados lo planteado, sería el de Gangemi et al. (2013), que encuentra que los pacientes deprimidos muestran un mayor porcentaje de aciertos en las conclusiones de las premisas que el grupo control, siendo también mayor el número de conclusiones sacadas de las premisas de origen depresivo que de las de origen neutro para el grupo que nos suscita interés.

Se podría considerar que el estudio de Linden et al. (2011) también se presentaría a favor de esta cuestión, con un desempeño significativamente mejor en el recuerdo de las caras tristes en comparación con el resto de emociones. La tristeza es la emoción predominante en la depresión, por lo que se considerarían puntuaciones favorables para la pregunta en cuestión, por ser el rendimiento de los depresivos más alto en esta emoción que en el resto de grupos. Desafortunadamente, el estudio se basa en la comparación con depresión melancólica, y no en razonamiento deductivo (como los tres anteriores) sino en facilitación semántica, por lo que no todos los resultados podrían ser generalizables a la población depresiva, debido a que no todos los depresivos presentan la característica de melancolía, y no se extrapolan al mismo tipo de razonamiento (ver Johnson-Laird, 2016).

Ante el uso del ADFES en el estudio de Zwick y Wolkenstein (2017), las puntuaciones muestran un número superior de errores en el reconocimiento de caras felices para el grupo de pacientes deprimidos en ese momento. Este dato podría

considerarse como positivo si tomamos la felicidad como ausente en la depresión, por lo que avalaría la hipótesis, pero no vemos un mejor rendimiento en el reconocimiento de otra emoción ligada a esta patología, por lo que no habría beneficio de los pacientes afectados en comparación con otro grupo. En este mismo estudio, el MASC muestra unos resultados de desempeño disfuncional en el grupo depresivo, acorde a lo expuesto anteriormente sobre los efectos de la depresión en el ámbito social, pero esto no quiere decir que sean peores razonadores que los participantes control en problemas de temática neutra.

Pasando a los resultados que más que sustentar, contradicen el enunciado que se revisa, la MAT del estudio realizado por Feng et al. (2012), muestra un rendimiento significativamente mejor del grupo control que el desempeñado por el grupo de deprimidos. En realidad, la MAT es una prueba numérica abstracta que no activa por sí misma contenidos semánticamente relacionados con la depresión (como sí hacen las viñetas o proposiciones en otros estudios). El único elemento relacionado con la expresión emocional de la tristeza es el feedback sobre el resultado que proporciona un emoticono. Estos resultados podrían estar relacionados con lo expuesto por Perham y Rosser (2012) sobre los pensamientos irrelevantes. La depresión, generaría unos pensamientos no relacionados con la tarea (desprovista de contenido semántico) que impedirían su correcta ejecución, reportando una dificultad superior a la percibida por el otro grupo cuando se les pregunta. Con todo, la THE presupone que el razonamiento neutro no difiere en sujetos con o sin depresión, algo que contradice este estudio.

Los últimos estudios a comentar, serían los tres realizados por Berle y Moulds (2013). Todos sus resultados se basan en el razonamiento emocional, el cual evalúan a través de la tarea propuesta por Arntz et al. en 1995. Ellos mismos consideran los resultados de uno de sus estudios no significativos, apelando a que es necesaria una replicación más extensa. Además, este mismo estudio no tiene grupo control, si no que la comparación de razonamiento se realiza entre una muestra categorizada en puntuaciones altas o bajas en disforia según el BDI-II. Pero lo mismo sucede con los otros dos estudios restantes, en los que las correlaciones no son significativas entre los grupos depresivo y no depresivo. De estos estudios solo podemos constatar que en ambos grupos se utiliza el razonamiento emocional en menor o mayor medida, pero no nos resuelve la incógnita de qué grupo razona mejor o peor.

En forma de sugerencia para futuras investigaciones, debido a la ausencia de una resolución acorde con el objetivo de esta revisión, y con un toque de valoración personal, se propone la apertura de las pruebas a más variables del razonamiento. Es verdad que algunos de los artículos elegidos ya eran bastante restringidos en este aspecto, como podría ser el estudio de Feng et al. (2012) en el que solo se utiliza la MAT, o el estudio en el que Linden et al. (2011) solamente se centran en la expresión facial de las emociones. A pesar de ello, parece que la literatura aún no dispone de material que aúne pruebas con las variables suficientes para que se valore el razonamiento en estos casos correctamente. Los resultados han sido no significativos o no generalizables en su mayoría, por lo que eso significaría la ausencia de medidas de aspectos importantes para el estudio en cuestión.

Y no solo se hablaría ya de falta de variables por cuantificar, sino de la adaptación de algunas pruebas para que su utilización sea más extensa. En el caso de las premisas utilizadas en los estudios relacionados con la Teoría de la Híper-Emoción, quizás se está dando por supuesto un nivel de lectoescritura o de vocabulario que el participante quizás no posee. La modificación de este tipo de pruebas en las que se pretende una inferencia por parte de quien las realiza, quizás podrían replantearse de una manera más visual, e incluso con apoyo acústico, para que todo el mundo, tenga el nivel de conocimientos que tenga, pueda ser capaz de ponerse en situación y razonar.

Además, como se ha manifestado anteriormente, no todos los depresivos presentan las mismas características de melancolía, catatonía o ansiedad. Estos rasgos que diferencian a los depresivos influyen en muchos ámbitos, y el razonamiento también podría ser uno de ellos, afirmación posiblemente acorde con lo que se especifica en el artículo realizado por Linden et al. (2011). Por lo que, debido a todas estas sugerencias acerca de los estudios analizados, es patente la necesidad de replicación de los estudios sobre razonamiento en depresivos, en los que no solo se busque respuesta a la pregunta realizada en la presente revisión, sino que se busque un consenso en las formas de medir el razonamiento que permita unas puntuaciones que resulten significativas entre grupos.

Esta última observación está ligada al último tema a tratar, respecto a las limitaciones encontradas que cabrían mencionar, la más destacable sería la escasez de artículos sobre el tema que se encuentran publicados. A pesar de intentar conseguir un

número más alto de estudios para analizar, incluso con ayuda externa del profesional que asesoraba, tuvieron que considerarse suficientes los ocho aquí presentados.

## Referencias

- Antoranz, A. (2020). *Trastorno Depresivo Mayor desde la Teoría de la Hiper-Emoción: un estudio empírico* (trabajo fin de máster). Universidad de Zaragoza, Facultad de Ciencias Sociales y Humanas, Teruel.
- Asociación Americana de Psiquiatría (2014). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* (5ª ed.). Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Berle, D., y Moulds, M. L. (2013). An experimental investigation of emotional reasoning processes in depression. *British journal of clinical psychology*, 52(3), 316-329.
- Berle, D., y Moulds, M. L. (2013). Emotional reasoning processes and dysphoric mood: cross-sectional and prospective relationships. *PLoS ONE*, 8(6), e67359.
- Bora, E., y Berk, M. (2016). Theory of mind in major depressive disorder: A meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 191, 49-55. Elsevier.
- Farmer, A., Redman, K., Harris, T., Mahmood, A., Sadler, S., Pickering, A., y McGuffin, P. (2002). Neuroticism, extraversion, life events and depression: The Cardiff Depression Study. *British Journal of Psychiatry*, 181(2), 118-122.
- Feng, S., Wang, W., Chen, L., y Liu, H. (2012). The influence of depression on coping strategies in mental arithmetic stress. En *Proceedings of the 2012 World Congress on Information and Communication Technologies* (pp. 1019-1024), IEEE, Trivandrum, India, 30 October - 2 November 2012.
- Fumero, A., Santamaría, C., y Johnson-Laird, P. (2010). Formas de pensar: efecto de la personalidad en el razonamiento. *Psicothema*, 22(1), 57-62.
- Gangemi, A., Mancini, F., y Johnson-Laird, P. N. (2014). Emotion, reasoning, and psychopathology. En I. Blanchette (Ed.), *Current issues in thinking and reasoning. Emotion and reasoning* (p. 44–64). Psychology Press.
- Gangemi, A., Mancini, F., y Johnson-Laird, P. N. (2013). Models and cognitive change in psychopathology. *Journal of cognitive psychology*, 25(2), 157-164.
- Johnson-Laird, P. N., Mancini, F., y Gangemi, A. (2006). A Hyper-Emotion Theory of Psychological Illnesses. *Psychological Review*, 113(4), 822-841.
- Johnson-Laird, P. N., Goodwin, G. P., y Khemlani, S. S. (2018). Mental models and reasoning. En L.J. Ball y V.A. Thompson (Eds.): *International handbook of thinking and reasoning*, 346-365. Nueva York: Routledge.
- Linden, S. C., Jackson, M. C., Subramanian, L., Healy, D., y Linden, D. E. (2011). Sad benefit in face working memory: An emotional bias of melancholic depression. *Journal of Affective Disorders*, 135(1-3), 251-257.

- Oatley, K., y Johnson-Laird, P. N. (2011). Basic emotions in social relationships, reasoning, and psychological illnesses. *Emotion Review*, 3(4), 424-433.
- Oatley, K., y Johnson-Laird, P. N. (2014). Cognitive approaches to emotions. *Trends in cognitive sciences*, 18(3), 134-140.
- Organización Mundial de la Salud (2019), *Observatorio Mundial de la Salud*. Recuperado el 26 de julio de 2019, de <http://www.who.int/gho/es/>.
- Perham, N., y Rosser, J. (2012). “Not Thinking” Helps Reasoning. *Current Psychology*, 31(2), 160-167.
- Wolkenstein, L., Schönenberg, M., Schirm, E., y Hautzinger, M. (2011). I can see what you feel, but I can't deal with it: Impaired theory of mind in depression. *Journal of affective disorders*, 132(1-2), 104-111.
- Zwick, J. C., y Wolkenstein, L. (2017). Facial emotion recognition, theory of mind and the role of facial mimicry in depression. *Journal of Affective Disorders*, 210, 90-99.

## Anexos

### Anexo 1. Diagrama de flujo

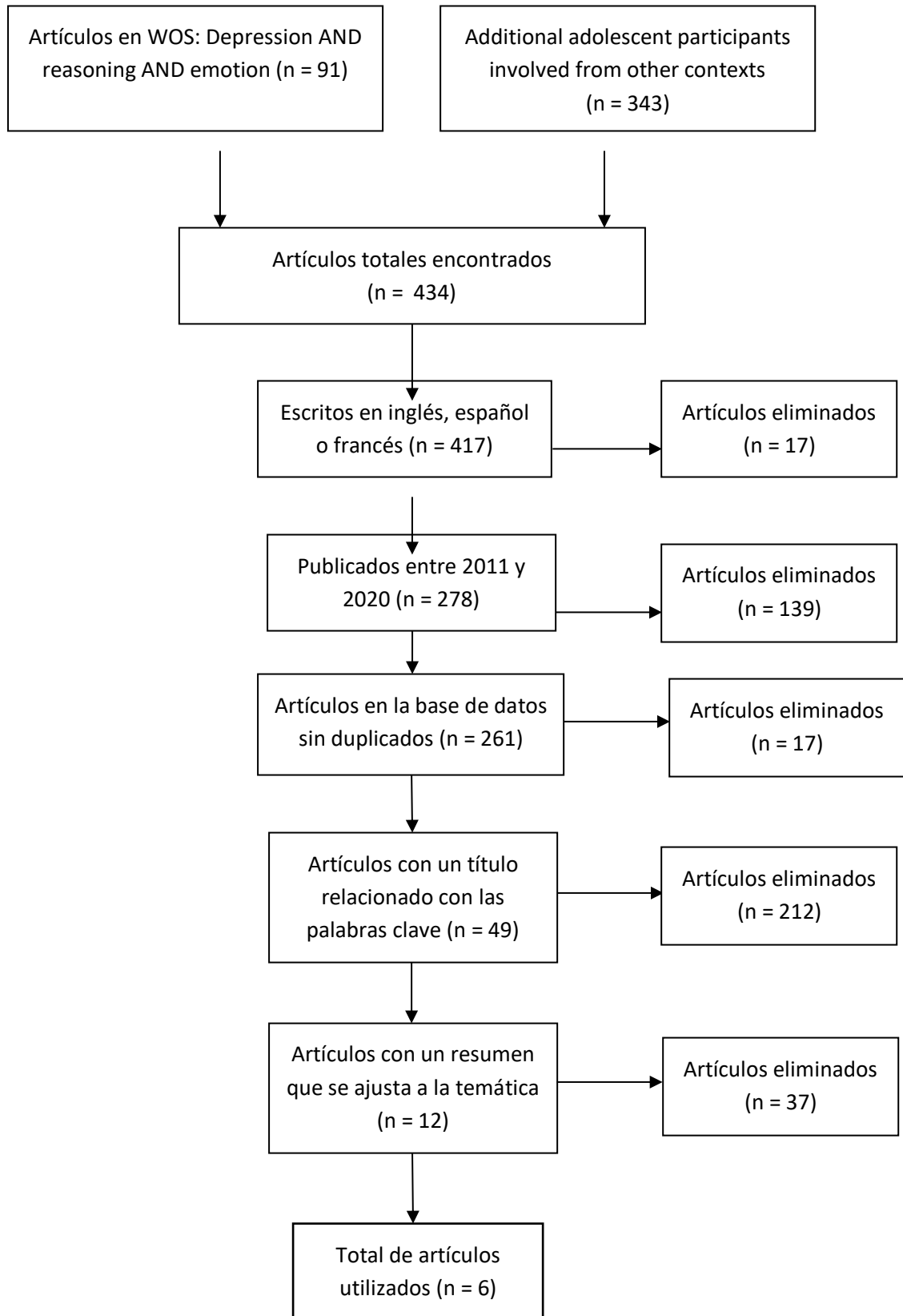


Tabla 1. Análisis de los resultados

<b>Autor</b>	<b>Año</b>	<b>Diseño</b>	<b>Participantes</b>	<b>Tipo de razonamiento</b>	<b>Medidas para la depresión</b>	<b>Pruebas para el razonamiento</b>	<b>Principales resultados</b>
<b>Antoranz</b>	2020	Estudio experimental	40 participantes; 20 de grupo control y 20 con depresión grave, 10 hombres y 10 mujeres en cada grupo, con un rango de edad de 18-24 años.	Deductivo (conjunciones y disyunciones)	Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II), Test de Personalidad de los Cinco Grandes (IPIP-50) y el Maniquí de Autoevaluación (SAM).	Problemas de razonamiento conjuntivo y disyuntivo, basados en los utilizados por Johnson-Laird et al. (2006).	No hay diferencias significativas en el razonamiento de problemas neutros, ni el razonamiento conjuntivo de contenido depresivo. Sí hay diferencia significativa en el razonamiento disyuntivo de temática depresiva.
<b>Berle y Moulds</b>	2013	Estudio experimental	78 participantes; 27 con episodio depresivo mayor (18 mujeres y 9 hombres), 25 que nunca han estado deprimidos (12 mujeres y 13 hombres) y 26 con depresión que ha remitido (19 mujeres y 7 hombres); con una media de 25 años.	Inductivo	Entrevista clínica estructurada, Inventario de Ansiedad de Beck (BAI), BDI-II y el Cuestionario de Salud del Paciente 9 (PHQ-9, escala de ítems para la depresión).	Tarea de razonamiento emocional de Arntz et al. y Tarea de Selección de Wason (WST).	La puntuación de los deprimidos es mayor que la de los no deprimidos en el BDI-II, BAI y PHQ-9. La diferencia en las puntuaciones de la tarea de selección de Watson no es significativa, así como en la tarea de razonamiento emocional.
<b>Berle y Moulds</b>	2013	Estudio experimental	70 (28 con puntuación baja	Inductivo	BDI-II, Índice de Sensibilidad a la	Tarea de razonamiento emocional de Arntz et al.	No se encuentra diferencias significativas en las

<b>(Estudio 1)</b>			en disforia y 42 con puntuación alta), mujeres el 60% y con una media de 19 años.		Ansiedad (ASI), Escala de Actitud Disfuncional (DAS, forma A) y la Escala de Alexitimia de Toronto (TAS).		puntuaciones de razonamiento emocional entre ambos grupos. No hay correlaciones significativas entre el razonamiento emocional y las puntuaciones de los auto-informes.
<b>Berle y Moulds (Estudio 2)</b>	2013	Estudio experimental	118 de línea base (91 mujeres, 27 hombres, edad media de 19.7 años) y 106 de seguimiento.	Inductivo	BAI, BDI-II y DAS.	Tarea de Arntz et al. modificada y WST modificada.	Tres de las calificaciones auto-referentes se asocian positiva y significativamente con las puntuaciones del BDI-II. Todas ellas correlacionan negativamente con las puntuaciones de la DAS. Las puntuaciones relacionadas con la depresión son mayores en el grupo con disforia alta, pero no significativas. Las puntuaciones en la línea base y en el seguimiento correlacionan significativamente.
<b>Feng, Wang, Chen y Liu</b>	2012	Estudio experimental	30 (16 estudiantes deprimidos, 9 mujeres y 7 hombres y 14 de grupo control, 7 de cada sexo), con un rango de edad de 18-22	Deductivo	No consta.	Tarea de Aritmética Mental (MAT) y resonancia magnética funcional (IRMf).	El desempeño matemático del grupo control es significativamente mejor que el del grupo deprimido. La respuesta emocional es inhibida en los sujetos control, y se activa el control de la atención, contrario al caso de los deprimidos.

			años.					
<b>Fumero, Santamaría y Johnson-Laird</b>	2010	Estudio experimental	94 estudiantes	Deductivo (condicional)	NEO-PI-R	12 problemas de inferencia autorreferidos basados en ítems del NEO-PI-R	Puntuaciones altas en Neuroticismo y Extraversión producen más inferencias válidas en lo referente a su personalidad. Mayores tasas de Modus Tollens en las puntuaciones altas cuando se referían a su personalidad.	
<b>Gangemi, Mancini y Johnson-Laird</b>	2013	Estudio experimental	31 participantes; 15 pacientes deprimidos (5 hombres y 10 mujeres) y 16 de grupo control (6 hombres y 10 mujeres); con un rango de edad de 24-47 años.	Deductivo	Entrevista clínica estructurada y el BDI-II.	20 grupos de premisas silogísticas.	Los pacientes deprimidos presentan un mayor porcentaje de aciertos (42%) que el grupo control (26%). Los deprimidos también sacaron más conclusiones de las premisas de carácter deprimido que de las premisas neutrales.	
<b>Linden, Jackson, Subramanian, Healy y Linden</b>	2011	Estudio experimental	60 participantes; 20 con depresión melancólica (10 hombres y 10 mujeres), 20 de grupo control (11 hombres y 9 mujeres) y 20 con depresión no melancólica	Inductivo	Escala de Clasificación de Hamilton para la Depresión (HDRS, 21 ítems) y una versión informatizada del Maniquí de Autoevaluación (SAM).	Paradigma de Linden modificado y una selección de imágenes del set de afecto facial de Ekman.	Los melancólicos recuerdan mejor las caras tristes, los no melancólicos las caras enfadadas, mientras que el grupo control recuerda peor las caras asustadas. La precisión al clasificar emociones no presenta interacción con el grupo, pero sí destacan las caras felices.	

(14 hombres y 6 mujeres); con un rango de edad de 31-62 años.

---

<b>Zwick y Wolkenstein</b>	2017	Estudio experimental	123 participantes (42 con depresión mayor, 43 con depresión mayor que ha remitido y 38 de grupo control) con un rango de edad de 18-56 años.	Inductivo	HDRS y el Inventario Rápido de Sintomatología Depresiva (QIDS)	Set de Expresiones Faciales Dinámicas de Amsterdam (ADFES), Película para la Evaluación de la Cognición Social (MASC) y electromiograma facial.	Las puntuaciones en HDRS y QIDS difieren en los grupos. En el reconocimiento de caras los actualmente deprimidos cometen más errores de precisión en las caras felices que los otros grupos, confían menos en la identificación de las caras felices y las enfadadas que el grupo control, y los anteriormente deprimidos confían menos en para las enfadadas. Y tanto los deprimidos como los remitidos, calificaron como más difícil la detección de las caras felices, enfadadas y asustadas. El desempeño de los deprimidos en MASC está significativamente deteriorado comparado con ambos grupos.
----------------------------	------	----------------------	--	-----------	--	---	---