

**UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEON**

**FACULTAD DE PSICOLOGIA  
SUBDIRECCION DE ESTUDIOS DE POSGRADO**



**EL IMPACTO DE LA APROXIMACION PSICOTERAPEUTICA'  
EMDR EN EL PROCESAMIENTO COGNITIVO DE LA  
INFORMACION EMOCIONAL EN PACIENTES CON DEPRESION**

**TESIS**

**QUE PARA OBTENER EL GRADO DE  
DOCTORA EN FILOSOFIA CON ESPECIALIDAD  
EN PSICOLOGIA**

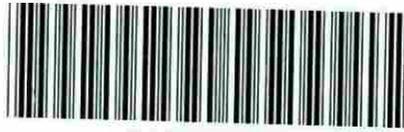
**PRESENTA  
MYRNA ESTELA ROSAS URIBE**

**MONTERREY, N. L., A 30 DE ENERO DE 2007**

TD  
Z7201  
FPs  
2007  
.R685

2007

EL IMPACTO DE LA APROXIMACION PSICOTERAPEUTICA  
EMDR EN EL PROCESAMIENTO COGNITIVO DE LA  
INFORMACION EMOCIONAL EN PACIENTES CON DEPRESION  
Mi. E. R. U.



1020154721



# UANL

---

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN



DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEON

FACULTAD DE PSICOLOGIA  
SUBDIRECCION DE ESTUDIOS DE POSGRADO



EL IMPACTO DE LA APROXIMACION PSICOTERAPEUTICA  
EMDR EN EL PROCESAMIENTO COGNITIVO DE LA  
INFORMACION EMOCIONAL EN PACIENTES CON DEPRESION

TESIS

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS  
DOCTORA EN FILOSOFIA CON ESPECIALIDAD  
EN PSICOLOGIA

PRESENTA

MYRNA ESTELA ROSAS URIBE

MONTERREY, N. L., A 30 DE ENERO DE 2007

1021741



FONDO  
TESIS

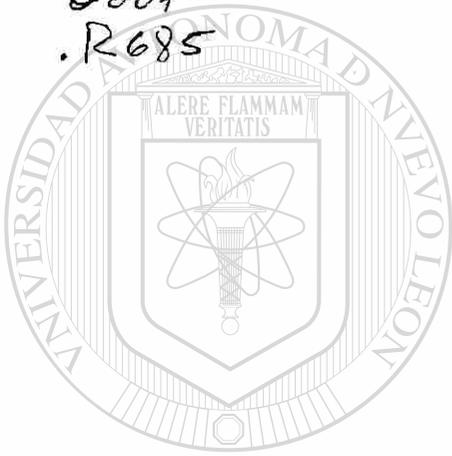
TD

Z7201

FPs

2007

.R685



# UANL

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

®

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

27 Abril -07  
Ala de la T  
1

**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN  
FACULTAD DE PSICOLOGÍA  
SUBDIRECCIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO**



**EL IMPACTO DE LA APROXIMACIÓN PSICOTERAPÉUTICA EMDR  
EN EL PROCESAMIENTO COGNITIVO DE LA INFORMACIÓN EMOCIONAL EN  
PACIENTES CON DEPRESIÓN**

**TESIS**

---

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

- QUE PARA OBTENER EL GRADO DE  
DOCTORA EN FILOSOFÍA CON ESPECIALIDAD EN PSICOLOGÍA

**PRESENTA:**

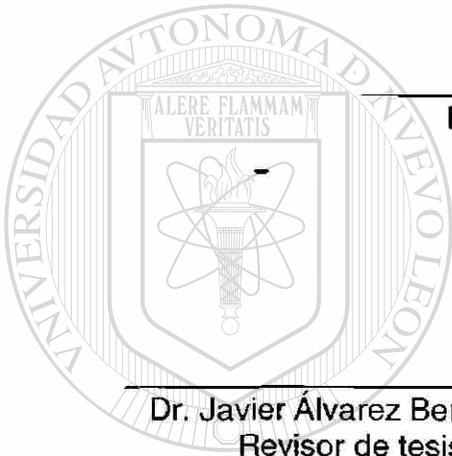
**MYRNA ESTELA ROSAS URIBE**

**MONTERREY, N. L., A 30 DE ENERO DE 2007**

**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN  
FACULTAD DE PSICOLOGÍA  
SUBDIRECCIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO**

**DOCTORADO EN FILOSOFÍA CON ESPECIALIDAD EN PSICOLOGÍA**

La presente tesis titulada "EL IMPACTO DE LA APROXIMACIÓN PSICOTERAPÉUTICA EMDR EN EL PROCESAMIENTO COGNITIVO DE LA INFORMACIÓN EMOCIONAL EN PACIENTES CON DEPRESIÓN", presentada por Myrna Estela Rosas Uribe, ha sido aprobada por el comité de tesis:



---

**Dr. Ernesto Octavio López Ramírez**  
Director de tesis

---

**Dr. Javier Álvarez Bermúdez**  
Revisor de tesis

---

**Dr. René Landero Hernández**  
Revisor de tesis

---

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

---

**Dr. José Moral de la Rubia**  
Revisor de tesis

---

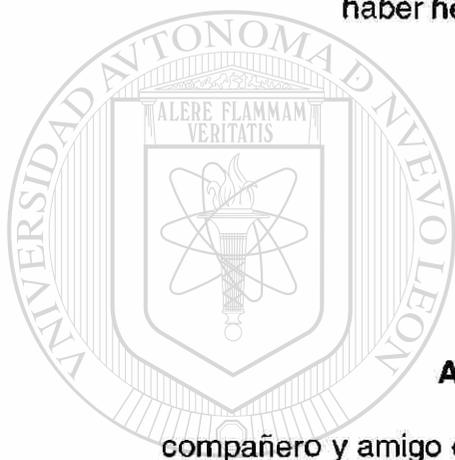
**Dr. José Ignacio Jarero**  
Revisor Invitado

Monterrey, N. L., a 30 de Enero de 2007.

## DEDICATORIAS

**A mis queridos papás,**

como una demostración más del cariño y agradecimiento que les tengo por haber hecho posible mi vida que tanto disfruto.



**A mi adorado e insustituible esposo,**

compañero y amigo de tantos años con el que he bailado ese vals de armonía

que se escucha justo en ese punto medio tan cerca del corazón como de la razón.

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEON



DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

**A mis queridos hijos,**

mis dos más grandes experiencias que me permitieron recoger los diplomas de vida más valiosos.

## AGRADECIMIENTOS

A la Universidad Veracruzana, le doy una vez más mi agradecimiento especial. El apoyo que me ha brindado para lograr esta meta académica es invaluable.

Al Dr. Ernesto Octavio López Ramírez mi agradecimiento infinito. Por ser mi director de tesis; por compartirme su información, su formación y respaldar mi evolución con su bagaje; por todos y cada uno de los largos viernes de asesoría; y por aguantarle el ritmo a mis obsesiones, le digo con el corazón gracias, mil gracias.

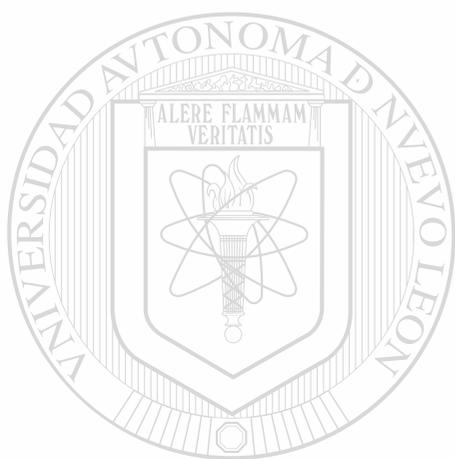
A mis tres maestros y revisores de tesis, Dr. Javier Álvarez Bermúdez, Dr. René Landero Hernández y Dr. José Moral de la Rubia les agradezco su excelente disposición para aportar su tiempo a la lectura de este trabajo y hacer sus valiosas observaciones.

### DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

A mi revisor externo, Dr. José Ignacio Jarero le agradezco además mi formación en la aproximación psicoterapéutica EMDR y el haberme brindado su apoyo y asesoría en esta área cuando lo requerí durante el proceso de la investigación.

A cada una de mis maestras y a cada uno de mis maestros durante mi formación doctoral, también les brindo todo mi agradecimiento por su contribución.

Finalmente, a Lupita e Isoldita igualmente les digo muchísimas gracias por el apoyo desinteresado que siempre me dieron y por su amabilidad manifestada en cada momento de nuestra interacción.



# UANL

---

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

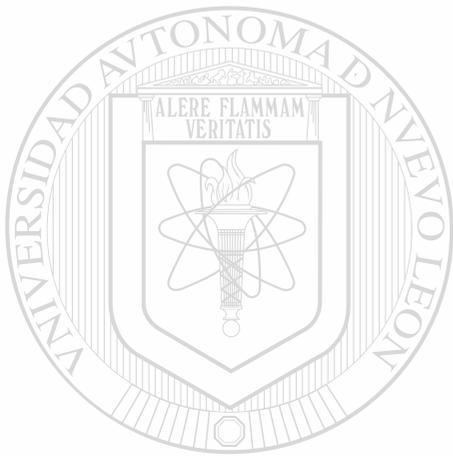


DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

## RESUMEN

La presente investigación enmarcada en el campo de la ciencia cognitiva de la emoción, se llevó a cabo en un grupo de tres personas que fueron diagnosticadas con depresión mayor y que participaron en un proceso terapéutico que involucró la aproximación EMDR (por sus siglas en inglés -Eye Movement Desensitization and Reprocessing-). La recolección de datos se realizó en la práctica clínica mediante el diseño de estudios de caso longitudinales, dentro de los cuales se consideraron a la vez dos tipos de estudios cognitivos, unos cuasiexperimentales y otros descriptivos, que fueron organizados en tres fases (inicial, intermedia y final) para poder evaluar el impacto de la terapia en la superación del trastorno depresivo. Los estudios cuasiexperimentales, de identificación de valencia emocional bajo el paradigma de facilitación afectiva, se realizaron para observar los cambios en el mecanismo de sesgo cognitivo emocional sobre las palabras depresogénicas. Por su parte los estudios descriptivos, de análisis de representación conceptual emocional bajo la técnica de escalamiento multidimensional, de redes conceptuales y de simulaciones computacionales conexionistas, se utilizaron para determinar la forma en la que el esquema disfuncional depresogénico era modificado. Los resultados indican que sí fue posible cambiar los parámetros de funcionamiento en el procesamiento emocional de bajo nivel y que también se impactaron los índices de organización conceptual. En la sección de la discusión se analizan las implicaciones de la investigación.

**Palabras clave:** Depresión; EMDR; facilitación afectiva; representación conceptual emocional; cognición; emoción.



# UANL

---

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN



DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

## ÍNDICE DE CONTENIDO

CAPÍTULO I. INTRODUCCIÓN .....	1
I.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA .....	8
I.2 OBJETIVOS .....	20
1.3 HIPÓTESIS .....	21

CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO .....	22
----------------------------------	----

II.1 LA APROXIMACIÓN COGNITIVA AL ESTUDIO DE LA EMOCIÓN .....	22
--	----

II.2 EL ENFOQUE COGNITIVO DEL DESORDEN EMOCIONAL .....	28
--	----

II.3 LA APROXIMACIÓN COGNITIVA AL ESTUDIO DE LA DEPRESIÓN .....	32
--	----

II.3.1 LOS MODELOS DE ESQUEMAS DEPRESOGENICOS .....	32
---	----

II.3.2 LAS PREDICCIONES DE UNA TEORÍA RETICULAR CONCEPTUAL DEPRESOGENICA .....	36®
---	-----

II.3.2.1 LAS TEORÍAS DE ATRIBUCIÓN DE LA DEPRESIÓN .....	42
---	----

II.3.2.2 LOS MODELOS COGNITIVOS EMOCIONALES MULTINIVELES DE LA DEPRESIÓN .....	47
---	----

II.3.2.3 LA RUMIACIÓN Y EL PROCESAMIENTO COGNITIVO EMOCIONAL .....	51
---	----

II.4 LA APROXIMACIÓN PSICOTERAPÉUTICA EMDR .....	55
--	----

II.4.1 EL MODELO TEÓRICO: SISTEMA DE PROCESAMIENTO	
--	--

DE INFORMACIÓN A UN ESTADO ADAPTATIVO (SPAI) . . . . .	56
II.4.2 EXPLICACIONES SOBRE LA APROXIMACIÓN Y SU UTILIDAD . . . . .	58
II.4.3 SU APLICACIÓN EN EL TRATAMIENTO DE LA DEPRESIÓN . . . . .	62
II.5 POSTURA CLÍNICA DE LA PRESENTE INVESTIGACIÓN . . . . .	63

**CAPÍTULO III. MÉTODO . . . . . 66**

**III.1 SUJETOS . . . . . 69**

**III.2 ESTUDIO DE IDENTIFICACIÓN DE VALENCIA EMOCIONAL . . . . . 70**

**III.2.1 INSTRUMENTOS Y MATERIALES . . . . . 71**

**III.2.2 PROCEDIMIENTO . . . . . 72**

**III.3 ESTUDIO DE LA REPRESENTACIÓN EMOCIONAL  
DEPRESOGÉNICA . . . . . 74**

**III.3.1 ESCALAMIENTO PATHFINDER . . . . . 76**

**III.3.1.1 INSTRUMENTOS Y MATERIALES . . . . . 78**

**III.3.1.2 PROCEDIMIENTO . . . . . 79**

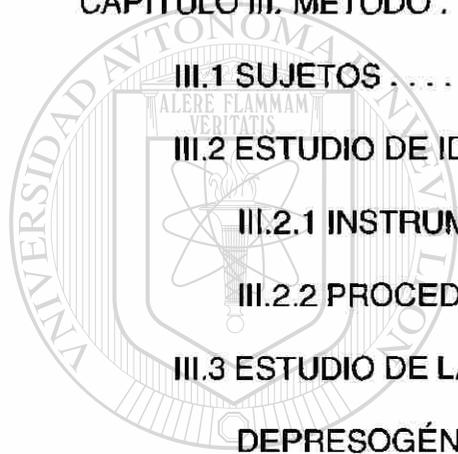
**III.3.2 ESTUDIO CONEXIONISTA DE LA DINÁMICA DE LAS  
REPRESENTACIONES DEPRESOGÉNICAS . . . . . 81**

**III.3.2.1 INSTRUMENTOS Y MATERIALES . . . . . 82**

**III.3.2.2 PROCEDIMIENTO . . . . . 83**

**III.4 INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA . . . . . 84**

**III.4.1 INSTRUMENTOS Y MATERIALES . . . . . 84**

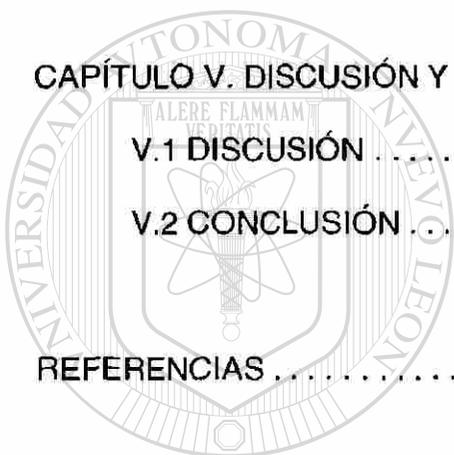


U.A.N.L.

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

III.4.2 PROCEDIMIENTO .....	86
CAPÍTULO IV. RESULTADOS .....	90
IV.1 RESULTADOS DE LOS ESTUDIOS DE IDENTIFICACIÓN DE VALENCIA EMOCIONAL .....	90
IV.2 RESULTADOS DE LOS ESTUDIOS DE LA REPRESENTACIÓN EMOCIONAL DEPRESOGENICA .....	95
CAPÍTULO V. DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN .....	116
V.1 DISCUSIÓN .....	116
V.2 CONCLUSIÓN .....	122
REFERENCIAS .....	124



UANL

---

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS



## ÍNDICE DE FIGURAS

FIGURA 1.1. MODELO RETICULAR CONCEPTUAL DE EMOCIONES . . . . . 10

FIGURA 1.2. MODELO DE SCHERER . . . . . 12

FIGURA 1.3. MODELO DE HUDLICKA . . . . . 15

FIGURA 1.4. REACOMODACIÓN DE EXPERIENCIAS NEGATIVAS EN  
MEMORIA . . . . . 17

FIGURA 1.5. REPRESENTACIÓN GRÁFICA DE LA PRIMERA PREGUN  
TA DE INVESTIGACIÓN . . . . . 18

---

FIGURA 2.1. MODELO DE LAZARUS . . . . . 24

FIGURA 2.2. MODELO MULTINIVELES DE LEVENTHAL Y SCHERER . . . . . 26

FIGURA 2.3. LOS DIFERENTES NIVELES DE ANÁLISIS DEL MODELO  
DE SCHERER . . . . . 27

FIGURA 2.4. MODELO S-REF . . . . . 30

FIGURA 2.5. UN CICLO DE PROCESAMIENTO DE INFORMACIÓN CON

FILTRACIÓN ÚNICA DE INFORMACIÓN NEGATIVA ..... 35

FIGURA 2.6. RESULTADOS DE UN ESTUDIO DE IDENTIFICACIÓN  
DE VALENCIA EMOCIONAL Y DE DECISIÓN LEXICAL  
CON DEPRESIVOS Y NO DEPRESIVOS ..... 40

FIGURA 2.7. LOS NIVELES DEL PROCESAMIENTO EMOCIONAL PARA  
EL LOGRO DE METAS SEGÚN HUDLICKA ..... 46

FIGURA 2.8. ANÁLISIS LLEVADO A CABO EN EL MODELO ICS ..... 50

FIGURA 3.1. REPRESENTACIÓN GRÁFICA DEL DISEÑO DE  
INVESTIGACIÓN ..... 67

FIGURA 3.2. SECUENCIA DE CADA ENSAYO EN EL ESTUDIO DE  
IDENTIFICACIÓN DE VALENCIA EMOCIONAL ..... 73

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

FIGURA 3.3. PANTALLA KU-MAPPER QUE MUESTRA PALABRAS  
NEGATIVAS AUTOBIOGRÁFICAS ..... 79

FIGURA 3.4. PANTALLA KNOT QUE MUESTRA EL ANÁLISIS  
RESULTANTE DE LA APLICACIÓN DE PATHFINDER A LA  
MATRIZ DE SIMILARIDAD CONCEPTUAL OBTENIDA DEL  
KU-MAPPER ..... 80

FIGURA 3.5. PANTALLA QUE ILUSTR A UNA ACTIVACIÓN  
CONCEPTUAL DEPRESOGÉNICA ..... 83

FIGURA 4.1. DATOS OBTENIDOS CON LA SUJETO 1 EN LAS TRES  
FASES DEL ESTUDIO DE IDENTIFICACIÓN DE  
VALENCIA ..... 92

FIGURA 4.2. DATOS OBTENIDOS CON LA SUJETO 2 EN LAS TRES  
FASES DEL ESTUDIO DE IDENTIFICACIÓN DE  
VALENCIA ..... 93

FIGURA 4.3. DATOS OBTENIDOS CON EL SUJETO 3 EN LAS TRES  
FASES DEL ESTUDIO DE IDENTIFICACIÓN DE  
VALENCIA ..... 95

---

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN  
FIGURA 4.4. LOS TRES MOMENTOS DEL ANÁLISIS MDS DE LA  
INFORMACIÓN EMOCIONAL NEGATIVA DE LA  
SUJETO 1 ..... 97

FIGURA 4.5. LOS TRES MOMENTOS DEL ANÁLISIS MDS DE LA  
INFORMACIÓN EMOCIONAL NEGATIVA DE LA  
SUJETO 2 ..... 98

FIGURA 4.6. ORGANIZACIONES CONCEPTUALES KNOT EN TRES

MOMENTOS DE LA TERAPIA EN LA SUJETO 1..... 101

FIGURA 4.7. INTERPRETACIÓN DE LOS CAMBIOS EN LA  
REPRESENTACIÓN CONCEPTUAL NEGATIVA DE LA  
SUJETO 1 ..... 103

FIGURA 4.8. DESCRIPCIÓN DE LA ORGANIZACIÓN CONCEPTUAL  
NEGATIVA DE LA SUJETO 1 EN LA FASE FINAL ..... 104

FIGURA 4.9. ACTIVACIÓN DEL CONCEPTO DE LLANTO ..... 106

FIGURA 4.10. ACTIVACIÓN DEL CONCEPTO DE MIEDO ..... 107

FIGURA 4.11. ACTIVACIÓN DEL CONCEPTO DE INCONFORMIDAD ..... 108

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

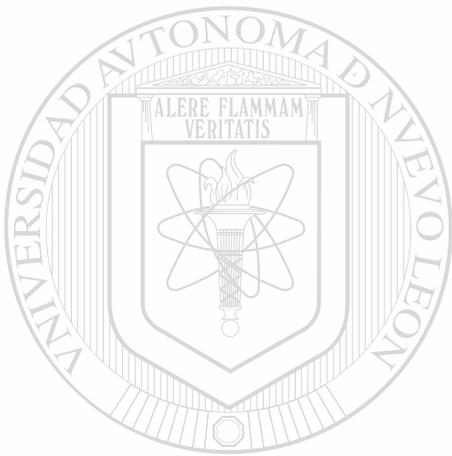
FIGURA 4.12. ORGANIZACIONES CONCEPTUALES KNOT EN TRES  
MOMENTOS DE LA TERAPIA EN LA SUJETO 2..... 110

FIGURA 4.13. DESCRIPCIÓN DE LA ORGANIZACIÓN CONCEPTUAL  
NEGATIVA DE LA SUJETO 2 EN LA FASE FINAL ..... 111

FIGURA 4.14. ESPACIO PSICOLÓGICO DE LA PRIMERA Y LA  
SEGUNDA DIMENSIÓN DE LA SOLUCIÓN MDS PARA

LA SUJETO 2 ..... 113

FIGURA 4.15. ORGANIZACIÓN CONCEPTUAL NEGATIVA DE LA  
SUJETO 2 EN TRES DIMENSIONES ..... 114



UANL

---

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN



DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

## ÍNDICE DE TABLAS

TABLA 1.1. CRITERIOS PARA EL DIAGNÓSTICO DE TRASTORNO DEPRESIVO MAYOR .....	3
--	---

TABLA 2.1. PALABRAS EMOCIONALES Y NEUTRAS USADAS EN ESTUDIOS DE DECISIÓN LEXICAL .....	37
---	----

TABLA 3.1. CARACTERÍSTICAS DEL Y LAS PARTICIPANTES DEL ESTUDIO .....	70
---	----

TABLA 3.2. GRUPOS DE PALABRAS NEGATIVAS AUTOBIOGRÁFICAS DE CADA PARTICIPANTE .....	72
---	----

---

TABLA 4.1. ÍNDICES DE SIMILARIDAD DEL ANÁLISIS KNOT PARA LA SUJETO 1 .....	100
---	-----

TABLA 4.2. ÍNDICES DE SIMILARIDAD DEL ANÁLISIS KNOT PARA LA SUJETO 2 .....	109
---	-----

# CAPÍTULO I

## INTRODUCCIÓN

Anteriormente las prioridades de salud pública se estimaban en base a índices de mortalidad, pero hace más o menos una década se incluyó el factor discapacidad o pérdida de vida saludable para hacer consideraciones al respecto. Las enfermedades neuropsiquiátricas se colocaron entonces como algo importante a tomar en cuenta, dado el número de días que las personas se pueden ver afectadas por ellas. En este sentido, la depresión unipolar, que se explica en un párrafo posterior, destaca por haber ocupado alrededor del año 2000 el cuarto lugar mundial entre las enfermedades discapacitantes, al mismo tiempo que se estima que para el año 2020 ocupará el segundo lugar, e inclusive el primero en países en desarrollo; se ha convertido en un problema importante de salud pública que padecen alrededor de 150 millones de personas en el mundo (Parker, 2002).

---

Por este motivo, la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha establecido dentro de su programa de salud mental, que la atención a este trastorno depresivo es prioritaria.

La mayoría de los estudios transversales arrojan que existe una mayor proporción de depresión en mujeres (alrededor de 10%) en comparación con los hombres (alrededor de 6%), pero las tasas de prevalencia parecen no estar relacionadas con la raza, el nivel de estudios o de ingresos económicos, ni con el estado civil. Respecto a la edad, hay que señalar que el promedio de inicio es la mitad de la tercera década de la vida (American Psychiatric Association, 2003).

En México, tomando en cuenta la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica (Medina-Mora et al., 2003), con una mediana de inicio igual a 24 años de edad (Medina-Mora et al., 2005), el 8.4% de la población en general ha sufrido alguna vez en la vida un episodio de depresión mayor, según los criterios del DSM-IV-TR: Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (American Psychiatric Association, 2003).

Haciendo un poco de historia, cabe recordar que el *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* (DSM) surgió cuando la OMS incluyó por primera vez en la sexta edición de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-6), un apartado destinado a trastornos mentales. A partir de entonces un comité especial de la American Psychiatric Association (APA) desarrolló el DSM-1, que constituyó el primer manual oficial de los trastornos mentales con utilidad clínica. Con el paso del tiempo, ambos esfuerzos de clasificación continuaron

evolucionando hasta llegar a las versiones actuales, CIE-10 y DSM-IV-TR, que son las dos clasificaciones más ampliamente aceptadas por la comunidad de profesionales en el área de la salud, donde resulta útil una nomenclatura oficial dada la amplia diversidad de contextos y de orientaciones profesionales. El DSM, y aún más en su reciente edición, incluye información tan amplia que puede ser aplicable y utilizable en todo el mundo, gracias a la participación de un numeroso equipo de expertos internacionales.

Dicho manual, en su versión cuarta, texto revisado, incluye una sección para los trastornos del estado de ánimo. Éstos, cuya característica principal es una

alteración del humor, están divididos en trastornos depresivos (depresión unipolar), trastornos bipolares y trastornos basados en la etiología (trastorno del estado de ánimo debido a enfermedad médica y trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias). Dentro de los trastornos depresivos se encuentra, además de la distimia, y del trastorno depresivo no especificado, la depresión mayor. Por ser ésta, el motivo de estudio de la presente investigación, a continuación se detallan en la Tabla 1.1 los criterios que establece para su diagnóstico:

<b>CRITERIOS PARA EL DIAGNÓSTICO DE TRASTORNO DEPRESIVO MAYOR</b>	
<b>EPISODIO ÚNICO</b>	<b>RECURRENTE</b>
Presencia de un único episodio depresivo mayor (se explica a continuación)	Presencia de dos o más episodios depresivos mayores (se explica a continuación), separados por un intervalo de dos meses continuos.
El episodio depresivo mayor no es debido a esquizofrenia* o a algún otro trastorno psicótico*.	El episodio depresivo mayor no es debido a esquizofrenia* o a algún otro trastorno psicótico*.
Nunca se ha producido un episodio maníaco**, un episodio mixto* o un episodio hipomaníaco*.	Nunca se ha producido un episodio maníaco*, un episodio mixto* o un episodio hipomaníaco*.
* APA (2003), <i>DSM-IV-TR</i> , pp. 333-334, 400, 405, 408 y 411	

Tabla 1.1. Señala los criterios definidos en el DSM-IV-TR para el diagnóstico del trastorno depresivo mayor.

Para cubrir el criterio de episodio depresivo mayor, primero de los tres que se señalan previamente en las dos opciones de trastorno depresivo mayor, la persona debe presentar:

- Un período mínimo de dos semanas durante el cual haya tenido un estado de ánimo depresivo o pérdida de interés la mayor parte del tiempo, casi todos los días.

- Cuatro de los siguientes síntomas, también la mayor parte del tiempo:

- Cambio de peso (mayor a 5% del peso corporal en un mes) o cambio del apetito.
- Insomnio o hipersomnia.
- Agitación o retardo psicomotor.

- Fatiga o pérdida de energía.

- Sentimientos excesivos de inutilidad o de culpa.

- Disminución de la capacidad para pensar, concentrarse o tomar decisiones.

- Pensamientos recurrentes de muerte, ideación suicida o intento de suicidio.

- Un cambio respecto a su funcionamiento previo, y sus síntomas le deben provocar deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la vida.

Quedan excluidos los síntomas que cumplen los criterios para un episodio mixto (ver APA, 2003, *DSM-IV-TR*, pp. 405 y 408); los que se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia o una enfermedad médica; y los debidos a la presencia de un duelo después de una pérdida reciente (últimos dos meses) de un ser querido.

En el DSM cada trastorno mental ha sido conceptualizado como un síndrome o un patrón comportamental, psicológico o biológico de significación clínica, asociado a un malestar, a una discapacidad, o a un riesgo significativamente aumentado de morir o de sufrir dolor, discapacidad o pérdida de libertad, y cualquiera que sea su causa, debe considerarse como la manifestación individual de una disfunción (APA, 2003). Así sucede también con el trastorno depresivo mayor. Por lo tanto, habrá que considerar, como se hizo en la presente investigación, que establecer un diagnóstico en base al DSM es sólo el primer

paso de una evaluación que tendrá que completarse con más información, ya que cuando se trata de formular un adecuado plan terapéutico es necesario contar con otros datos de la persona que consulta, más allá de los criterios y síntomas que se han señalado previamente. De esta forma, el diagnóstico de depresión mayor en base a los parámetros del DSM-IV, evaluados a través del Inventario de Depresión de Beck, segunda edición (Beck, Steer & Brown, 1996), constituyó en el presente estudio, solamente una parte de los datos que hubo que integrar ante el problema manifestado. Dentro del procedimiento estandarizado que involucra la aproximación psicoterapéutica mediante la cual se intervino, en la primera de sus ocho fases que está dedicada a recoger la historia clínica y a planificar el

tratamiento, la característica relevante fue identificar los eventos más traumáticos o perturbadores de cada paciente.

Cabe señalar que la intervención terapéutica ha encontrado desde la perspectiva cognitivo conductual éxito en el tratamiento de la depresión (Greenberger & Padesky, 1998), bajo el fundamento de que los hábitos de pensamiento pueden ser impactados para que las emociones y las conductas se modifiquen y se logren cambios positivos en los individuos que la padecen. No obstante, la participación de los mecanismos cognitivos en este proceso de saneamiento no está aún bien determinada, aunque existan datos que sugieran que participan activamente componentes del procesamiento humano de información en el mantenimiento de tales desórdenes. De esta forma, mientras que la ansiedad puede elicitar mecanismos cognitivos relacionados al miedo, como los pre-atentivos y de atención selectiva (MacLeod, 1998; Mathews & Harley, 1996; Mathews & Milroy, 1994; Mathews & Wells, 2000a, 2000b), la depresión puede activar aquéllos que parecen estar relacionados al sentimiento de pérdida y fracaso (Mog & Bradley, 2000). En este último caso, la literatura en el área cognitiva (Dalgleish, Taghavi, Doost, Moradi, Yule & Canterbury, 1997; MacLeod, 1997; Power & Dalgleish, 1998; Siegle, 1996, 1999, 2001) sugiere la atención sostenida a eventos autobiográficos, así como mecanismos relacionados a la memoria del individuo.

Existe fuerte evidencia tanto en el sentido de que la atención se involucra promoviendo, como en el sentido de que se involucra manteniendo la tendencia

hacia un procesamiento de información negativa en la depresión (Mathews & MacLeod, 1994). Es decir, aunque se ha planteado la hipótesis que favorece el papel inicial o desencadenante que tienen la atención y la interpretación en sentido negativo en este trastorno (Beck, 1967, 1974; Ingram 1984, 1990; Ingram, Miranda & Segal, 1998), la investigación también favorece la hipótesis de que ellas solamente tienen que ver en el mantenimiento del mismo, y sugiere que el ajuste en los mecanismos de atención que favorece el procesamiento de información negativa se desencadena como resultado de tal padecimiento (Teasdale & Barnard, 1993). En congruencia con esto, Ingram (1984) sostiene, en su teoría de la depresión, que la activación de una red semántica de constructos relacionados a la tristeza ocasiona el efecto de repetición de un tema negativo (rumiación) en las personas deprimidas.

Autores como Beck (1979), Bennett-Goleman (2002) y Rush y Beck, (2000)

---

sostienen que ese tipo de individuos al evaluar los eventos del medio son influenciados por esquemas arquetípicos de información emocional negativa. Sus estudios tienden a especificar cómo la información en memoria a largo plazo afecta su percepción. Específicamente Beck, asume que en estas personas los esquemas disfuncionales en la memoria a largo plazo sobre sí mismos, sobre el futuro y sobre los eventos específicos del presente, determinan su desorden emocional. Esta aportación ha sido de mucha utilidad y de gran impacto para la intervención cognitivo conductual; sin embargo, su potencial todavía no está totalmente aprovechado, porque aún no se sabe específicamente cuáles son los

mecanismos de procesamiento de información que se involucran en la superación de este trastorno.

Si se quiere lograr un avance efectivo en el entendimiento de la depresión, al grado de poder intervenir puntualmente sobre el comportamiento de la arquitectura cognitiva en pos de la recuperación, es necesario determinar qué mecanismos participan en ella, y no únicamente señalar la presencia de esquemas disfuncionales. Es importante entonces, definir sistemas cognitivos que integren a los modelos de representación de la información en memoria a largo plazo (Bower, 1981), la relación de los componentes del procesamiento de información emocional, considerando variables tales como la rumiación (Papageorgiou & Wells, 2004) y las estrategias fallidas de afrontamiento (Williams, Wats, MacLeod & Mathews, 1997).

---

Especificar los cambios cognitivo-emocionales que llevan a un paciente a la superación de su padecimiento resulta muy relevante, ya que así se hace posible identificar la forma en que una intervención terapéutica impacta los diferentes niveles de procesamiento de la información. Esto, constituye un interés que se señala en el problema de investigación.

### *1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA*

Desde la perspectiva de los modelos cognitivo emocionales, los avances hechos hasta el momento sobre la depresión han tratado de especificar no solamente

cómo influye cada componente de la arquitectura cognitiva en el proceso del padecimiento, sino también la forma organizada en que interactúan para mantener la sintomatología del desorden.

Dentro del enfoque de representación del conocimiento, es de suma relevancia entender la organización y la estructura del conocimiento emocional que participa en memoria a largo plazo en la elicitación de los desórdenes emocionales. Esta postura representacional fue prácticamente el origen de una posición teórica sobre la depresión, dada la consideración de los esquemas disfuncionales de la emoción. A este respecto el modelo de Bower (1981), sin contraponerse con el modelo de Beck, propone que las causantes de la activación emocional disfuncional pueden ser redes semánticas de información que incluyen nodos conceptuales de emoción. De acuerdo a ello, la Figura 1.1 ilustra la relación de dos conceptos emocionales antagónicos en la memoria a largo plazo, en la que

se asume que la activación del concepto de felicidad inhibe la activación del de tristeza y de los eventos asociados a ella. Es ahí donde un funcionamiento inadecuado del proceso inhibitorio puede inducir desórdenes emocionales en un individuo (Ingram, 1984), como sucede en el caso de la depresión, donde se sabe que las interferencias disfuncionales de un concepto en un autoesquema se asocian a las representaciones disfuncionales que mantienen este trastorno.

Hay que señalar que ni el modelo de esquemas disfuncionales de Beck, ni el modelo de activación de redes semánticas emocionales de Bower, explican por qué no es congruente el razonamiento de un individuo en un nivel conciente y

controlado, con su conducta inconsciente y automática; es decir, por qué pacientes con fobia a las arañas, por ejemplo, describen que aunque reconocen que es absurdo tenerles miedo, no pueden controlar sus sentimientos de terror al acercarse a alguna de ellas. Pero, la falta de congruencia entre el discurso y el actuar (conducta disociada) que se observa en esos casos, ha llevado a desarrollar modelos emocionales jerárquicos, en los cuales se propone que en la elicitación de una conducta emocional participan diferentes niveles de procesamiento.

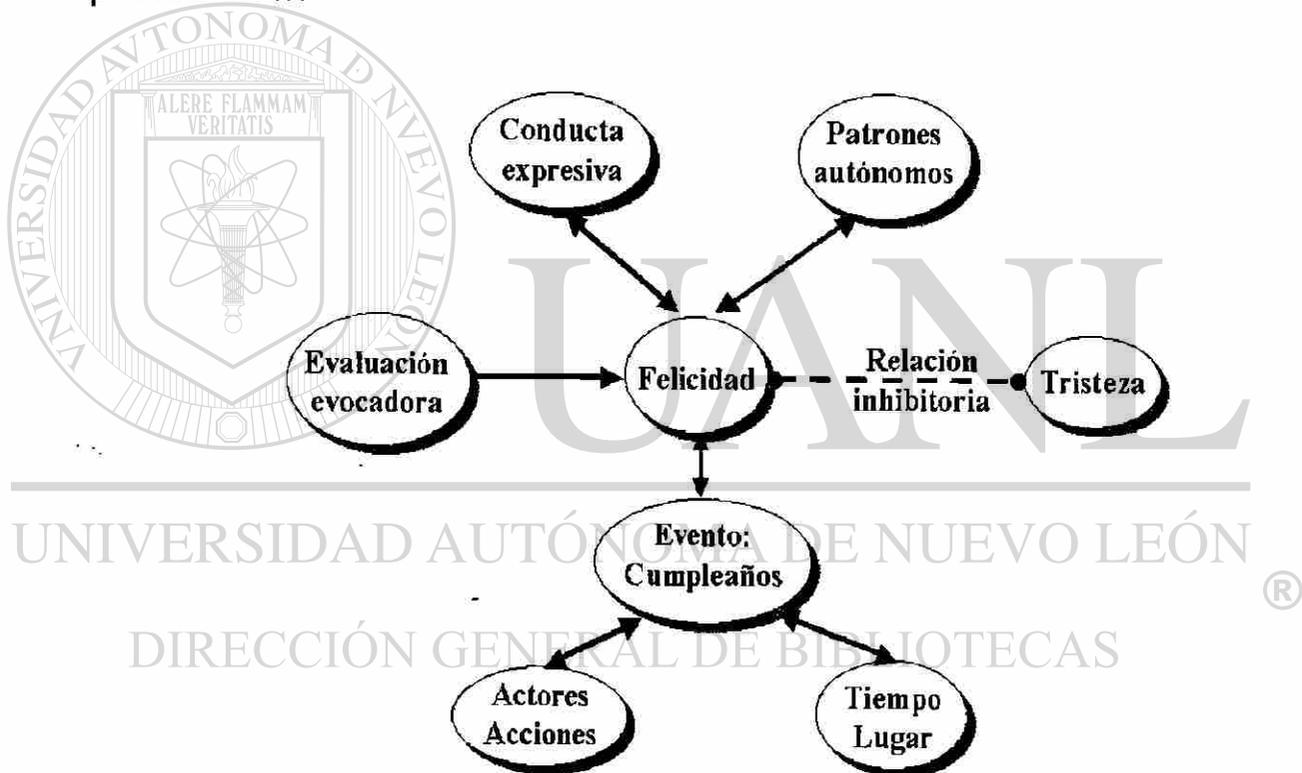


Figura 1.1. Modelo reticular conceptual de emociones (Bower, 1981), donde un nodo emocional (felicidad) puede inhibir otro (tristeza), al mismo tiempo que activa aquéllos que generan ciertos patrones fisiológicos o conductuales.

Uno de los modelos iniciales de procesamiento humano de información emocional fue propuesto por Scherer (1984a, 1984b, 1987, 2001) como se muestra en la Figura 1.2. Éste constituye un avance en cognición y emoción que trata de especificar lo que pasa en memoria a corto plazo, en memoria a largo plazo, en los procesos de atención y en las etapas de razonamiento, cuando se está llevando a cabo la valoración de un evento; también considera esquemas y proposiciones en la memoria a largo plazo, fruto de elaboraciones tanto inconscientes (automáticas) como conscientes (controladas). De acuerdo a esta propuesta, para emitir una conducta cognitiva emocional, es necesario tener en memoria a corto plazo (memoria de trabajo) parámetros o registros para evaluar lo relevante, novedoso, placentero, controlable, etc., de un evento, ya sea positivo, negativo o neutro. En el caso de la depresión, los parámetros parecen ser usados de forma diferente por la atención, la memoria a largo plazo y los procesos de razonamiento.

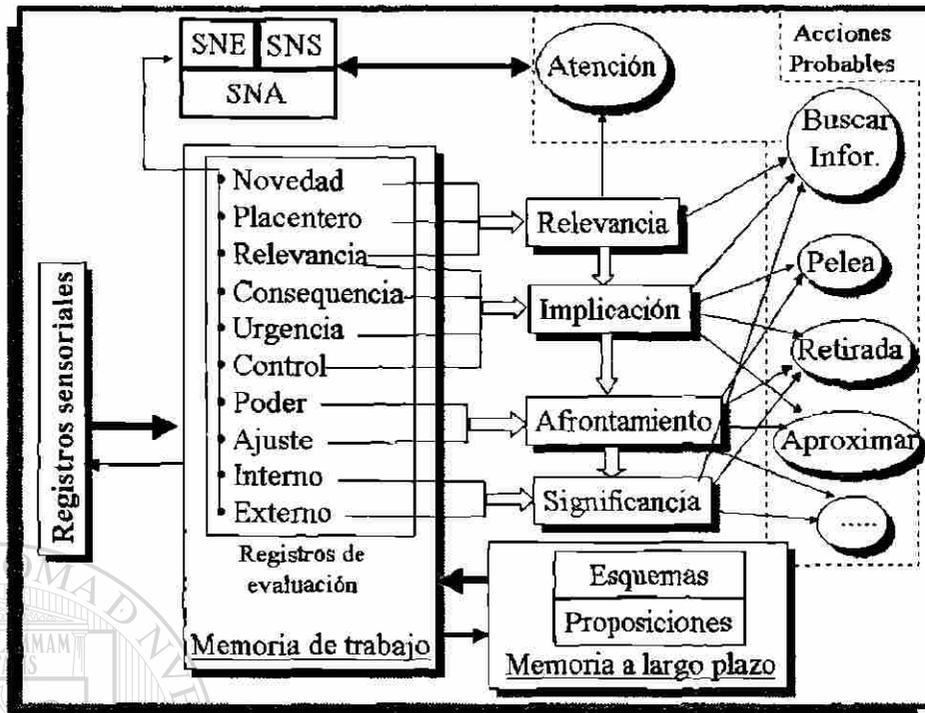


Figura 1.2. Una hipotética arquitectura cognitiva de los procesos que subyacen a la evaluación de un evento emocional según el Modelo de Scherer (1987, 2001), donde SNE significa Sistema Neuro Endocrino; SNS, Sistema Nervioso Somático; y SNA, Sistema Nervioso Autónomo.

Scherer (1987), Lenventhal y Scherer (1987), Barnard y Teasdale (1991), Wells y Matthews (1994) y Teasdale (2000) forman parte del grupo de teóricos que han propuesto la categoría de modelos que plantean al procesamiento de la información emocional en fases jerárquicas. Esta connotación es de suma relevancia para la evaluación posterior a una intervención terapéutica, ya que al hacerla hay que considerar los diferentes niveles de procesamiento para saber si la terapia ha funcionado en cada uno de ellos. Sin embargo, hasta el momento

esto no ha sido posible porque no existe una batería con la cual lograr tal efecto y solo se han usado inventarios o cuestionarios que reportan exclusivamente el nivel consciente del estado emocional de las personas (Castonway, Arnow, Blatt, Jones & Pilkonis, 1999; Padesky, 1994; Segal, Myran, Persad & Josefowitz, 1990). Ante ello, la opción para medir también el nivel automático, inconsciente, está en las técnicas que se manejan en los estudios de identificación de valencia, dentro del paradigma de facilitación emocional (Dalglish et al., 1997; MacLeod, 1997; Power & Dalglish, 1998; Siegle, 1996, 1999, 2001).

En un estudio distintivo de este tipo se afecta el tiempo de reconocimiento de la valencia emocional de un estímulo con la presentación previa de otro (ver también Greenwald & Abrams, 2002; Greenwald, Klinger & Schuh, 1995) y se observan los tiempos de reacción. Por ejemplo, cuando se le presenta a un individuo la palabra “feliz” antecediendo la palabra “fiesta” en la pantalla de una

---

computadora, él la reconoce más rápidamente como palabra positiva que cuando va antecedita por el término “cáncer”, debido al fenómeno de facilitación

emocional, que se da en pares positivo-positivo y negativo-negativo (Fazio, 1995, 2000, 2001; Fazio & Dunton, 1997; Fazio, Sanbonmatsu, Powell & Kardes, 1986).

Esta técnica ha sido aplicada en los estudios desarrollados por Siegle (1999, 2001) con pacientes depresivos, con pacientes ansiosos y con grupos control. No obstante que en todas las condiciones del estudio de identificación de valencia emocional los pacientes depresivos fueron más lentos que el grupo control, existió un efecto de facilitación en el reconocimiento de la información negativa con respecto a las latencias de palabras positivas y neutras dentro del mismo grupo de

depresivos. Por el contrario, el grupo de sujetos sin depresión reconoció más fácilmente la información con valencia positiva y, en general, todos los demás estímulos.

En los estudios de este tipo, la realización de las tareas asignadas demanda procesamiento automático; por tal razón, los tiempos de reacción ante ellas resultan un parámetro ideal de evaluación sobre el efecto que pudo haber tenido a ese nivel la terapia en pacientes con depresión. Usándolos en combinación con los inventarios que generalmente se utilizan con propósitos evaluativos, permiten integrar una valoración más completa de estos individuos para determinar el efecto multinivel del tratamiento.

Una derivación directa del modelo de Scherer descrito previamente es el de Hudlicka (2004), quien señala que en términos de procesamiento de información

---

emocional se puede explicar el funcionamiento cognitivo en dos grandes sistemas. Ambos involucran un procesamiento automático, pero, a diferencia del primero que evalúa la información emocional en tiempos muy cortos, el segundo amplifica el análisis, e incluye también un estado emocional conciente que considera las creencias y los esquemas personales. En la Figura 1.3 se observa la evaluación inmediata, que en general dura 250 ms y tiene metas de placer o metas de supervivencia; estas últimas con emociones reactivas que preparan al sujeto a la acción ante situaciones aversivas. También se observa la evaluación que, sin dejar de ser automática, amplifica el análisis de acuerdo a los parámetros señalados por Scherer. En esta etapa del procesamiento es de relevancia el

mecanismo de sesgo en la evaluación de la valencia emocional, ya que en los individuos con antecedentes depresivos este mecanismo se manifiesta en una preferencia hacia lo negativo. En la sección de la figura señalada como estado emocional, se intenta ilustrar la participación de los esquemas en las creencias de las personas sobre sí mismas y sobre su medio ambiente. De acuerdo a ello, un esquema disfuncional promovería el mantenimiento de la depresión.

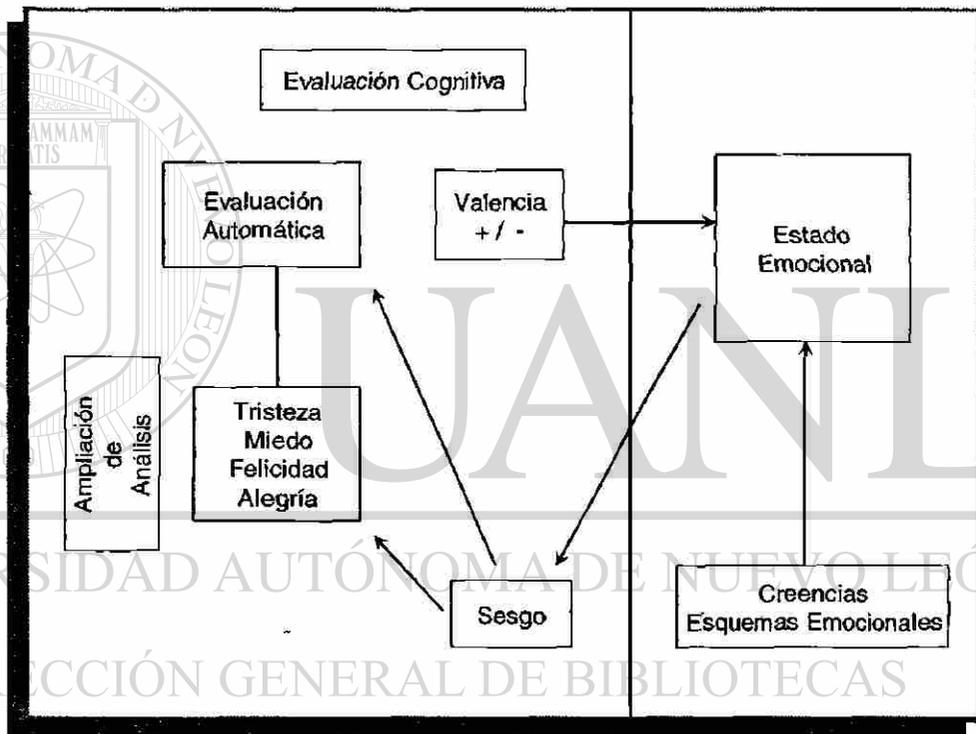


Figura 1.3. Modelo de Hudlicka (2004) que muestra los dos sistemas de procesamiento cognitivo emocional.

Cada uno de los momentos señalados en el funcionamiento cognitivo, el automático y el controlado, representa una posición teórica diferente para explicar

el trastorno emocional de la depresión (Williams, Watts, MacLeod & Mathews, 1997). Al mecanismo automático de sesgo en la evaluación de la valencia emocional se le relaciona con la rumiación, que se explica en términos de procesamiento recurrente que ocasiona vulnerabilidad cognitiva emocional (Martin, Shrira & Startup, 2004; Martin & Tesser, 1996), y a los esquemas disfuncionales y a las creencias en memoria se les enmarca por la teoría de la representación disfuncional (Beck, Rush, Shaw & Emery, 1979; Bower, 1981, 1987).

Dado lo anterior, el interés de la presente investigación fue conocer si con la aproximación psicoterapéutica EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing, en español Desensibilización y Reprocesamiento a través del Movimiento Ocular) basada en una postura representacional, se modificaban diferencialmente los niveles de participación cognitiva, como los mecanismos de sesgo emocional, en cuanto a aspectos de procesamiento, y los esquemas

disfuncionales en la memoria, en cuanto a aspectos representacionales. Tal interés quedó expresado de forma más específica en las siguientes preguntas de investigación:

**PREGUNTA 1.** Para lograr la superación de la depresión, de acuerdo al enfoque representacional es necesario un cambio de los esquemas disfuncionales. La aproximación psicoterapéutica EMDR aporta al respecto una postura interesante, con su objetivo central de llevar a cabo una reacomodación en la memoria de las experiencias negativas trasmutándolas en experiencias de aprendizaje adaptativas, como lo muestra la Figura 1.4.

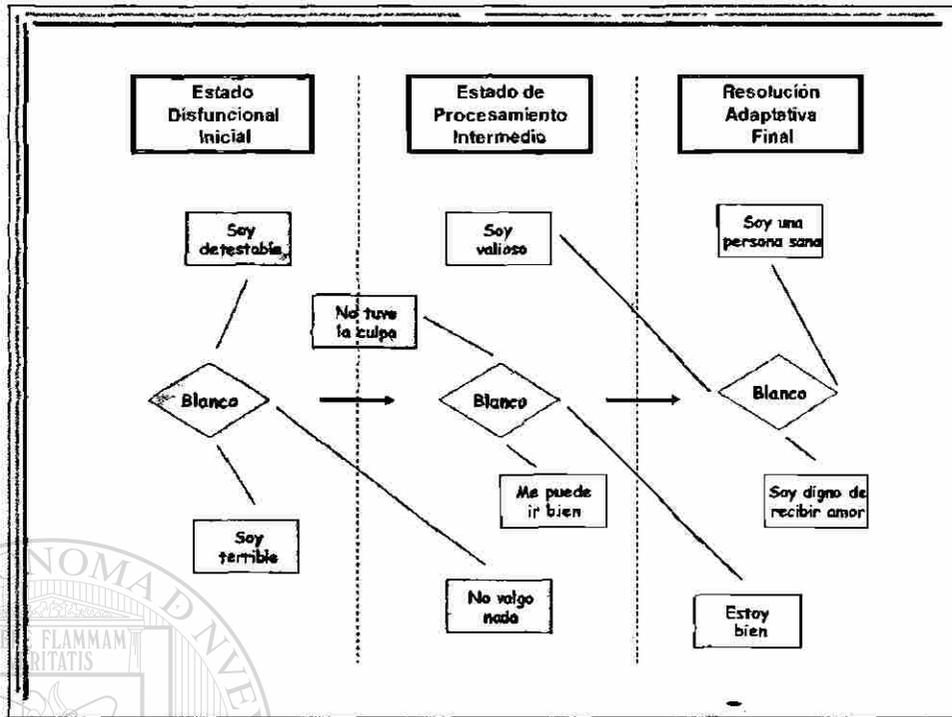


Figura 1.4. Reacomodación de las experiencias negativas en la memoria, trasmutándose en experiencias adaptativas cuando surgen las creencias positivas (Shapiro, 2004).

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

Dicha metodología de intervención puede catalogarse como una psicoterapia integrativa, cuyo marco teórico y principios de tratamiento están dados por el modelo del sistema de procesamiento de la información a un estado adaptativo de Shapiro (1993, 1994). Desde esta consideración teórica, la primera pregunta de investigación, misma que se ilustra en la Figura 1.5, fue:

¿La aproximación psicoterapéutica EMDR puede impactar en memoria a largo plazo la representación de los esquemas emocionales disfuncionales que se asocian a la depresión?

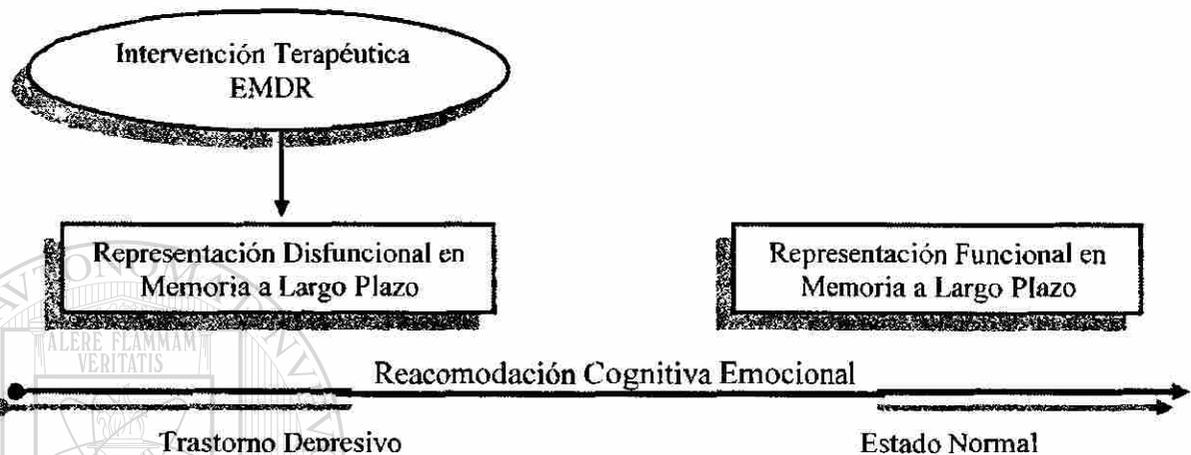


Figura 1.5. Representación gráfica del planteamiento hecho en la primera pregunta de investigación, que señala la aproximación

psicoterapéutica EMDR como el elemento principal para la reacomodación cognitiva emocional de la representación disfuncional

en los sujetos con depresión.

Como se señalará en la sección del marco teórico, la posición clínica de la presente investigación propone evaluar los cambios logrados en los esquemas disfuncionales de pacientes con depresión, usando indicadores diferentes a los inventarios o tests tradicionales disponibles en la psicometría convencional (Padesky, 1994).

**PREGUNTA 2.** Identificar el impacto de la intervención terapéutica en el nivel automático de una arquitectura emocional relacionada a la depresión, es relevante dentro del enfoque procesal. El modelo jerárquico denominado Función Ejecutiva Auto-Regulatoria (S-REF, por las siglas en inglés de Self-Regulatory Executive Function) de Wells y Matthews (1994), equivalente al propuesto por Scherer, dado que permite señalar tanto la influencia de una variable procesal (rumiación) como aspectos representacionales (esquema disfuncional), en el procesamiento automático de bajo nivel en una arquitectura cognitiva emocional, fue considerado para el planteamiento de la segunda pregunta de investigación:

¿Es posible cambiar el procesamiento automático de una arquitectura cognitiva emocional tipo S-REF en pacientes con depresión mediante la aproximación psicoterapéutica EMDR?

---

Las teorías de la desesperanza y del desamparo relacionadas a la depresión (Abramson, Seligman & Teasdale, 1978; Gotlib & Abramson, 1999; Pitman & Pitman, 1980; Seligman, 1975), como se argumenta posteriormente en el capítulo II, proveen un marco académico que permite incluir los registros de control, relevancia y significancia en la evaluación de eventos del modelo de Scherer dentro de los niveles de bajo procesamiento del modelo S-REF.

## 1.2 OBJETIVOS

**OBJETIVO GENERAL.** El propósito de la presente investigación fue identificar el impacto de la aproximación psicoterapéutica EMDR en los diferentes niveles del procesamiento cognitivo de la información emocional en individuos con depresión.

### OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Determinar como se reflejan en indicadores de organización conceptual los cambios en la representación de los esquemas emocionales disfuncionales, que están relacionados a eventos perturbadores de los pacientes con depresión.

- Analizar la modificación de parámetros del procesamiento automático, como los mecanismos de asignación de valencia, a través de la aproximación psicoterapéutica EMDR, en la recuperación de pacientes con depresión.

- Discutir las implicaciones de los resultados del estudio para la teoría de la depresión; específicamente, señalar la contribución de esta línea de investigación a la generación de conocimiento innovador.

### 1.3 HIPÓTESIS

Como se mencionó previamente, es probable que los responsables del mantenimiento de la depresión sean procesos de rumiación producto de esquemas y creencias del individuo. Sin embargo, aunque existe información tanto del desencadenamiento como del mantenimiento de ese padecimiento por los mecanismos de evaluación cognitiva, no aclara cómo se elimina; no existe evidencia manifestada en la literatura que permita identificar específicamente qué determina la recuperación.

En la presente investigación se asumió que la intervención terapéutica EMDR podía solucionar la depresión modificando mecanismos específicos del procesamiento humano de información, donde tanto la participación conciente como la inconsciente (controlada y automática) mantienen ese desorden emocional. Por lo tanto, una vez superada se esperaron los cambios manifestados en las siguientes hipótesis:

- La intervención psicoterapéutica EMDR impacta los índices de organización conceptual y la estructura de la información negativa relevante a control y perturbación contenida en un esquema disfuncional.
- La intervención psicoterapéutica EMDR ocasiona en los sujetos con depresión cambios en el sesgo al evaluar la valencia emocional negativa de la información contenida en un esquema disfuncional.

## **CAPÍTULO II**

### **MARCO TEÓRICO**

En esta sección se describen los modelos cognitivos que son importantes para el estudio de la depresión; particularmente, aquéllos que contextualizan los indicadores que fueron usados en la presente investigación. Con este propósito, primeramente se hace una breve introducción al enfoque cognitivo del estudio de la emoción humana, y después se explica como este enfoque teórico aproxima la investigación de tal desorden emocional. Los modelos cognitivo-emocionales de la depresión que presentan evidencia experimental de procesos cognitivos involucrados en el mantenimiento de ese trastorno, tales como el análisis cognitivo de esquemas depresogénicos y la participación cognitiva de la rumiación, fueron relevantes en la selección teórica. Dentro de este capítulo se detallan también las técnicas experimentales usadas en el paradigma de facilitación afectiva para la

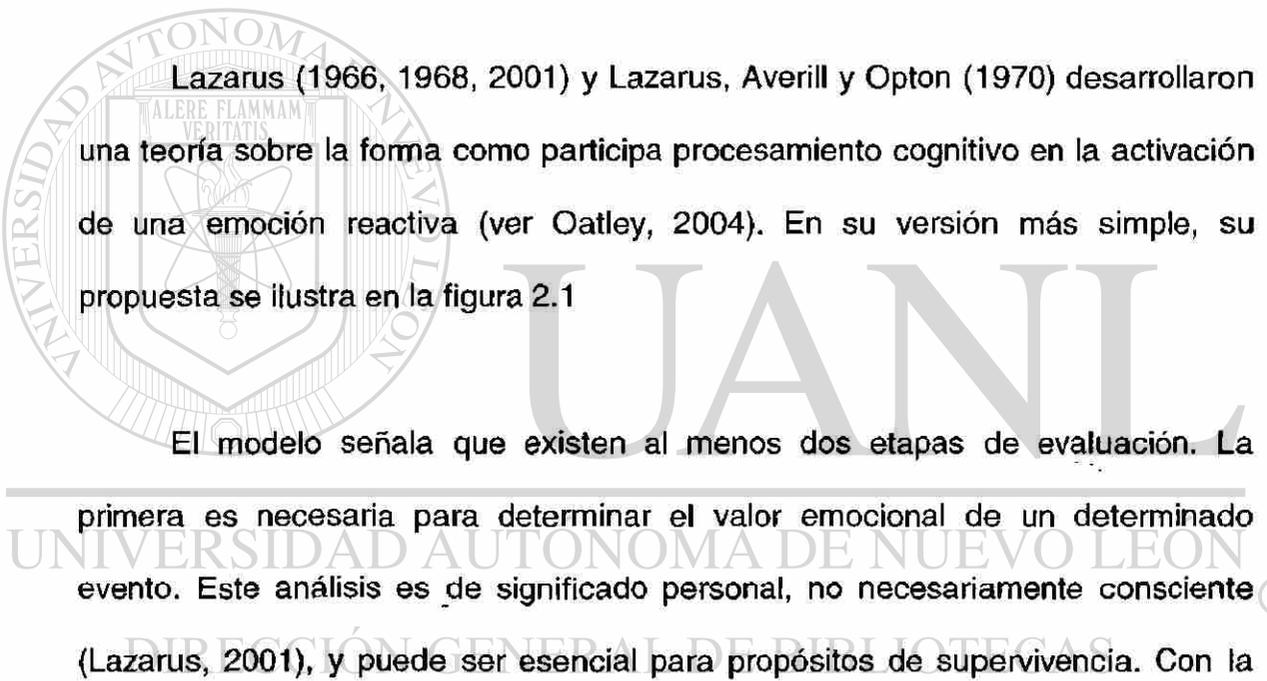
---

identificación de valencia emocional y en el análisis de esquemas para el estudio de la representación emocional depresogénica, y finalmente se describe la aproximación psicoterapéutica que fue considerada para el tratamiento de la depresión, relacionándola con el objetivo de esta investigación.

#### *II.1 LA APROXIMACIÓN COGNITIVA AL ESTUDIO DE LA EMOCIÓN*

Los humanos evolucionamos primero como seres emocionales y después como seres pensantes. Se hace énfasis en el aspecto evolutivo, porque primero se dio la formación de estructuras neurales dedicadas al proceso y manejo de información

emocional (el sistema límbico) y después la de estructuras neurales de la corteza (Lautin, 2001). En términos cognitivos esto significa que el procesamiento intelectual que tanto distingue a la especie humana está intrínsecamente ligado al procesamiento de información emocional. No obstante, fue hasta inicios de los 50s cuando autores como Arnold, Schacter y Lazarus presentaron las primeras aproximaciones cognitivas formales en el estudio de la emoción (Strongman, 2003).



Lazarus (1966, 1968, 2001) y Lazarus, Averill y Opton (1970) desarrollaron una teoría sobre la forma como participa procesamiento cognitivo en la activación de una emoción reactiva (ver Oatley, 2004). En su versión más simple, su propuesta se ilustra en la figura 2.1

El modelo señala que existen al menos dos etapas de evaluación. La primera es necesaria para determinar el valor emocional de un determinado evento. Este análisis es de significado personal, no necesariamente consciente (Lazarus, 2001), y puede ser esencial para propósitos de supervivencia. Con la segunda evaluación el individuo decide como afrontar el resultado de la primera.

El modelo de Lazarus es representativo de una serie inicial de modelos cognitivo-emocionales que pretendieron describir la estructura de los individuos al analizar y evaluar la información ambiental para encontrar un significado emocional.

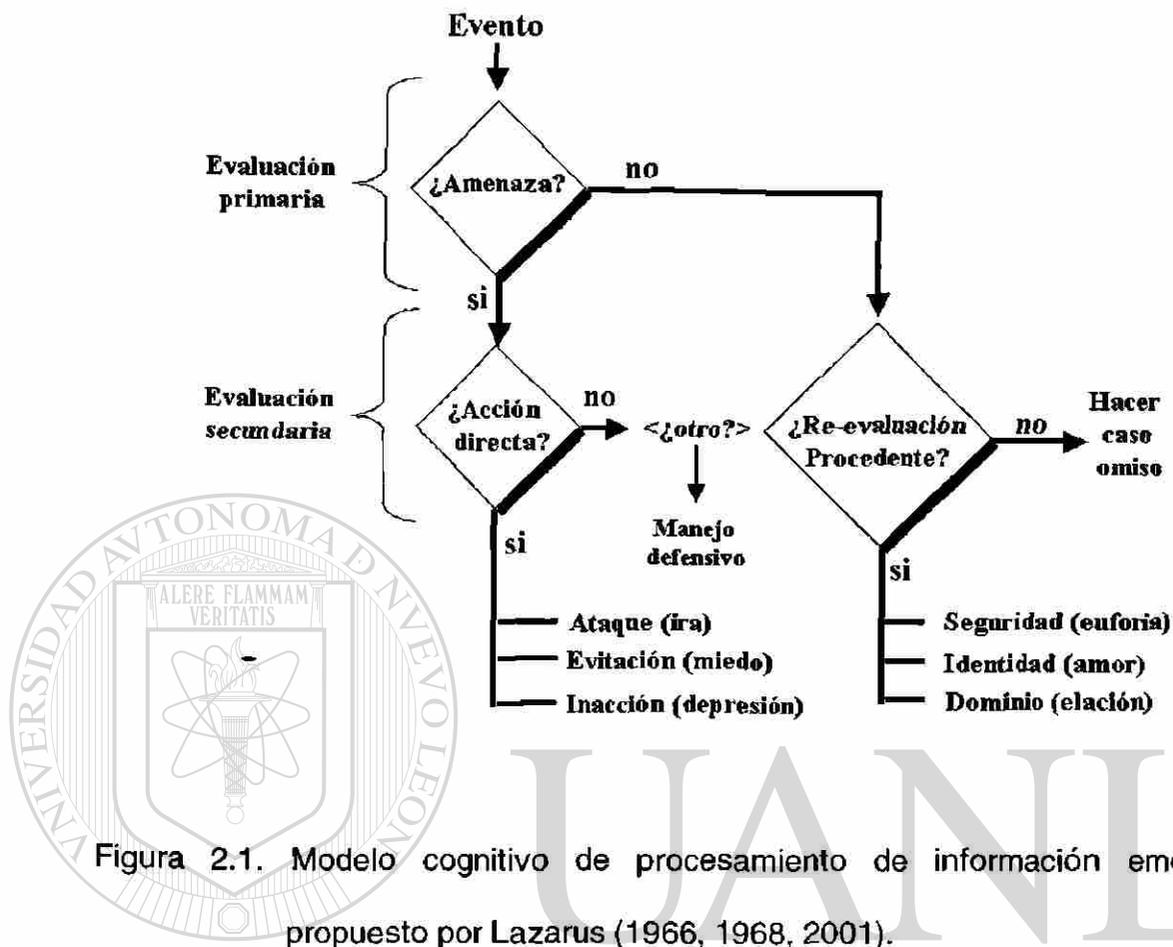


Figura 2.1. Modelo cognitivo de procesamiento de información emocional propuesto por Lazarus (1966, 1968, 2001).

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

Las características comunes a la mayoría de los modelos de ese tipo®

(Roseman & Smith, 2001), se describen a continuación:

- Cada emoción es activada por la evaluación de un evento y no por el evento en sí. Esto explica por qué un mismo individuo u otros individuos tienen reacciones diferentes ante un mismo evento, después de su evaluación que resulta ser muy particular.

- La activación de una emoción se ve como el resultado de un patrón de evaluaciones y no de una sola evaluación. Por lo tanto, en estos modelos no se asume que existe una relación uno a uno entre evaluación y emoción.
- El proceso de evaluación permite al individuo adoptar la respuesta emocional adecuada ante un evento determinado. Este postulado es relevante para el proceso de construcción de las estrategias de afrontamiento ante estados de desorden emocional en terapias cognitivas (Goleman, 1995; Greenberg & Paivio, 1997).
- Las emociones activadas son entendidas como unidades discretas y diferenciables.

---

Posteriormente, surgieron modelos procesales de información emocional más sofisticados, como el modelo multiniveles de Leventhal y Scherer (1987), el cual propone que la emoción es procesada por una serie de componentes ordenados jerárquicamente. La figura 2.2 muestra que los niveles participan de abajo hacia arriba en el análisis de la información sobre un evento emocional, yendo de un menor a un mayor análisis.

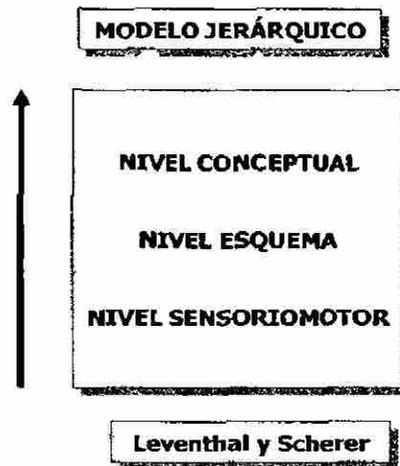


Figura 2.2. Modelo multiniveles de Leventhal y Scherer (1987), en el que se observa que participan tres niveles de procesamiento (sensoriomotor, esquemático y conceptual) en la activación de una emoción.

Los dos niveles superiores permiten que haya un aprendizaje emocional, dada una modificación en los esquemas emocionales, enfatizando la posibilidad de interacciones cognitivas complejas. Al sugerir que a lo largo de la vida de un individuo se presentan cambios en la experiencia y en la expresión emocional, en función de la interacción de la actividad cognitiva compleja con la experiencia emocional, este modelo introdujo el aspecto del aprendizaje. Con esta característica moduladora, permitió por otra parte elaborar modelos cognitivo-emocionales con detalles estructurales y procesales al estilo clásico del Procesamiento Humano de Información, cuyo postulado teórico central es entender al humano como un procesador de información simbólica que manipula,

procesa, almacena y organiza en la memoria lo que entra al aparato cognitivo a través de los sentidos (Lachman, Lachman y Butterfield, 1979; Lindsay y Norman, 1977; Neisser, 1967; Solso, 1998). Así Scherer (1984a, 1984b, 1987, 2001), en una ampliación del modelo anterior señaló como van participando diferentes procesos en la valoración emocional de un evento para la activación de una emoción reactiva y/o de una conducta emocional. La figura 2.3 describe gráficamente la idea de que durante el proceso de evaluación emocional de un evento, intervienen aspectos de atención, memoria y motivación, para determinar su relevancia y su implicación.

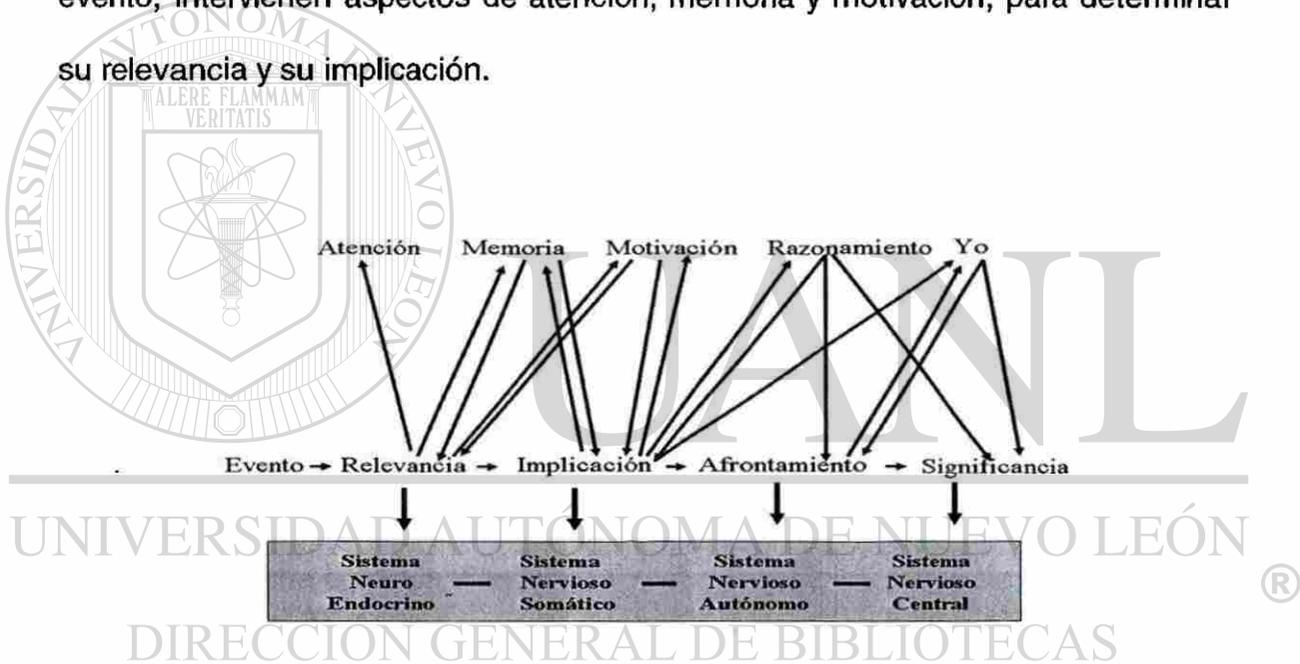


Figura 2.3. El modelo de procesamiento emocional multiniveles de Scherer (2001) señala los diferentes niveles de análisis que pueden ser usados en la evaluación secuencial de la información emocional.

Lo importante de este tipo de modelos es la posibilidad de evaluar a través de experimentos, los parámetros cognitivos de procesamiento de información emocional que proponen; particularmente, cómo participan en la rumiación

negativa y en la activación de esquemas emocionales disfuncionales, que son fundamentales para el mantenimiento de la depresión. Es probable que registros de evaluación, tales como urgencia, control y relevancia (Scherer, 2000), sean considerados en la asignación de la valencia a un evento depresogénico, o que un esquema negativo disfuncional participe con dichos registros para focalizar cíclicamente recursos atentos en información negativa autobiográfica. A continuación se describen algunas evidencias de estas posibilidades de procesamiento emocional.

## **II.2 EL ENFOQUE COGNITIVO DEL DESORDEN EMOCIONAL**

Desde la perspectiva cognitiva el estudio de los desórdenes emocionales se ha centrado principalmente en el trastorno de ansiedad y en el trastorno depresivo. Esto ha permitido desarrollar una forma particular de técnicas para estudiar la interacción cognición-emoción, así como modelos que plantean interrogantes acerca de nuestra emocionalidad.

### **DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS**

El modelo de infusión emocional, el modelo reticular conceptual emocional (Bower, 1981; Coger y Forgas, 2000) y el modelo de esquemas (Beck, Rush, Shaw & Emery, 1979), predicen que en ciertas circunstancias los individuos tienden a favorecer el procesamiento de la información que es congruente con su estado emocional. Ocurren así estados de infusión emocional en los que se asume que hay procesamiento que involucra un simple acceso a la información en memoria hasta procesamiento de elaboración más compleja (consciente e

inconsciente) que requiere la participación de razonamiento, de memoria y de atención. Por lo tanto, en el caso de los desórdenes emocionales es posible que se activen los recursos cognitivos en congruencia con la emoción involucrada. De esta forma, como se señaló previamente en el capítulo I, mientras que la ansiedad puede elicitar mecanismos cognitivos relacionados al miedo, como los pre-atentivos y de atención selectiva, la depresión puede activar aquéllos que parecen estar relacionados al sentimiento de pérdida y fracaso. La literatura en el área cognitiva (Dalgleish, Taghavi, Doost, Moradi, Yule & Canterbury, 1997; MacLeod, 1997; Power & Dalgleish, 1998; Siegle, 1996, 1999, 2001) sugiere en el caso de este último trastorno emocional, la atención sostenida a eventos autobiográficos, así como mecanismos relacionados a la memoria del individuo.

Uno de los primeros modelos cognitivos desarrollados para explicar la facilitación de procesamiento emocional por parte de los individuos que presentan desórdenes emocionales, fue postulado por Williams, Wats, MacLeod y Mathews en 1988 (Mathews & Mackintosh, 1998). No obstante que está referido a los mecanismos cognitivos que se asume participan en la ansiedad, es importante mencionarlo aún cuando el interés de este estudio sea la depresión, porque su funcionamiento tiene importantes implicaciones en diversas áreas del estudio cognitivo de la emoción.

En años posteriores, Mathews y Wells (2004) estructuraron el modelo denominado Función Ejecutiva Auto-Regulatoria (S-REF) en el que consideraron

los factores que mantienen el desorden emocional tanto en las personas con ansiedad, como en las que sufren depresión. Incluyeron en él las auto-referencias negativas, las metacogniciones disfuncionales y la tendencia a usar estrategias atencionales como el excesivo monitoreo por amenazas (preocupación excesiva), que impiden la adaptación del individuo a su contexto. La Figura 2.4 muestra gráficamente este modelo.

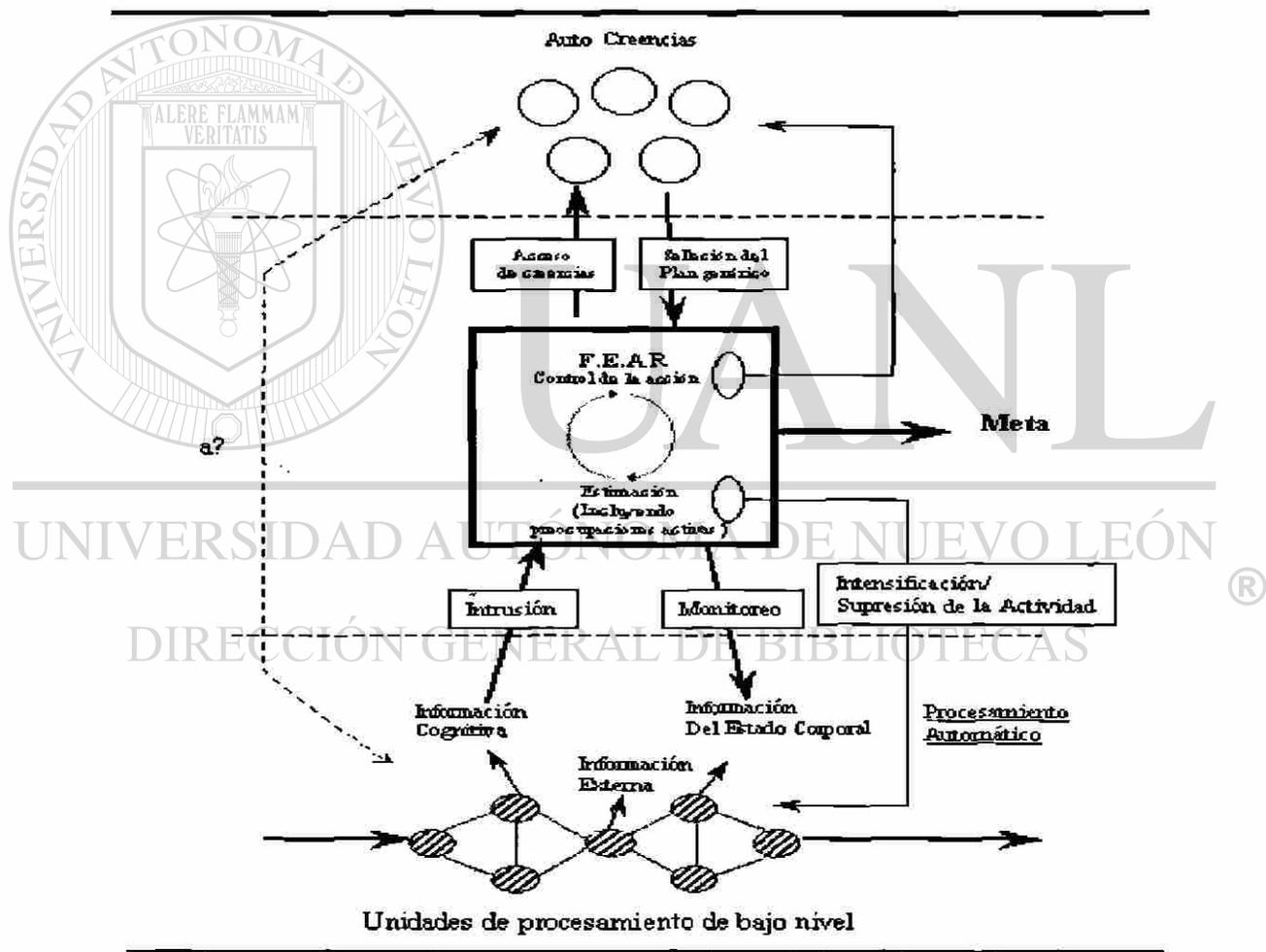


Figura 2.4. Modelo S-REF de influencia estratégica sobre el procesamiento de información negativa (Mathews & Wells, 2004).

Los autores consideraron tres niveles de interacción. El primero involucra un procesamiento automático de bajo nivel; el segundo almacena conocimiento del individuo en diferentes contextos y ante diferentes eventos; y el tercero es un sistema ejecutivo que supervisa y regula la implementación de estrategias de afrontamiento ante dichos eventos. Es interesante la idea de que el auto-conocimiento (auto-creencias) está almacenado en forma de procedimientos en la memoria, en forma de planes de acción, como por ejemplo, el plan para una amenaza inminente. Como ellos están solo parcialmente definidos, el sistema ejecutivo se encarga de estructurar la acción final más apropiada. Esto cobra sentido al considerar la posible reacción ante una amenaza, ya que si existe una gran variedad de eventos que pueden considerarse amenazantes, es mejor dejar al sistema ejecutivo la tarea de la decisión en cada evento, en lugar de especificar en la memoria un solo plan o unos cuantos. Por otro lado, si también existe la posibilidad de reaccionar de diferentes formas ante una amenaza, hay que decidir qué opción puede ser la mejor, y cuando las opciones almacenadas en memoria son inapropiadas, es necesario permitir que el sistema ejecutivo elabore una nueva estrategia de afrontamiento.

En este modelo se asume que la flexibilidad de los esquemas de auto-conocimiento varía de individuo a individuo; por ejemplo, los practicantes de artes marciales o los militares, pueden tener formas muy específicas e incluso automáticas de responder ante un evento amenazante. Resulta entonces interesante que el auto-conocimiento puede facilitar y ser facilitado por el procesamiento de información de bajo nivel.

Esta actividad constante propuesta por el modelo S-REF, es considerada el factor de procesamiento anormal en diferentes desórdenes emocionales. En este sentido, las auto-referencias negativas, las metacogniciones disfuncionales y la tendencia a usar estrategias atencionales de monitoreo excesivo ante amenazas, son características comunes a la ansiedad, a la depresión, al pánico y a las fobias. En la siguiente sección se detalla específicamente la aproximación de este modelo a la depresión, así como su relación a otros modelos cognitivos explicativos de este desorden emocional.

### **II.3 LA APROXIMACIÓN COGNITIVA AL ESTUDIO DE LA DEPRESIÓN**

En la explicación cognitiva de la depresión se distinguen dos líneas de investigación. En una están los modelos cognitivos que enfatizan que el contenido de las representaciones mentales disfuncionales desencadena y mantiene la depresión, y en la otra, como ya se describió brevemente, están los que sostienen que es probable la participación de procesamiento cognitivo disfuncional referido a información depresogénica. Ambas posturas teóricas se describen con más detalle a continuación.

#### **II.3.1 LOS MODELOS DE ESQUEMAS DEPRESOGÉNICOS**

La terapia cognitiva se ha enfocado principalmente al contenido de la cognición en los niveles de conocimiento (creencias) y de evaluación. La suposición básica de esta aproximación terapéutica es que el sistema cognitivo de los pacientes con

desórdenes emocionales puede ser modificado a través de manipulaciones conductuales y verbales, de tal forma que pueden obtenerse reajustes emocionales. Dicho enfoque clínico apoya la idea de que estructuras de conocimiento negativo sobre uno mismo bien organizadas en la memoria, están intrínsecamente relacionadas al desencadenamiento y mantenimiento de la depresión (Beck et al., 1979; Bower, 1981, 1987). El modelo de redes conceptuales de Bower, como ya se señaló anteriormente, aporta al respecto que las memorias están organizadas en nodos cognitivo-emocionales interconectados, y en ese mismo sentido, Ingram (1984; Ingram, Miranda, & Segal, 1998) establece que en el caso de la depresión la conectividad y organización de la información negativa es disfuncional.

Con la finalidad de investigar sobre esa probable conectividad disfuncional, se han llevado a cabo estudios de facilitación semántica con variantes de la tarea

de efecto Stroop (Segal & Gemar, 1997; Segal, Gemar, Truchon, Guirguis & Horowitz, 1995; Segal, Hood, Shaw & Higgins, 1988; Segal & Vella, 1990) y estudios con tareas de decisión lexical (Markus & Nurius, 1986; Williams, Watts, MacLeod, & Mathews, 1997). En ellos, los resultados señalan: (a) que se obtienen tiempos de reacción mas largos cuando la relación entre los adjetivos usados son auto-referenciales; (b) que los Individuos con depresión obtienen un efecto diferencial sobre los adjetivos auto-referenciales negativos en comparación con las personas que no presentan depresión (Segal et al., 1988; Segal & Vella, 1990); (c) que comparando las palabras neutras o positivas, el efecto diferencial sobre las palabras negativas auto-referenciales en individuos que presentan depresión, se

manifiesta como una interferencia; y que las personas que permanecen con depresión después de un tratamiento clínico no muestran cambios en los tiempos de respuesta, mientras que aquéllas que se recuperan tienden a perder el efecto de interferencia (Segal & Gemar, 1997). Todos estos efectos diferenciales sobre la información negativa auto-referencial sugieren la existencia de conocimiento auto-referencial disfuncional organizado en la memoria de quienes padecen depresión. Se asume que dicha organización conceptual a su vez está organizada de tal forma que impone estructuras y significados más generales y complejos, es decir, en esquemas auto-referenciales.

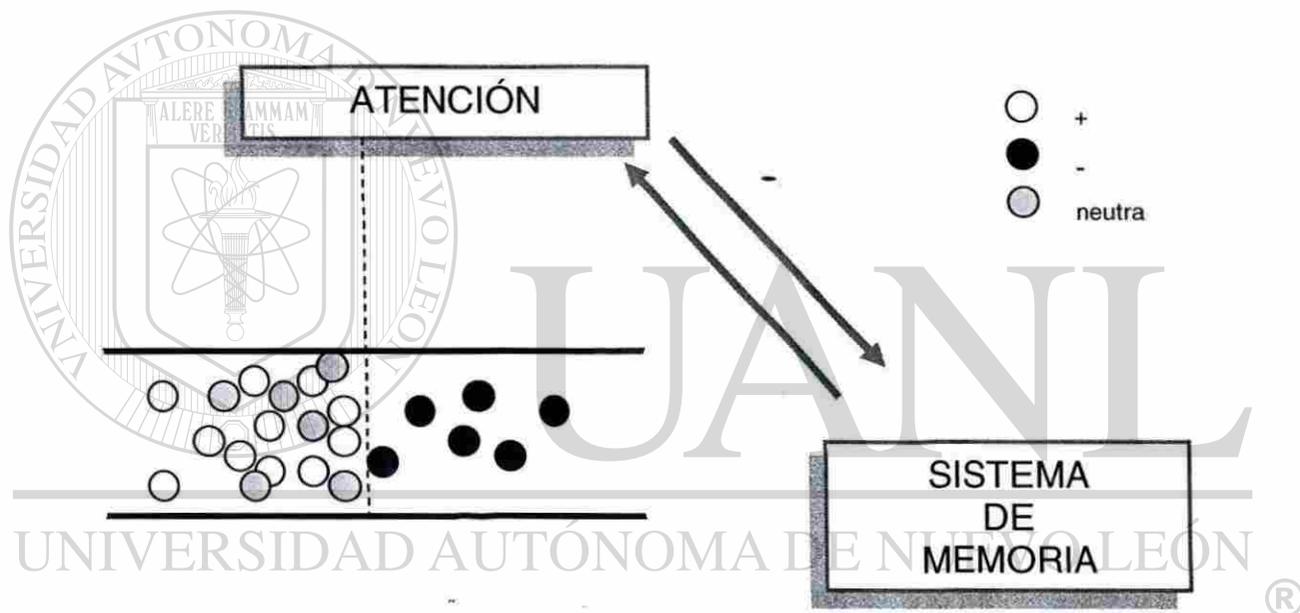
Singer y Salovey (1991), por su lado, definieron el concepto de auto-esquema como conocimiento organizado sobre uno mismo, que es adquirido desde edades tempranas y que se modifica a través de la experiencia. Esos auto-esquemas guían la percepción y el pensamiento, promoviendo mayor recurso

---

cognitivo en la información de la que se tiene un sesgo sobre su valor (Bargh & Chartrand, 2000; Robins & John, 1997). Una variedad de auto-esquemas son de

relevancia para diferentes contextos (hija fiel, estudiante competente, etc.) y son activados (por ejemplo, traídos hacia la memoria a corto plazo) por claves internas y externas cuando indican que alguno de ellos es importante en una situación dada (Kilhstrom & Klein, 1994). En relación con esto, Bargh (1989, 1994) señala que los esquemas que han sido frecuentemente utilizados pueden convertirse en crónicamente accesibles, porque toma poco esfuerzo de activación invocarlos en la memoria a corto plazo (Moskowitz, Gollwitzer, Wasel, & Schaal, 1999). Es aquí donde aquéllos que se refieren a uno mismo, a los demás y a como opera el

mundo, se vuelven relevantes; tanto que cuando existen auto-esquemas disfuncionales basados en una concepción negativa del individuo se asumen como la base para el desencadenamiento de la depresión y de su mantenimiento por períodos diversos (Kuiper & Derry, 1982; Marcus, 1977; Laidlaw & Davidson, 2001). En términos procesales, se puede visualizar esta influencia representacional formando un círculo perverso de procesamiento de información emocional negativa tal y como se ilustra en la Figura 2.5.



DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

Figura 2.5. Ilustra un ciclo de procesamiento de información en donde solo la información negativa es filtrada y almacenada, de tal forma que a la larga el sistema de memoria se vuelve contenedor de negatividad y reorienta la atención para reforzar la selección de ese mismo tipo de información. Los individuos diagnosticados con depresión tienden a almacenar información negativa sobre eventos traumáticos autobiográficos (Dalglish et al., 1997; Power & Dalglish, 1998).

La constante activación de un esquema disfuncional reorienta los mecanismos de procesamiento para consumir información acorde a dicho esquema, e interfiere de esta forma con las conductas adaptativas. Por lo tanto, desde la perspectiva clínica, la recuperación del trastorno depresivo implica el cambio o modificación de ese esquema, y para medir en la intervención terapéutica si éste se da o no, se han usado estudios de caso, métodos de continuidad de cambio de esquema, registros de cambio positivo, psicodrama y otras técnicas (Padesky, 1994). Los estudios de identificación de valencia emocional, bajo el paradigma de facilitación afectiva, proveen una forma interesante de registrar el cambio, y por ser relevantes para la presente investigación, se describen a continuación.

### *II.3.2 LAS PREDICIONES DE UNA TEORÍA RETICULAR CONCEPTUAL DEPRESOGENICA*

Niedenthall y Halberstadt (2000) llevaron a cabo estudios de decisión lexical donde se proponían demostrar que la información está organizada de acuerdo a categorías emocionales específicas. Es importante mencionar que en su investigación, primero indujeron a los sujetos a un estado emocional de felicidad o de tristeza, para posteriormente requerirles que realizaran tareas de decisión lexical, donde había palabras positivas que estaban relacionadas a la felicidad (delicia, gozo, etc.), o no (sabiduría y gracia, etc.), palabras negativas relacionadas a la tristeza (desesperanza, remordimiento, etc.), o no (culpabilidad, decaimiento,

etc.) y palabras neutras (hábito, agrupación, etc.). La Tabla 2.1 muestra ejemplos de las palabras que fueron usadas en sus estudios.

<b>FELICIDAD</b>	<b>AMOR</b>	<b>TRISTEZA</b>	<b>ENOJO</b>
Celebrar (Codigos)	Afecto (Posterior)	Derrota (Mecanismo)	Enojo (Agente)
Placer (Plataforma)	Cuidar (Censo)	Desesperar (Grados)	Rabia (Renta)
Delicia (Depende)	Deseo (Detalle)	Lástima (Sector)	Disgusto (Diagrama)
Dicha (Suma)	Pasión (Plástico)	Lamento (Globo)	Furia (Folklore)

Tabla 2.1. Palabras emocionales y neutras usadas en los estudios de decisión

lexical para establecer categorías emocionales (Niedenthal & Halberstadt, 2000).

Los autores observaron que los sujetos que se encontraban en un estado de felicidad tuvieron latencias cortas en las decisiones lexicales llevadas a cabo con las palabras que estaban relacionadas a dicho estado emocional y que, por el contrario, aquellas palabras que no estaban directamente vinculadas a esa emoción, aun cuando eran de valencia positiva, obtuvieron latencias más largas. Este también fue el caso para las palabras relacionadas a la tristeza, ya que no

todas las palabras de valencia negativa fueron facilitadas por tal emoción, sino sólo aquéllas que estaban asociadas directamente. En general, estos estudios revelaron que la información emocional semántica no sólo se agrupa en dos grandes categorías (placentero y no placentero), sino que la categorización que se hace depende de los posibles estados emocionales.

Una técnica alternativa de tiempos de reacción para el estudio del procesamiento emocional puede ser encontrada en investigaciones de Fazio (2000, 2001), quien introdujo la alternativa de la facilitación emocional, que al igual que los estudios de facilitación semántica presentan una primera palabra emocional (facilitador) seguida de una segunda (objetivo), sobre la que los participantes del estudio tienen que decidir su valencia emocional (positiva, negativa o neutra) tan pronto como les sea posible. El estímulo facilitador puede ser emocionalmente congruente con el estímulo objetivo (regalo-atractivo), o incongruente (muerte-sabio). En un estudio típico, lo que sucede es que cuando, por ejemplo, se le presenta a un participante la palabra "feliz" antecediendo la palabra "fiesta" en la pantalla de una computadora, él la reconoce más rápidamente como palabra positiva que cuando va antecedita por el término "cáncer", debido al fenómeno de facilitación emocional que se da en pares positivo-positivo y negativo-negativo (Fazio, 1995, 1997, 2000, 2001; Fazio & Dunton, 1997; Fazio et al., 1986). Las latencias para las secuencias de congruencia emocional son significativamente más cortas que para las secuencias no congruentes.

La facilitación afectiva o emocional ha sido estudiada en investigaciones experimentales con una amplia variedad de estímulos facilitadores y dicho efecto parece no depender del número de letras de la palabra facilitadora o de la palabra objetivo. Musch y Klauer (2003) llevaron a cabo estudios de este tipo, utilizando diferentes tamaños de palabras y encontraron que dicha variación no afecta ni destruye el efecto de facilitación afectiva. Las investigaciones al respecto se han llevado a cabo con transparencias de objetos, de personas y de animales (Hermans, De Houwer & Eelen, 1994); con fotografías de uno mismo, de parejas y de personas no agradables (Banse, 2003); con dibujos en blanco y negro (Giner-Sorolla, García & Bargh, 1999); con palabras que fueron presentadas como traducciones de palabras turcas positivas y negativas (De Houwer, Baeyens & Eelen, 1994); y con olores positivos y negativos (Baeyens, Hermans & Eelen, 1993). En general, parece ser que existen estudios de decisión lexical emocional tanto como de identificación de valencia emocional, que sugieren, que al menos en términos de asociación entre conceptos emocionales, existen asociaciones de acuerdo a lo planteado en los modelos de memoria reticular.

## DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

Siegle (1996, 1988, 1999, 2001) diseñó una serie de experimentos de decisión lexical e identificación de valencia, para observar cómo procesaban la valencia de la información emocional individuos diagnosticados con depresión y ansiedad generalizada. Este autor argumenta que si en realidad puede sostenerse una teoría de redes conceptuales emocionales, las personas depresivas deberán tener un efecto de interferencia en la información emocional, porque ésta elicit

representaciones emocionales que consumen más tiempo; dicha información emocional es de relevancia con respecto a la información neutra. El efecto de interferencia debe ser más obvio en tareas de identificación de valencia emocional, debido a que dicha información afecta directamente nodos emocionales de memoria. La gente depresiva deberá ser más rápida en identificar la valencia de palabras negativas, especialmente si son depresogénicas, que de palabras positivas y neutras. La Figura 2.6 muestra gráficamente los resultados obtenidos por él.

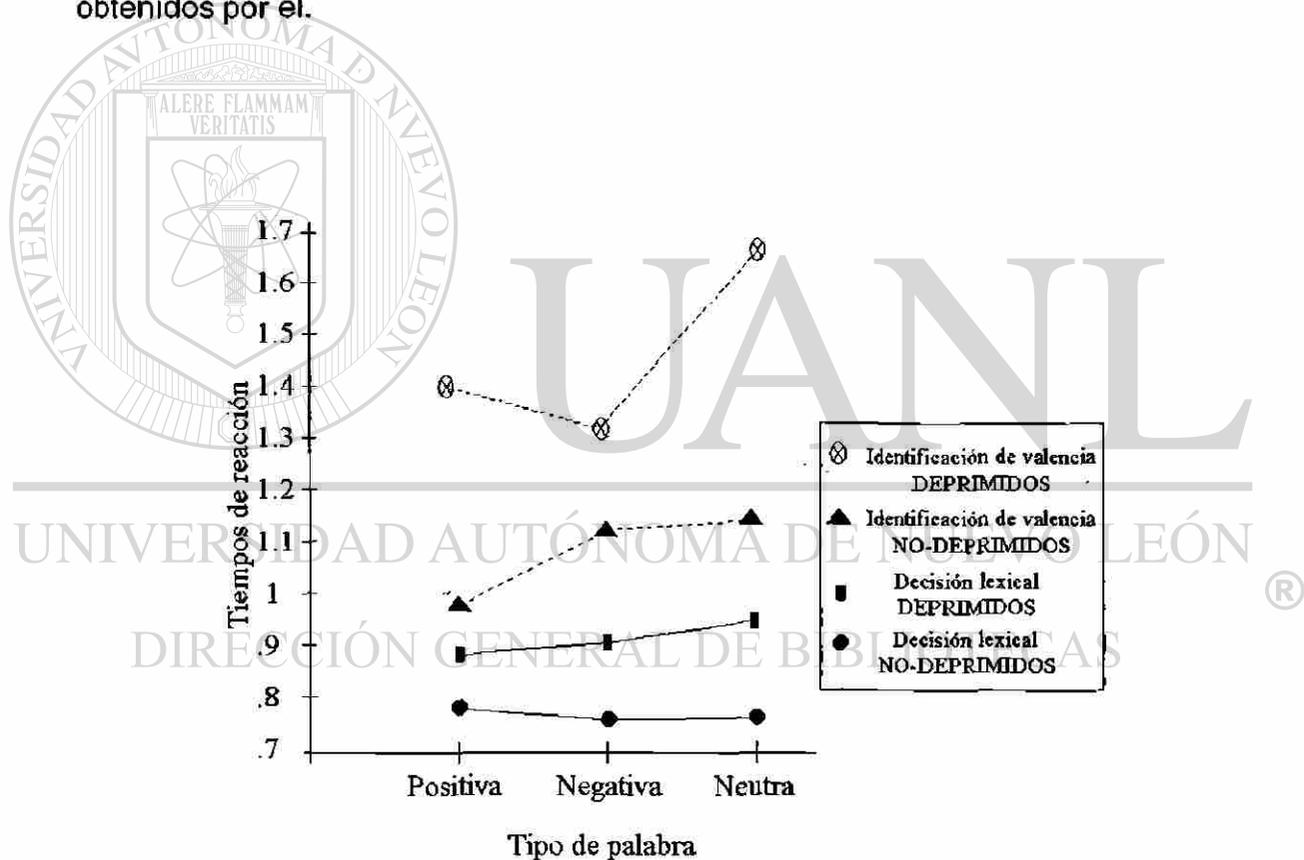


Figura 2.6. Resultados obtenidos por Siegle (2001) en 24 participantes depresivos y 24 no depresivos en los estudios de identificación de valencia emocional y de decisión lexical que incluyeron palabras emocionales.

Los resultados mostrados en la figura mencionada sugieren básicamente que las predicciones se mantienen. Posiblemente, tal y como se ha argumentado en la literatura hasta aquí presentada, esta tendencia a procesar con mayor facilidad información emocional negativa tiene su base en un mecanismo cognitivo que se perpetua a sí mismo; no es necesario que exista una técnica de inducción del estado emocional en los individuos participantes, porque éste ya es permanente en ellos. Sin embargo, estos datos que contribuyen a presentar más evidencia del efecto de interferencia en la activación de los conceptos emocionales en la memoria, no son específicos sobre la activación de nodos emocionales particulares, como en los estudios de categorización de Niedenthal y Halberstadt (2000).

En términos generales, tanto la aproximación reticular emocional como la aproximación de la teoría de los esquemas convergen al postular que desde una perspectiva terapéutica es necesario enfocar simultáneamente la atención tanto en el debilitamiento de un esquema viejo mal adaptativo, como en el fortalecimiento de uno adaptativo alternativo. Este esquema alternativo se asume como el polo opuesto de un continuo en el que al otro extremo se localizaba el esquema disfuncional (Padesky, 1994).

Por otra parte, tal parece que la misma naturaleza de un auto-esquema disfuncional contribuye a su tratamiento, ya que aun cuando emerge como una base de información bien elaborada, no se constituye como algo sólidamente estructurado, genérico y modular; es más bien dependiente de estados

emocionales y situaciones contextuales, y en ocasiones poseen gran ambigüedad (Williams et al., 1997). Otras características adicionales del tipo de creencias y conceptos que se organizan en esquemas disfuncionales, fueron aportadas a la literatura especializada por las teorías de la atribución tal como se describe a continuación.

### *II.3.2.1 LAS TEORÍAS DE ATRIBUCIÓN DE LA DEPRESIÓN*

El postulado central de la teoría del desamparo sostiene que cuando los individuos son confrontados con eventos perturbadores sobre los que no tienen control, abandonan la lucha por solucionar el problema fuente de dichos eventos y tienden a caer en un análisis que los llevan a atribuciones causales disfuncionales (Pitman & Pitman, 1980). El estudio académico de esta conducta llevó a Abramson, Seligman y Teasdale (1978) y a otros autores (Seligman, 1975; Gotlib & Abramson, 2000) a presentar el modelo atribucional del desamparo de la depresión, el cual tiene como postulados importantes los siguientes:

- El atribuir la falta de control sobre la sintomatología depresiva a factores internos va acompañado de una baja auto estima, mientras que el atribuirlo a factores externos del individuo no produce baja autoestima.
- El atribuir la carencia de control a factores estables lleva a la persona a expectativas de no control en situaciones futuras, y por lo tanto al

desamparo con consecuencias depresivas que se extienden a través del tiempo.

- En particular, esta teoría propone que los individuos con depresión atribuyen sus malestares a factores internos estables no controlables, mientras que los aspectos positivos son atribuibles a factores temporales no estables. Desde esta perspectiva, una persona sin depresión tiende a realizar atribuciones causales en forma de espejo; es decir, a factores internos positivos estables y a factores externos negativos inestables temporales.

Abramson, Metalsky y Alloy (1989) reformularon la teoría del desamparo, al sugerir que en las formulaciones de atribuciones anulatorias y negativas que se generan en individuos depresivos, deben ser considerados factores situacionales

o del contexto. Esas consideraciones situacionales de relevancia en las atribuciones causales disfuncionales, son: consistencia (¿esto me ha sucedido en el pasado?); consenso (¿le sucede esto también a otras personas?); y distintividad. A esta teoría reformulada, los autores la denominaron de la desesperanza.

Tanto la teoría del desamparo como la teoría de la desesperanza señalan procesos de participación cognitiva que van más allá del análisis del contenido de una representación. En este sentido, el modelo procesal multiniveles de Scherer, descrito en el capítulo I, considera en memoria a corto plazo los registros de

información sobre el control, la urgencia, la relevancia y la implicación de un evento, para un constante monitoreo de forma automática en términos de evaluación cognitiva-emocional. Propone que en ausencia de esa información, un individuo puede usar recursos atencivos para obtenerla de las situaciones en las que se encuentre. Tal parece que este tipo de registros son de extrema importancia en la formación de atribuciones causales disfuncionales.

La teoría de los esquemas y las teorías reticulares proveen una explicación del contenido de los pensamientos disfuncionales, pero no explican las razones de los estilos de procesamiento de la información emocional. Por ejemplo, los efectos de interferencia encontrados en los estudios de tiempos de reacción no necesariamente se deben al efecto de arriba hacia abajo de una representación disfuncional. Se sabe que otras variables mentales, como la rumiación por ejemplo, desempeñan un papel importante en la predicción de una depresión

---

(Papageorgio & Wells, 2001a, 2001b, 2001c). Dicha variable procesal puede afectar el procesamiento emocional en cualquier nivel de jerarquía.

## DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

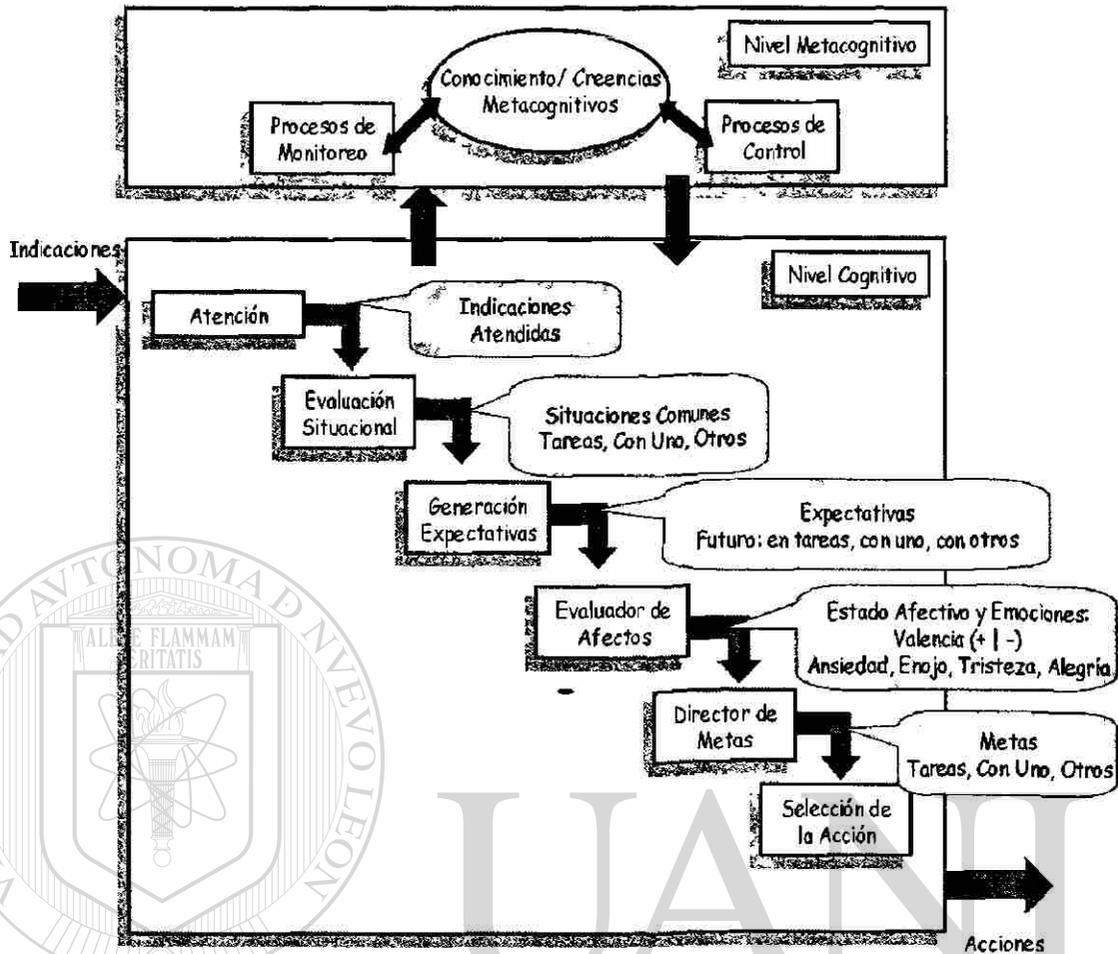
La coparticipación de los aspectos representacionales, procesales y contextuales en la asignación de una valencia, puede ser entendida mejor en la propuesta de Hudlicka (2004). Esta presenta una arquitectura cognitiva jerárquica, en la cual es necesario considerar situaciones contextuales y de expectativas (incluye el auto-esquema disfuncional en el caso de la depresión), y donde los procesos atencionales son un requisito necesario que apoya el procesamiento posterior en los diferentes niveles. Resulta interesante la propuesta que hace del

nivel metacognitivo en donde el monitoreo del mismo individuo tiene propósitos regulatorios emocionales, ya que a través de éste se pretende afectar las variables procesales disfuncionales y/o la participación representacional no adaptativa, mediante la intervención clínica cognitiva. La Figura 2.7 ilustra esta propuesta jerárquica.

Finalmente, cabe señalar que el modelo S-REF y los modelos jerárquicos de Scherer y Hudlicka comparten similitudes que permiten contextualizar el efecto que una terapia de corte cognitivo puede tener en los parámetros cognitivos de los diferentes niveles del procesamiento de la información; además, describen la forma en que participan los aspectos representacionales en un esquema más global. Aunque existen diversos modelos jerárquicos relacionados a la depresión, y que varían en sus predicciones, a fin de ilustrar esta aproximación teórica a la explicación del trastorno depresivo, a continuación se describen dos de ellos que son relevantes a la presente investigación.

---

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

Figura 2.7. De acuerdo a Hudlicka (2004), el procesamiento emocional se da por

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

niveles para el logro de metas, pero puede ser afectado por comportamiento metacognitivo, aún en el nivel de evaluación de afectos donde se asume que se pueden modificar los registros de memoria a corto plazo (relevancia, novedad, urgencia, etc.) presentados en el modelo de Scherer.

### II.3.2.2 LOS MODELOS COGNITIVO EMOCIONALES MULTINEVELES DE LA DEPRESIÓN

En el modelo S-REF de Mathews y Wells descrito previamente, se propone que las creencias son almacenadas como planes generales para el procesamiento y afrontamiento de eventos, y no únicamente como conocimiento declarativo, tal como se enfatiza en los modelos de esquema disfuncional. Creencias como “soy vulnerable”, “yo no valgo nada”, etc., son vistas no nada más como pensamientos negativos, sino como el producto de rutinas de procesamiento particulares que están ligadas a aspectos situacionales específicos y significativos para el individuo.

El auto conocimiento que genera tales cogniciones recurrentes, constituye en sí los planes para el procesamiento de información que guían la atención, la

búsqueda de información, el acceso de información en la memoria, las evaluaciones y la conducta. De esta forma, en el modelo S-REF la actividad auto-

referencial implica actividad metacognitiva que en términos de monitoreo y regulación disfuncional, genera metaconocimiento también disfuncional. Se asume

que dicho conocimiento constituye planes implícitos que actúan fuera de la

consciencia. En general, este modelo considera que muchos de los datos que

usan los individuos con desórdenes psicológicos para construir sus evaluaciones

con referentes auto-regulatorios, son de origen interno, y que el procesamiento en

línea que se activa puede o no afectar de forma inmediata. Propone que la

modificación cognitiva en el contexto terapéutico debe ser lograda a nivel del

metaconocimiento disfuncional, porque éste involucra las cogniciones que tienen efecto directo en el procesamiento inadecuado.

Hay que señalar, sin embargo, que no todos los modelos cognitivo-emocionales jerárquicos han asumido la conexión directa entre el procesamiento de información y los contenidos disfuncionales. Un ejemplo de esto lo constituye el modelo multiniveles de procesamiento de información cognitiva-emocional denominado Subsistemas Cognitivos Interactuantes (ICS, por sus siglas en inglés), que fue propuesto por Barnard y Teasdale (1991; Teasdale, 2000) como una aproximación diferente sobre el efecto de las organizaciones conceptuales en la conducta emocional.

Dicho modelo está fundamentado por lo menos en cuatro propuestas prácticas. La primera de ellas es que existen diferentes formatos de representación para diferentes tipos de información (verbales, sensoriales). Asume que hay dos subsistemas de procesamiento de significado, uno proposicional y otro implicacional, y que cada cual tiene su propio código de representación y su propio almacén de memoria. La síntesis subjetiva de significado implicacional está marcada por la experiencia de los sentidos sensoriales que coparticipan para producir sensaciones holísticas de “confianza”, “desesperanza”, “equivocación”, etc. La Figura 2.8 describe la arquitectura procesal de este modelo.

El modelo propone, por otra parte, procesos específicos que participan en la transformación de la codificación entre niveles. Se postulan en total un conjunto de nueve subsistemas coparticipando en la generación de experiencias emocionales.

Como en el caso del modelo multiniveles de Leventhal y Scherer ya explicado previamente, el ICS identifica un nivel esquemático como el de mayor influencia directa en la evocación emocional de un adulto. De esta forma, se considera que la disfuncionalidad de los modelos esquemáticos, con visiones negativas de la persona o con desesperanza, mantiene el desorden emocional de la depresión.

Independientemente de que la influencia de las representaciones disfuncionales auto-referenciales negativas sobre el procesamiento sea directa o indirecta, es bien sabido que la constante recurrencia o activación de esos contenidos genera índices de vulnerabilidad cognitiva emocional en las personas (Scher, Ingram & Segal, 2005).

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

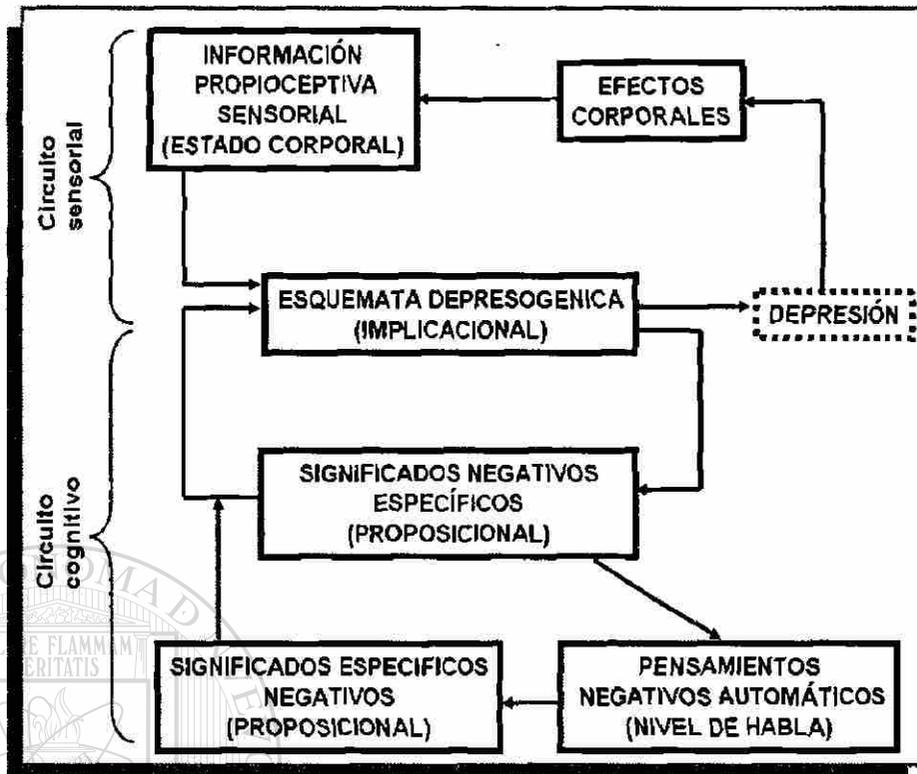


Figura 2.8. La figura describe el análisis llevado a cabo en el modelo ICS (Barnard & Teasdale, 1991), donde se observa lo siguiente: a) existen dos

niveles de procesamiento de significado, uno proposicional y racional, y otro de implicación, con participación de significados emocionales y

vivenciales corporales; b) los significados implicacionales reflejan

contribuciones compuestas de ambos niveles de significado; c) la

depresión es una contribución directa del nivel de significado

implicacional, en el que tienen una influencia indirecta patrones de

pensamiento negativo y proposiciones disfuncionales atribucionales.

Dado que una variable importante que participa en dicha recurrencia cognitiva, es la rumiación, para concluir el repaso teórico sobre el enfoque

cognitivo y el desorden emocional de la depresión, a continuación se revisan más ampliamente las propiedades de esta actividad cognitiva.

### *II.3.2.3 LA RUMIACIÓN Y EL PROCESAMIENTO COGNITIVO EMOCIONAL*

Al parecer la rumiación es una variable que puede tener efectos positivos o negativos en nuestra conducta mental. Por una parte, puede ser un mecanismo de autoevaluación que permite el constante monitoreo como conducta instrumental para el logro de metas adaptativas (Martin, Shrira & Startup, 2004; Martin & Tesser, 1996). Sin embargo, por otra parte la rumiación puede ser disfuncional cuando existe discrepancia entre los estados reales y los estados deseados de estabilidad (Matthews & Wells, 2000; Pyszczynski & Greenberg, 1987).

Dentro del contexto de la depresión, la rumiación es definida como un pensamiento pasivo y repetitivo de los síntomas depresivos y de las posibles causas y consecuencias de dichos síntomas (Beck, Brown, Steer, Eidelson, & Riskind, 1987; Lyubomirsky, Caldwell, & Nolen-Hoeksema, 1998; Matthews & Wells, 2000). Esta variable mental puede distinguirse de la preocupación, porque se refiere en su mayor parte a pensamientos sobre eventos que han sucedido en el pasado, particularmente de pérdida y fracaso (Wells & Matthews, 1994), mientras que la preocupación enfoca el pensamiento primordialmente a posibles amenazas en el futuro (Beck et al., 1987). En términos generales, dentro del contexto de la depresión, la rumiación incrementa y prolonga los síntomas

depresivos por lo menos en los siguientes cuatro aspectos (Nolen-Hoeksema, 2004):

- Refuerza la activación de memorias disfuncionales y de pensamiento negativo, dada la constante repetición de éstos en el constante análisis que el individuo realiza sobre su sintomatología.
- Interfiere en la solución de problemas al enfatizar pensamientos pesimistas.
- Interfiere con conductas instrumentales.
- Provoca que las personas que la padecen tiendan a ser excluidas y pierdan el apoyo social, lo que a su vez contribuye a que su depresión.

---

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

De acuerdo a la teoría de estilos de respuesta, la forma en la que un individuo manifiesta su rumiación constituye un estilo de procesamiento que tiende a ser constante a través del tiempo y que es implementado desde la infancia, como un modelo que se transmite de padres a hijos, dependiendo del género del progenitor (Nolen-Hoeksema, 1991).

Frecuentemente, este fenómeno en su parte disfuncional se observa como una variable mental relacionada exclusivamente a la depresión (Brotman &

Derubeis, 2004; Nolen-Hoeksema, 2000). Sin embargo, en contraste con esta postura, modelos cognitivos emocionales como el S-REF, propuesto por Wells y Matthews (1996) y Mathews y Wells (2000a, 2000b, 2004), señalan a la rumiación depresogénica como un procesamiento disfuncional relacionado a varios desórdenes emocionales, y consideran que también puede servir para propósitos adaptativos. Desde este ángulo, los pacientes que presentan este tipo de disfunción cognitiva, pueden compararse a las personas que sufren depresión con estados intensos de tristeza por algún trauma inesperado (sin considerar duelo por pérdida o fracaso, donde más bien se opta por la negación o la pasividad). Tienden a manifestar creencias positivas sobre la conducta de rumiar el problema (Papageorgiou & Wells, 2004), y la estrategia terapéutica puede consistir en desafiar dicha creencia, tal como sucede en la terapia cognitiva (Beck et al., 1979).

El propósito de la intervención clínica cognitiva sobre la rumiación y los

---

otros factores hasta aquí señalados, es afectar los diferentes niveles de procesamiento que participan en la disfunción cognitiva emocional; es decir, desde el nivel metacognitivo en relación a las estrategias de afrontamiento, hasta las redes de procesamiento de bajo nivel en donde los pensamientos negativos automáticos pueden ser analizados.

En particular, los mecanismos de sesgo emocional sobre eventos relevantes pueden analizarse en procesamiento de bajo nivel. En el modelo jerárquico de Hudlicka previamente descrito, los niveles de procesamiento automático corresponden directamente al procesamiento en paralelo de las redes

neurales evaluadoras de información emocional, en el modelo S-REF. Resulta interesante que las evaluaciones sobre la valencia de un evento depresogénico que involucran procesamiento de bajo nivel, pueden constituirse en indicadores del impacto logrado con una intervención terapéutica; llevadas a cabo al inicio, durante y al final del tratamiento permiten evaluar la evolución de la información emocional negativa.

En congruencia con lo expuesto hasta este punto, habrá que señalar que dada la diversidad de factores que se asocian a la depresión, se pueden esperar curvas de latencia diferentes en los estudios de facilitación afectiva con palabras negativas depresogénicas, para las diferentes formas de depresión. Dado lo anterior, las latencias se convierten en indicadores de la participación de los diferentes niveles de procesamiento de acuerdo al tipo de desorden, ya sea representacional o procesal.

---

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN  
DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

Un factor más a considerar en el análisis de los indicadores cuantitativos de procesamiento de información emocional en el contexto de una intervención clínica, es el tipo de terapia aplicada. La terapia considerada en la presente investigación, misma que se describe a continuación, apuntala una postura representacional como el factor principal de recuperación del desorden emocional. El hecho de que afecte variables procesales y su manifestación en los indicadores cuantitativos en estudios de facilitación afectiva, parece ser todavía desconocido. En el capítulo III se describen los aspectos técnicos que se consideraron para estudiar el efecto diferencial en los indicadores acorde al parámetro de

procesamiento involucrado, pero previo a ello, se explica con detalle el enfoque teórico y la metodología de la aproximación terapéutica EMDR.

#### *II.4 LA APROXIMACIÓN PSICOTERAPÉUTICA EMDR*

En los antecedentes históricos de esta aproximación está registrado el hecho de que en un descubrimiento accidental a nivel personal, Shapiro encontró en 1987 que los movimientos oculares voluntarios reducían las emociones negativas asociadas a recuerdos angustiantes (Shapiro, 1989b; Shapiro & Forrest, 1997). Previamente, Antrobus (1973) y Antrobus y Singer (1964), ya habían investigado sobre el efecto de los movimientos oculares espontáneos, y sus experimentos habían revelado que estaban asociados con emociones negativas y con cambios cognitivos. Cuando Shapiro vio repetido el efecto desensibilizador que había descubierto, en experimentos que hizo con otras personas desarrolló un procedimiento estándar que llamó en ese momento EMD (Eye Movement Desensitization. En español, Desensibilización mediante Movimiento Ocular), al que le añadió entre otros elementos, un componente cognitivo. Después de esto, con la finalidad de evaluar su eficiencia, llevó a cabo una investigación controlada (Shapiro, 1989b) en la que participaron 22 individuos con recuerdos traumáticos; los resultados mostraron que los participantes asignados azarosamente al grupo de tratamiento tuvieron un decremento significativo en los niveles de angustia y un incremento también significativo en los niveles de confianza en sus pensamientos positivos.

Más tarde, en 1990, cambió el nombre del procedimiento de EMD a EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing. En español, Desensibilización y Reprocesamiento mediante el Movimiento Ocular), debido a que ya no se trataba solo de una formulación conductual desensibilizadora, sino de un paradigma integrativo que introdujo a la práctica clínica los conceptos del procesamiento de información y de las redes asociativas originalmente presentadas por Lang (1993) y Bower (1981). Ya como aproximación psicoterapéutica, Shapiro (1991) la intentaba explicar mediante una teoría de procesamiento de información, incorporada en un modelo llamado al inicio Procesamiento Acelerado de la Información (Shapiro, 1995) y posteriormente, Sistema de Procesamiento de Información a un estado Adaptativo.

#### *II.4.1 EL MODELO TEÓRICO: SISTEMA DE PROCESAMIENTO DE INFORMACIÓN A UN ESTADO ADAPTATIVO (SPAI)*

El modelo SPAI desarrollado por Shapiro (2001, 2002), propone que todas las personas tenemos un sistema inherente psicológicamente adaptado para procesar información, que puede ser comparado a los otros sistemas corporales, como por ejemplo el digestivo. Dicho sistema procesa nuestras experiencias para almacenarlas en la memoria en una forma útil y accesible, incorporándolas a las neuro-redes que están relacionadas. Cuando las nuevas incorporaciones se vinculan con el material que ya ha sido guardado con anterioridad, ocurre el aprendizaje. Tal parece que un equilibrio neurológico en un sistema fisiológico definido, permite que se realicen las conexiones con las asociaciones apropiadas,

para que las experiencias queden integradas a esquemas cognitivos y emocionales positivos, y sean empleadas constructivamente por los individuos en el futuro. Sin embargo, cuando alguien experimenta un evento traumático, ocurre un desequilibrio en el sistema que queda incapacitado para procesar la nueva información óptimamente. Esto impide que se conecte con la que está almacenada adaptativamente en otras redes de memoria, manteniendo al suceso en su estado de perturbación encerrado en un nódulo restringido, que hace que la persona manifieste cogniciones, emociones, imágenes y/o sensaciones negativas.

El modelo SPAI representa en general una hipótesis neurofisiológica funcional, y ofrece un mapa clínico que da explicaciones y hace predicciones tomando en cuenta los efectos que se han observado con la aplicación de la aproximación EMDR. Crea un nuevo territorio para la intervención psicoterapéutica, al definir la patología como información que ha sido almacenada

---

disfuncionalmente, pero que puede ser asimilada de manera apropiada o adaptativa cuando se activa funcionalmente el sistema de procesamiento.

## DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

El dolor fantasma provocado por extremidades amputadas a pesar de que la persona tiene conciencia, a nivel cognitivo, de que la extremidad ya no existe, al constituir un ejemplo icónico de la memoria almacenada disfuncionalmente (Shapiro, 2004), proporciona también la oportunidad icónica para representar los efectos de esta metodología, y ejemplificar su modelo explicatorio. Se puede esperar que el dolor desaparezca, cuando a través de ella se cataliza el procesamiento de la información que está relacionada con ese evento.

#### II.4.2 EXPLICACIONES SOBRE LA APROXIMACIÓN Y SU UTILIDAD

La aproximación psicoterapéutica EMDR reúne elementos de diferentes tendencias psicológicas en un enfoque integrativo, en el cual también están consideradas las evaluaciones positivas y negativas de las personas hacia sí mismas, que son relevantes para la terapia cognitiva, de acuerdo a lo señalado por Beck (1967), entre otros. Como se mencionó anteriormente, después de haber sido solo una técnica en sus orígenes, pasó a convertirse en un enfoque psicoterapéutico integral, alrededor del cual existe ahora una base extensa de investigación controlada (Carlson, Chemtob, Rusnak, Hedlund & Muraoka, 1998; Feske, 1998; Ironson, Freund, Strauss & Williams, 2002; Marcus, Marquis & Sakai, 1997; Maxfield & Hyer, 2002; Rothbaum, 1997; Spector & Read, 1999; Van Etten & Taylor, 1998), evaluada por grupos independientes, como *International Society for Traumatic Stress Studies*, que la han reconocido como un tratamiento convencional y efectivo para traumas psicológicos. En el tema del trastorno por estrés postraumático específicamente, estudios realizados con diferentes poblaciones (Chemtob, Nakashima, Hamada & Carlson, 2002; Edmond, Rubin & Wambach, 1999; Lee, Gavriel, Drummond, Richard & Greenwald, 2002; Marcus, Marquis & Sakai, 1997; Scheck, Shaeffer & Gillette, 1998; Shapiro, 1989a) han hecho seguimientos a tres o a seis meses para evaluar la permanencia de los efectos positivos de esta intervención y han encontrado que éstos se han mantenido. Por su parte, Wilson, Becker y Tinker (1997) hicieron una aportación importante al llevar a cabo una investigación con 67 personas, en la cual

observaron que el efecto que se había obtenido en ellas permanecía a 15 meses de haber recibido tratamiento psicoterapéutico con EMDR.

Dado que una de las premisas básicas de dicha aproximación, explicadas por su modelo teórico, es que los recuerdos traumáticos de la infancia son la base de muchas de las patologías padecidas en el presente, su meta es metabolizar el residuo disfuncional del pasado y transformarlo en algo útil; transmutar las experiencias negativas en experiencias de aprendizaje adaptativas. El camino a seguir para lograrlo está indicado por sus principios básicos a través de protocolos y procedimientos.

Boudewyns y Hyer (1996) señalan que EMDR se trata de un procedimiento por medio del cual el paciente se desplaza alternadamente de la exposición a la metacomunicación; de participante no reflexivo(a) a observador(a) reflexivo(a), creando un juego interactivo entre diálogos internos y externos. Aunado a esto, Van der Kolk (2002) menciona que a diferencia de la terapia convencional que emplea solo procedimientos verbales para desplazar la información encerrada disfuncionalmente en el sistema nervioso, esta aproximación emplea procedimientos fisiológicos. A través de éstos pretende lo siguiente: acceder a la red de información almacenada inadecuadamente; estimular el sistema de procesamiento y mantenerlo de manera dinámica; y trasladar la información, monitoreando el proceso de asociación libre para que el blanco (evento) tratado se transforme adaptativamente.

En comparación con otros tratamientos, la aproximación EMDR permite que los cambios ocurran más rápidamente, logrando además del reprocesamiento de la información, efectos secundarios como la desensibilización y la reestructuración cognitiva asociada a emociones y recursos positivos. Para lograrlo intervienen factores tales como que los recuerdos pueden ser enfocados en grupúsculos; que se emplean protocolos específicamente estructurados; que con éstos se logra acceder directamente el material disfuncional asociado con el momento en que se vivió la experiencia; y que la estimulación del sistema innato de procesamiento transforma la información en el ámbito fisiológico. El procedimiento completo para llevar a cabo este trabajo terapéutico, involucra recabar el historial clínico, planear el tratamiento, preparar al paciente, evaluar el blanco a tratar, desensibilizar, instalar una cognición positiva, hacer la exploración del cuerpo, clausurar y reevaluar.

---

Considerando que cada sesión de trabajo debe dirigirse a un blanco o evento particular, el procesamiento en sí se inicia al pedirle al paciente que centre su atención simultáneamente tanto en la estimulación bilateral (un dedo que se desplaza frente a sus ojos, golpeteos o sonidos), como en los elementos (imagen, cognición, emoción y sensación física) que componen el blanco elegido. Se supone que cuando esto sucede, el procesamiento de información que se activa para prestar atención al estímulo presentado bilateralmente, se liga con el evento que constituye el objetivo de la sesión y lo procesa también. La atención dual parece facilitar entonces el procesamiento, aunque todavía no se ha determinado si esto se debe a la facilitación de los procesos asociativos o a la graduación de la

perturbación (Rogers & Silver, 2002). El mecanismo está configurado fisiológicamente para conducir la información a una resolución adaptativa durante las series sucesivas de estimulación, que van siendo alternadas con un reporte verbal del paciente involucrado.

Por otro lado, la hipótesis de la etapa REM (Rapid Eye Movement. En español, Movimientos Oculares Rápidos) del sueño intenta explicar también el papel aparente de los movimientos oculares en los efectos producidos por el tratamiento, ya que como propone Stickgold (2002), la reorientación repetitiva de la atención puede producir cambios específicos en la activación regional del cerebro y una neuromodulación semejante a la producida durante dicha etapa. No obstante, esto no cancela el apoyo de las estimulaciones auditiva y táctil, ya que se puede esperar que su presentación repetitiva, rítmica y sostenida ejerza para el procesamiento de la información, un efecto similar al que se logra con la estimulación ocular (Shapiro, 2004).

Finalmente, los blancos del tratamiento quedan debidamente atendidos al considerar las experiencias pasadas que son fundamento de la patología, los detonadores que en el presente estimulan la perturbación y los patrones necesarios para realizar acciones adecuadas en el futuro. Estos tres momentos (pasado, presente y futuro) constituyen el protocolo convencional de tres vertientes del tratamiento EMDR, cuyos efectos han intentado también ser explicados por contribuciones neurobiológicas, como las de MacCulloch y

Feldman (1996), Shapiro y Maxfield (2002), Stickgold (2002), Van der Kolk (2002) y Siegel (2002).

Dado que muchos de los problemas que aquejan a las personas se basan o están grandemente influidos por sucesos perturbadores del pasado, la aproximación psicoterapéutica en cuestión tiene un amplio campo de aplicación, al ayudar a resolver las demandas clínicas mediante el reprocesamiento de los componentes de las memorias traumáticas.

#### *II.4.3 SU APLICACIÓN EN EL TRATAMIENTO DE LA DEPRESIÓN*

Desde el modelo SPAI ya explicado previamente, las estructuras patológicas son inherentes a información sobre sucesos perturbadores, la cual sin haber sido suficientemente procesada fue almacenada con emociones negativas (impotencia, desesperanza u otras relacionadas a la autodenigración y falta de eficacia). Por lo tanto, es importante considerar el impacto de experiencias tempranas que han involucrado humillaciones y desilusiones, en la configuración de diferentes patologías, entre las que se puede incluir a la depresión. Dentro de este enfoque, los efectos negativos duraderos de esos eventos que resultan traumáticos, se ven reflejados en la vida diaria a través de baja autoestima y de un estado de infelicidad, ya que ante cualquier incidente que detona alguna neuro-red asociada a ellos, aflora la disfuncionalidad cognitivo emocional de la persona.

Considerando lo anterior, el papel específico de la psicoterapia EMDR es ayudar a metabolizar los sucesos experienciales que provocan la disfunción. La meta de esta metodología de trabajo, es que el reprocesamiento adecuado de la información permita al paciente reconocer las condiciones emocionales y cognitivas apropiadas del presente, y les promueve una evolución progresiva hacia un estado de aceptación de ellas. Esto deriva en un sentido de seguridad y de control, ya que como resultado del procesamiento adecuado de los recuerdos que incluyen emociones y/o cogniciones referentes a la impotencia y a la desesperanza, se espera que los síntomas depresivos desaparezcan.

Las depresiones basadas en la experiencia han podido ser aliviadas por medio del protocolo convencional de tres vertientes (Shapiro, 2004), en el cual la evaluación de creencias autorreferenciales y la reestructuración cognitiva y emocional son elementos clave que permiten enfocar apropiadamente el tratamiento. De acuerdo a lo esperado, a medida que la información disfuncional se trasmuta, surge una nueva forma de almacenar la experiencia, que hace aflorar cogniciones, emociones y sensaciones apropiadas en la vida cotidiana.

### *II.5 POSTURA CLÍNICA DE LA PRESENTE INVESTIGACIÓN*

En términos generales, la premisa básica de esta investigación con enfoque clínico la constituyó el hecho de que todavía se desconoce mucho acerca del área cognitiva de la depresión, y que por lo tanto, el indagar la afectación de los mecanismos cognitivo-emocionales a través de una aproximación terapéutica

diferente, podía hacer surgir una nueva aportación de utilidad para la práctica clínica.

Dado entonces, que el objetivo del presente estudio fue identificar el impacto representacional de la intervención terapéutica EMDR en los índices de organización conceptual disfuncional y en mecanismos de procesamiento automático para la superación de la depresión, se considera relevante la connotación jerárquica de los modelos de procesamiento de información propuesta por algunos teóricos, como los señalados previamente en este capítulo y en el anterior. Así, el modelo de Hudlicka y el modelo S-REF proveyeron el marco multinivel para la evaluación posterior a la psicoterapia.

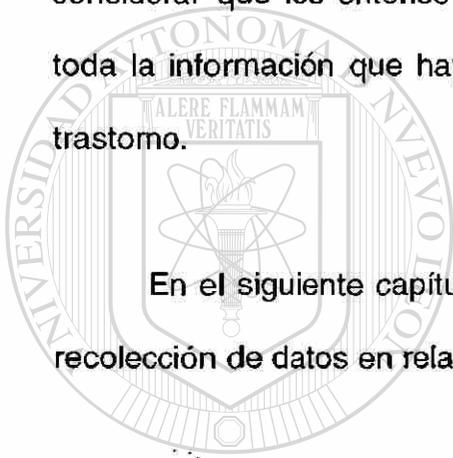
Por otro lado, ante la imposibilidad de medir además del nivel consciente, también el nivel automático o inconsciente del estado emocional de las personas

con los inventarios comúnmente usados, como ya se indicó anteriormente, se incluyeron para este efecto las técnicas que se manejan en los estudios de identificación de valencia, dentro del paradigma de facilitación emocional. Dado que la realización de las tareas en los estudios de este tipo demanda procesamiento de bajo nivel, los tiempos de reacción ante ellas fueron un parámetro ideal de evaluación antes, durante y después de la terapia, para observar a nivel automático el efecto del tratamiento en estos pacientes con depresión. Por lo tanto, usándolos en combinación con otros instrumentos, que permiten estudiar la representación en memoria, pudo hacerse una valoración más completa de los participantes y estudiar el efecto multinivel del tratamiento. Lo

anterior resulta interesante bajo el supuesto de que la depresión se manifiesta cuando mecanismos de la arquitectura cognitiva-emocional desencadenan y participan en circuitos perversos de procesamiento de información.

Es conveniente señalar que el diagnóstico inicial de depresión en base a los parámetros del manual DSM-IV-TR solo constituyó un primer paso que tuvo el objetivo de ubicar a los sujetos participantes de este estudio, ya que hay que considerar que los criterios de dicho manual ayudan a obtener parte valiosa de toda la información que hay que integrar alrededor de la manifestación de este trastorno.

En el siguiente capítulo se desglosa el método que se llevó a cabo para la recolección de datos en relación con el propósito de esta investigación.



UANL

---

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

## CAPÍTULO III

### MÉTODO

Con el propósito ya señalado anteriormente, de identificar el impacto de la aproximación psicoterapéutica EMDR en los diferentes niveles del procesamiento cognitivo de la información emocional en individuos con depresión, se llevó a cabo la investigación que se describe en este capítulo. Ésta fue enmarcada, por lo tanto, dentro del área de la ciencia cognitiva de la emoción.

La recolección de datos se llevó a cabo en la práctica clínica mediante el diseño de estudios de caso longitudinales (consultar Bishop, Millar, Norman, Buda & Foulke, 1986), dentro de los cuales se consideraron a la vez dos tipos de estudios cognitivos, unos cuasiexperimentales y otros descriptivos, que fueron organizados en tres fases (inicial, intermedia y final) para poder evaluar el impacto

de la aproximación psicoterapéutica mencionada en la superación del trastorno depresivo.

#### DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

Los estudios cuasiexperimentales, de identificación de valencia emocional bajo el paradigma de facilitación afectiva (Fazio et al., 1986; Musch & Klauer, 2003), se realizaron para observar los cambios en el mecanismo de sesgo cognitivo emocional sobre las palabras depresogénicas conforme transcurrió la terapia. Por su parte los estudios descriptivos, de análisis de representación conceptual bajo la técnica de escalamiento multidimensional, de redes conceptuales Pathfinder (Schvaneveldt, Dearholt & Durso, 1988, 1989;

Schvaneveldt, Durso, Golsmith, Breen & Cooke, 1985) y de simulaciones computacionales conexionistas, se utilizaron para determinar la forma en la que un esquema disfuncional depresogénico es modificado a través de la intervención terapéutica. La Figura 3.1 ilustra de forma gráfica la inclusión de los estudios cognitivos en el proceso de la terapia EMDR.

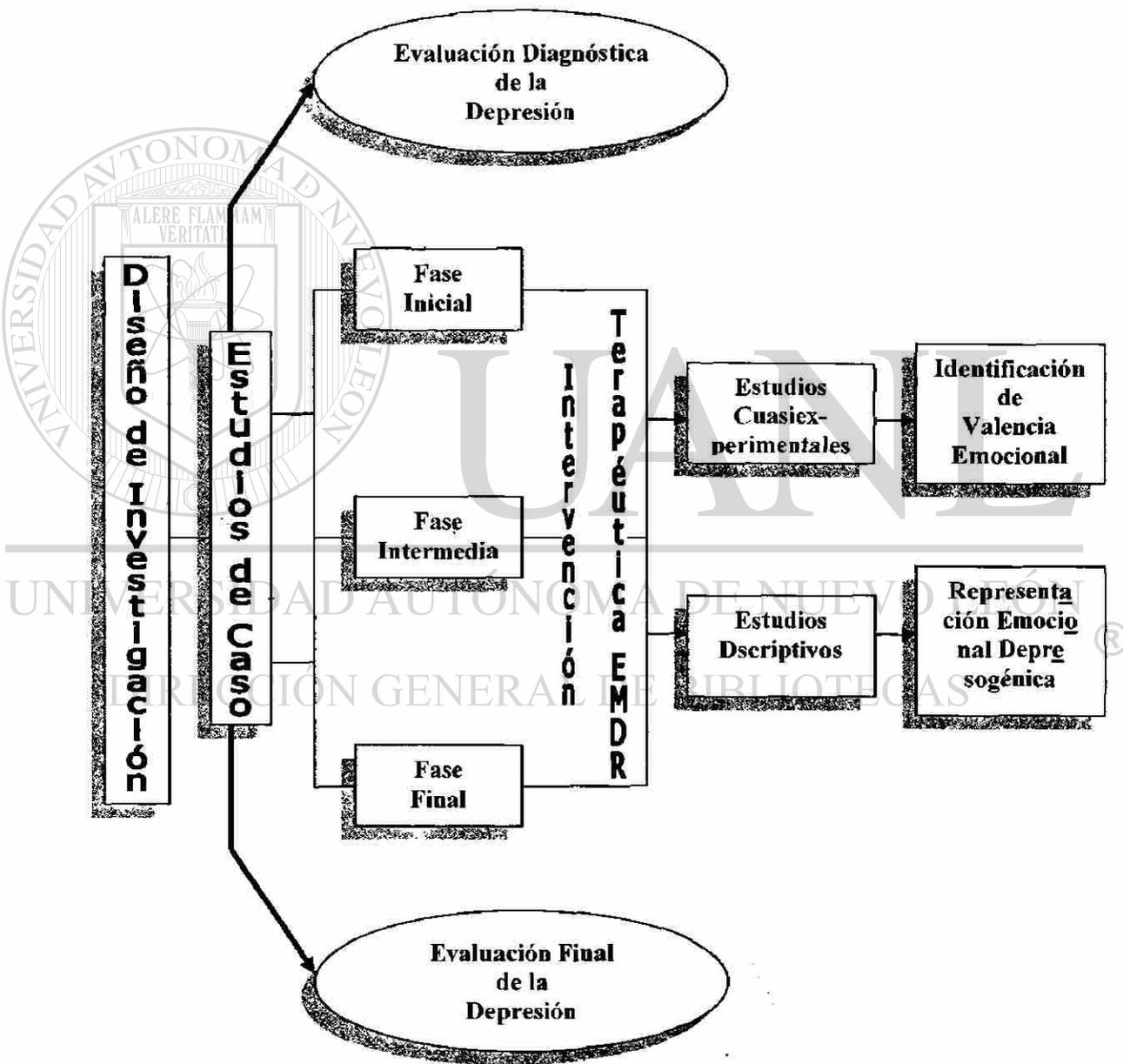


Figura 3.1. Representación gráfica del diseño de investigación.

En el caso de los estudios de identificación de valencia emocional se consideró un diseño factorial en el que se incluyó una variable independiente denominada factor emocional que estuvo constituida por pares congruentes de palabras emocionales y de palabras neutras. La congruencia estaba dada por la relación entre ellas positiva/positiva, negativa/negativa-autobiográfica, negativa/negativa-no-autobiográfica y neutra/neutra. Específicamente en cuanto a los estímulos negativos, éstos fueron en cada participante treinta palabras relacionadas a los diez eventos más traumáticos o perturbadores de su vida, y treinta palabras que no lo estaban.

Por otro lado, la variable dependiente fue el tiempo de reacción; es decir, el tiempo requerido para reconocer si la segunda palabra de cada uno de los pares presentados era emocional o neutra.

En el caso de los estudios cognitivos de la representación conceptual depresogénica se compararon los índices cuantitativos de organización y estructuración en los tres tiempos considerados para la evaluación de la terapia, referidos a la similaridad y a la riqueza de conectividad entre las redes conceptuales de la información. Aun cuando desde la perspectiva de un diseño de investigación, en este tipo de estudios pueden considerarse las tres fases de la terapia (inicial, intermedia y final) como un factor tipo variable independiente y los índices de organización conceptual como la variable dependiente, debe tenerse la precaución de considerar el efecto de la terapia de esta manera solo con propósitos de estimación paramétrica, ya que ninguna atribución causal puede ser

inferida, porque las categorías del factor terapia (sobre todo la intermedia y la final) puede no significar lo mismo para todos los participantes.

En general, los estudios cognitivos hasta aquí descritos se clasifican en procesales y de representación del conocimiento emocional, y se describen detalladamente en párrafos posteriores de este mismo capítulo.

### III.1 SUJETOS

De un grupo de 15 posibles candidatos se seleccionó una muestra intencional mixta de cuatro sujetos que fueron diagnosticados, clínicamente a través de la técnica de la entrevista y psicométricamente a través del *Inventario de Depresión de Beck, segunda edición* (BDI-II), con el trastorno del estado de ánimo clasificado como depresión mayor, de acuerdo con los parámetros del DSM-IV. Dichos participantes se tomaron de la lista de personas que estaban esperando ser atendidas en la Clínica de Rehabilitación Psicológica de la Facultad de Psicología de la Universidad Autónoma de Nuevo León, y sus características se señalan en la Tabla 3.1.

Sujeto	Sexo	Edad	Nivel Escolar	Nivel Socioeconómico	Subclasificación de la Depresión Mayor
1	Femenino	21	Estudiante universitaria	Medio bajo	Episodio único Moderada
2	Femenino	25	Estudiante universitaria	Medio bajo	Episodio único Mínima
3	Masculino	31	Universitario titulado	Medio bajo	Recurrente Leve
4	Femenino	34	Primaria	Bajo	Episodio único Grave

Tabla 3.1. Características de los participantes del estudio.

Desafortunadamente, se presentó el fenómeno de muerte experimental y una de las participantes elegidas decidió abandonar la terapia a la mitad del tratamiento; por este motivo, no se reporta ningún dato sobre ella.

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS  
 III.2 ESTUDIOS DE IDENTIFICACIÓN DE VALENCIA EMOCIONAL

El fenómeno cognitivo denominado facilitación afectiva se refiere a que la valencia emocional de un estímulo, por ejemplo optimismo, facilita o interfiere el reconocimiento de la valencia de otro en función de su congruencia con él (Fazio, 1995, 2000, 2001). Así, en el caso del ejemplo citado, en la palabra felicidad sería facilitado y en la palabra muerte, interferido. Treinta y cinco años de investigación

con una gran variedad de estímulos (visuales, auditivos, cinestésicos y olfativos), han proveído evidencia experimental alrededor de este fenómeno (Musch & Klauer, 2003), que señala la veracidad del fenómeno y su fortaleza para explorar la naturaleza del aparato cognitivo emocional en individuos normales, con desorden cognitivo emocional (MacLeod, 1998; Mathews & Harley, 1996; Mathews & Wells, 2000; Siegle, 1999, 2001) y con déficit cognitivo emocional (López, Mendoza & Morales, 2006; López & Morales, 2006; Morales & López, 2005). La forma como se aplica este paradigma en la presente investigación se describe a continuación.

### III.2.1 INSTRUMENTOS Y MATERIALES

Los estímulos o palabras considerados para la identificación de la valencia emocional se presentaron a través de una computadora utilizando el programa

Superlab Pro. Éste es un sistema generador de estudios de tiempos de reacción, con la capacidad de registrar automáticamente en milisegundos las respuestas a la tarea requerida.

Para cada sujeto se consideraron 95 pares de estímulos, de los cuales fueron: 30 pares de palabras *negativas*, 15 pares *relacionados* con sus eventos traumáticos y 15 que no tenían relación con ellos; 30 pares de palabras *positivas*; 30 pares de palabras *neutras*; y 5 pares *formados indistintamente* para la práctica de familiarización con la tarea. Con excepción de los 15 pares autobiográficos específicos para cada quien, que se enlistan en la Tabla 3.2, el resto fueron los

mismos para todos los participantes y quedaron controlados por la longitud y frecuencia de uso de las palabras involucradas.

<b>Palabras Negativas Autobiográficas</b>			
<b>Par</b>	<b>Sujeto 1</b>	<b>Sujeto 2</b>	<b>Sujeto 3</b>
1	Infelicidad-Miedo	Bofetada-Rencor	Burla-Miedo
2	Llanto-Coraje	Alberca-Culpa	Rechazo-Pelea
3	Desamor-Soledad	Tristeza-Desmotivación	Marrano-Preocupado
4	Egoísmo-Asco	Horrible-Insulto	Gordo-Obsesión
5	Confusión-Mentiras	Reprobada-Suicidio	Tonto-Manotazos
6	Acoso-Tristeza	Vergüenza-Humillada	Ridículo-Inferioridad
7	Cumpleaños-Amargura	Sumisión-Doloroso	Controladora-Venganza
8	Rencor-Apatía	Amargura-Miedo	Venganza-Enfermedad
9	Tristeza-Angustia	Aversión-Decepción	Injusticia-Piedra
10	Dolor-Pesar	Soledad-Desinterés	Debilidad-Desconfianza
11	Engaño-Rechazo	Irritación-Coraje	Coraje-Coscorrón
12	Inconforme-Frustración	Insulto-Temor	Obsesión-Gordo
13	Desanimo-Frustración	Odio-Impotencia	Desigualdad-Venganza
14	Angustia-Egoísmo	Fastidio-Herida	Controladora-Tonto
15	Mentiras-Confusión	Muerte-Descontrol	Manotazo-Marrano

Tabla 3.2. Grupos de palabras negativas relacionadas a los eventos traumáticos de cada uno de los participantes.

### III.2.2 PROCEDIMIENTO

En cada uno de los estudios de identificación de valencia emocional se sentó al sujeto frente a una computadora cuyo teclado registró sus respuestas a la tarea

experimental, la cual comprendió: las instrucciones sobre lo que se tenía que realizar; la familiarización con la tarea para evitar los efectos de práctica; y el estudio en sí, que se desarrolló como se ilustra en la Figura 3.2 y se describe a continuación:

Evento	Duración	Ejemplo
Estímulo para fijación de vista	Hasta que el participante presione una tecla	●
Palabra facilitadora	250 msg	OPTIMISMO
Intervalo de espera entre estímulos	50 msg	
Palabra objetivo	Hasta que el participante decida	FELICIDAD

Figura 3.2. Secuencia de cada ensayo en el estudio de identificación de valencia emocional.

- Se le presentó al participante un punto en el centro de la pantalla de la computadora, con el objetivo de fijar su mirada en el lugar donde aparecían posteriormente dos palabras. Desaparecía cuando presionaba una tecla señalada.

- Se presentaba la primera palabra, que permanecía 250 msg para ser leída en silencio.
- Después de 50 msg de pantalla en blanco, se presentaba la segunda palabra para que el participante decidiera si tenía connotación emocional o no, oprimiendo la tecla correspondiente. Cuando desaparecía este estímulo verbal se presentaba nuevamente el punto inicial para repetir la secuencia.

Concluida una práctica de 5 ensayos, la tarea involucró 90 ensayos experimentales que fueron presentados al azar y completados en 15 minutos aproximadamente.

### *III.3 ESTUDIOS DE LA REPRESENTACIÓN EMOCIONAL DEPRESOGÉNICA*

Con el propósito de analizar el progreso de las representaciones emocionales depresogénicas se utilizaron tres técnicas de modelamiento y escalamiento de la organización y estructuración de la información en memoria a largo plazo.

Primero se consideró la técnica de análisis multivariado de escalamiento multidimensional (MDS, por las siglas en inglés de Multi-Dimensional Scaling) para determinar las dimensiones psicológicas, sobre las que se asumió que organizaron la información depresogénica en la memoria los participantes (López

2002; Schvaneveldt, Dearholt & Durso, 1988). Se utilizó como una técnica de análisis de representación.

Posteriormente, se usó el análisis Pathfinder, a través del software KNOT (por las siglas en inglés de Knowledge Network Organization Tool), para determinar la organización semántica local existente sobre los conceptos depresogénicos de los pacientes en tres momentos a través del proceso terapéutico. Dicho análisis permitió comparar la similaridad de la organización y la estructuración de la información depresogénica en los tres tiempos considerados en la terapia, es decir: a) los índices de similaridad entre las redes iniciales, intermedias y finales; y b) los índices de riqueza de conectividad entre las redes conceptuales de información depresogénica en cada fase del tratamiento.

La tercera técnica de análisis solo se consideró con la participante en la que

---

los resultados señalaron que hubo modificación conceptual después de la terapia.

En este caso, se hicieron simulaciones computacionales conexionistas del comportamiento esquemático de la información depresogénica para simular el peso de un concepto en la dinámica del esquema depresogénico, dado el proceso terapéutico. Esto permitió analizar el impacto de la aproximación psicoterapéutica EMDR en la dinámica del esquema disfuncional.

A continuación se describen a detalle tanto el análisis Pathfinder como las simulaciones computacionales conexionistas.

### III.3.1 ESCALAMIENTO PATHFINDER

Recientemente, han sido desarrollados procedimientos de escalamiento para producir estructuras de redes conceptuales, que se basan en datos empíricos de juicios de proximidad (disimilaridades y similitudes psicológicas entre conceptos). Este es el caso del algoritmo de escalamiento de red llamado PathFinder (Schvaneveldt & Durso, 1981; Schvaneveldt, Durso & Dearholt, 1989; Schvaneveldt, Durso, Golsmith, Breen & Cooke, 1985).

Tanto la técnica MDS como la técnica PathFinder, han sido usadas para generar listas de conceptos con el propósito de que las personas intenten aprenderlas; es decir, le imponen una estructura a la forma como se presentan las listas por aprender. Cabe señalar que se ha encontrado que esas listas se recuerdan más que las listas de palabras que se presentan al azar con la libertad para el participante de imponer su propia estructura de recuerdo (Cooke, Schvaneveldt & Durso, 1986).

#### DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

Una gran diferencia entre las técnicas señaladas es que la PathFinder analiza la distancia entre dos conceptos contando el número de rutas o conexiones que se necesitan tomar entre ellos. De hecho, esta técnica garantiza encontrar la ruta más cercana, dados los juicios de proximidad que se obtienen de los individuos. Parece ser que se usa la idea de difusión de la activación de una red semántica para tomar en cuenta el número de asociaciones que se activan entre dos conceptos en una red (Collins & Loftus, 1975; Collins & Quillian, 1969).

De acuerdo a este modelo de difusión, el análisis PathFinder siempre convergerá a una solución en donde se busque el mínimo de conexiones. Por su parte, la técnica MDS toma en cuenta la distancia entre dos conceptos, no por el número de conexiones que hay que recorrer para llegar de uno a otro, sino por la distancia en varias dimensiones con respecto a otros conceptos considerados. Esto se hace desde el punto de vista de distancia Euclidiana, que se refleja en la siguiente ecuación:

$$d_{ab(r)} = \left( \sum_{i=1}^n |X_{ai} - X_{bi}|^r \right)^{1/r} \quad 1 \leq r \leq \infty$$

Aquí, cuando  $r=1$ , la medida define una métrica de cuadra; y cuando  $r=2$ , se emula una distancia Euclidiana. Este tipo de métrica se conoce como métrica Minkowski, y en el caso de la métrica PathFinder puede ayudar a entender lo que sucede. De tal forma, si se tiene que  $l_i$  es el peso asociado con la liga  $i$  en un camino, el conjunto de todos los pesos en un camino con  $n$  ligas estaría dado por  $l_i=1,2,\dots,n$ . Así, el largo del camino entre dos conceptos, está dado por la fórmula:

$$L(P) = \left( \sum_{i=1}^n l_i^r \right)^{1/r} \quad 1 \leq r \leq \infty$$

Conforme el valor de  $r$  varía sobre un rango permitido, el número de ligas en la red resultante varía sistemáticamente. En particular, conforme  $r$  decrementa se incluyen ligas adicionales; pero siguen siendo influidas todas las ligas en la red

con valores largos de  $r$ . Finalmente, Pathfinder produce una red que es la unión de las ramificaciones mínimas basadas en los datos de juicio de una persona.

### **III.3.1.1 INSTRUMENTOS Y MATERIALES**

Para el estudio de la representación de la información depresogénica se usaron quince palabras emocionales negativas específicas para cada participante, que tenían relación con los eventos más traumáticos de su vida. Éstas fueron presentadas en una pantalla KU-mapper como la que se ilustra en la Figura 3.3.



# UANL

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN



DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

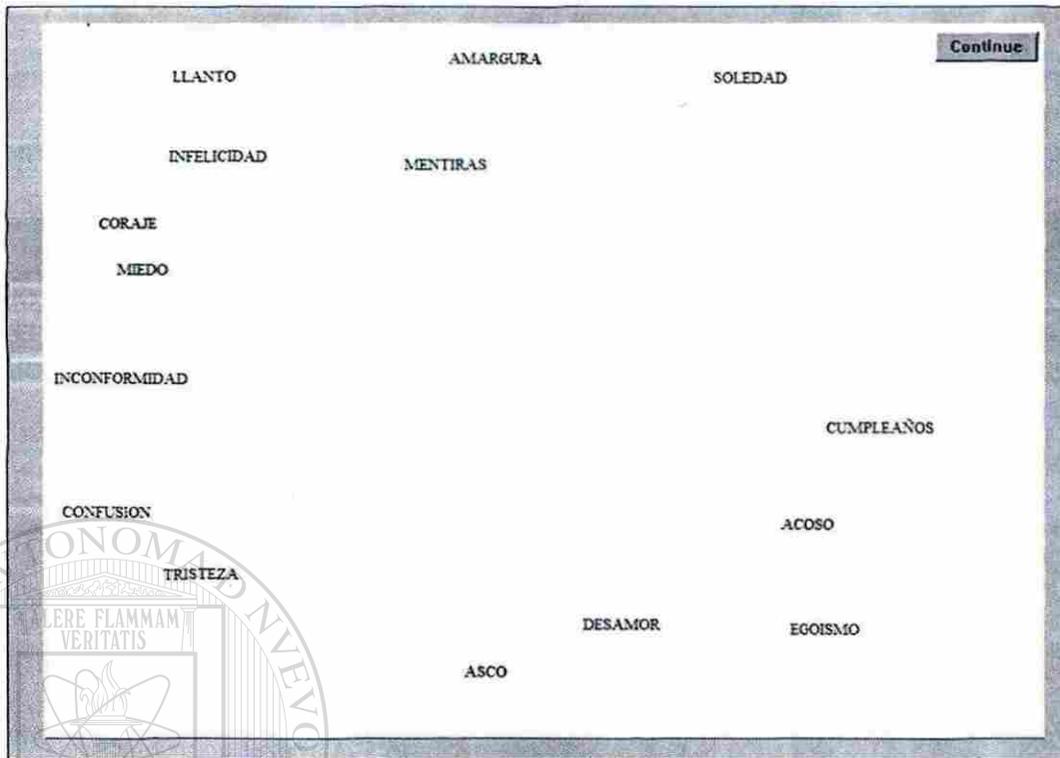


Figura 3.3. Pantalla KU-mapper que muestra las palabras negativas relacionadas con los eventos más traumáticos o perturbadores de un paciente, cuya

tarea era reorganizarlas de acuerdo a la relevancia que él les daba.

### III.3.1.2 PROCEDIMIENTO

En cada estudio se sentó al sujeto frente a una computadora, se le dieron las instrucciones sobre lo que tenía que realizar, se le permitió familiarizarse con la tarea para evitar los efectos de práctica, y una vez que reportó estar listo para iniciar, se le pidió reorganizar las palabras deslizándolas libremente a lo largo y ancho de la pantalla con ayuda del *mouse*, para agruparlas de acuerdo al criterio

elegido por él. La cercanía o la distancia que se dio entre unos conceptos y otros arrojaron un índice de similitud o disimilitud conceptual emocional en el esquema disfuncional. De esta forma, las matrices de distancia conceptual que se obtuvieron se usaron después para alimentar el software denominado KNOT, que produjo redes conceptuales emocionales de acuerdo al algoritmo Pathfinder antes descrito. En la Figura 3.4. se muestra una pantalla KNOT después del análisis.

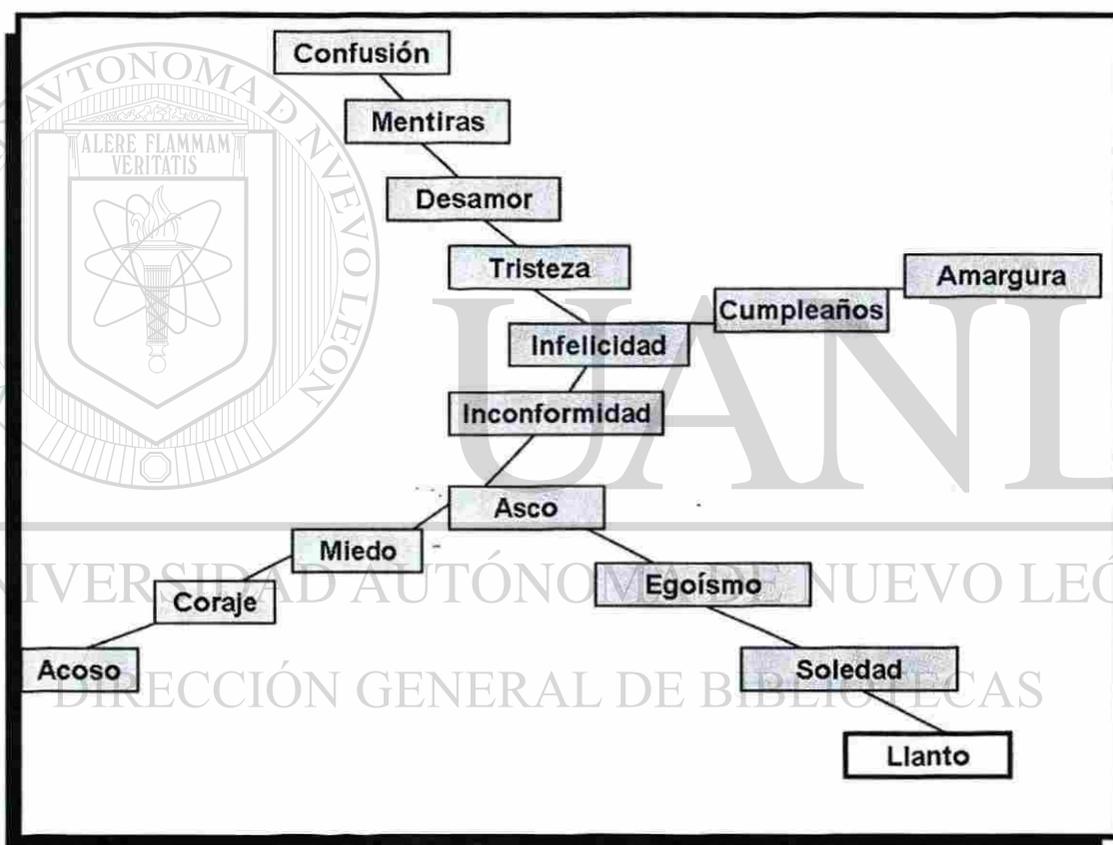


Figura 3.4. Pantalla KNOT que muestra el análisis resultante de la aplicación de la técnica Pathfinder a la matriz de similitud conceptual depresogénica obtenida del programa KU-mapper.

El sistema KNOT también produjo los siguientes índices: índices cuantitativos de similitud cuando se comparó una red con las otras, índices estadísticos de la probabilidad de pertenecer a una misma población e índices de conectividad y organización de la información conceptual en la red.

### *III.3.2 ESTUDIO CONEXIONISTA DE LA DINÁMICA DE LAS REPRESENTACIONES DEPRESOGÉNICAS*

Con la finalidad de apreciar la modificación de la dinámica de los esquemas disfuncionales lograda a través de la psicoterapia, se consideraron simulaciones computacionales conexionistas. Éstas se llevaron a cabo con la sujeto 1, quien mostró cambios importantes en la organización conceptual depresogénica, y con la sujeto 2. En éste último caso, los datos obtenidos no se incluyeron en el capítulo de resultados, porque no aportaron información adicional sobre la organización depresogénica de la paciente.

La técnica neurocomputacional para este propósito fue presentada por Rumelhart y Norman (1985) y consiste en usar una matriz de similitud conceptual, en donde cada índice representa un peso de asociación entre dos unidades neurales, que regulan la probable activación de otras cuando se activa un concepto depresogénico. Para seguir fielmente dicho modelo se trabajó con la siguiente fórmula:

$$W_{ij} = -\ln \frac{p(X_i = 1 \& X_j = 0)p(X_i = 0 \& X_j = 1)}{p(X_i = 1 \& X_j = 1)p(X_i = 0 \& X_j = 0)}$$

A fin de evitar valores extraños, el logaritmo natural del valor es impuesto sobre el índice de similaridad.

La activación que un concepto produce en otros, dado el patrón de actividad en paralelo de las otras unidades, produce conductas esquemáticas que permiten ver el impacto de un concepto en los niveles de activación de otros. Sin embargo, como los valores de proximidad obtenidos por el análisis Pathfinder no constituyen en sí un valor probabilístico, se procuró que la matriz de asociación conceptual contuviera valores de logaritmo natural de la proporción obtenida al dividir el valor de proximidad sobre el valor promedio de toda matriz. Con ello se logró obtener valores de proporción  $W_{ij}$  de un centroide de la matriz.

---

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN  
 III.3.2.1 INSTRUMENTOS Y MATERIALES

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

Para simular la conducta conexionista del esquema depresogénico se usó un software simulador de redes neurales conexionistas de tipo satisfacción de hipótesis, presentado a la comunidad académica por Rummelhart y MacClelland (1986). La Figura 3.5 muestra cómo se activaron otros conceptos en el esquema disfuncional, al activar el concepto de miedo. Esta activación fue la que se obtuvo cuando la paciente inició su terapia.

```

cs:
disp/ exam/ get/ save/ set/ clear cycle do input log newstart quit
reset run test

0 infelic 100 0 inconfo 94 0 soledad 94 0 confusi 95 0 tristeza 97

** miedo 100 0 coraje 91 0 egoismo 97 0 mentira 94 0 cumple 93

0 llanto 97 0 desamor 88 0 asco 92 0 acoso 92 0 amargur 94

cycleno 50 goodness 5.3011 temperature 0.0000

```

Figura 3.5. Ilustra la activación conceptual depresogénica al activar al máximo el concepto de miedo. Este tipo de simulaciones permite ir estimulando los diferentes conceptos, para observar lo que pasa con los conceptos negativos de interés.

### III.3.2.2 PROCEDIMIENTO

Se obtuvieron diferentes simulaciones para cada fase de la terapia, que fueron obtenidas usando las matrices de similaridad generadas con el KU-mapper correspondiente. Específicamente, se activaron los conceptos que en el análisis

KNOT resultaron centrales en cada etapa de la terapia para organizar la información conceptual emocional, ya que se consideró importante estudiar la dinámica del esquema disfuncional bajo este tipo de activación.

### *III.4 INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA*

La intervención terapéutica se llevó a cabo mediante la aproximación EMDR, la cual se asume como un enfoque integrativo que incluye entre otros, aspectos cognitivos y conductuales. Para implementarla se consideró lo que a continuación se describe.

#### *III.4.1 INSTRUMENTOS Y MATERIALES*

Se utilizaron los siguientes instrumentos y materiales:

- Inventario de Depresión de Beck, segunda edición (Beck et al., 1996).

Es importante señalar que se consideró este instrumento, porque fue desarrollado para evaluar los síntomas que corresponden a los criterios mundiales para diagnosticar el trastorno depresivo mayor señalados en el DSM-IV (APA, 1994). Del puntaje máximo de 63 que se puede obtener con las respuestas dadas a los reactivos de este inventario, se consideraron también los siguientes puntos de corte sugeridos por los autores para subclasificar el diagnóstico:

Depresión mínima	0 -13 puntos
Depresión leve:	14 - 19 puntos
Depresión moderada:	20 - 28 puntos
Depresión grave:	29 – 63 puntos

- Inventario de historia clínica.
- Manual Clínico de Shapiro (2005), como guía para la aplicación fiel del procedimiento estandarizado de la metodología EMDR.
- Formatos para el registro que los pacientes llevaban a cabo entre sesión y sesión.
- Videocasetes de 8 mm de 120 minutos para grabar las sesiones de terapia.

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

---

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

- Cámara de videograbación.
- Tripié.
- Escalas de evaluación de fidelidad al tratamiento, del Instituto EMDR.

### III.4.2 PROCEDIMIENTO

Se desarrolló con la aproximación psicoterapéutica EMDR, cuya función específica fue ayudar a cada participante a reprocesar los sucesos experienciales negativos que contribuyeron a su desorden emocional, y que fueron identificados en el reporte verbal que hicieron de sus eventos autobiográficos más perturbadores. Este tipo de intervención se asume como metodología, porque involucra, más allá de los movimientos oculares y otros tipos de estimulación bilateral, un procedimiento estandarizado en ocho fases (Shapiro, 2005), que se llevaron a cabo como se describe a continuación:

- Primera fase – Historia clínica y planificación del tratamiento.

Además de aplicar el Inventario de Depresión de Beck, se recogió la historia clínica y, dentro de ella, los diez eventos más traumáticos o perturbadores del participante. Se planeó el tratamiento para llevarse a cabo en sesiones de hora y media, dos veces por semana. El número total de sesiones dedicadas a cada sujeto dependió de sus necesidades; así, fueron 11 para la sujeto 1, 11 para la sujeto 2 y 15 para el sujeto 3.

- Segunda fase – Preparación del paciente.

Se le explicó al paciente el porqué y el cómo de la metodología; se definieron las expectativas respecto a los efectos del tratamiento; y se estableció

la estrategia de afrontamiento denominada “lugar seguro”, que era un refugio personal dentro de la imaginación del paciente, donde podía evocar sentimientos de comodidad, equilibrio y tranquilidad. Éste fue construido por él mismo mientras se le iba guiando, y tuvo la finalidad de darle la posibilidad de poder descansar temporalmente durante el trabajo de la sesión; de tener un elemento de apoyo para disminuir la perturbación, cuando no hubiera sido suficiente el tiempo para terminar algún reprocesamiento; y de manejar las perturbaciones que pudieran surgir entre sesiones.

A diferencia de las dos fases anteriores que tuvieron lugar al inicio de todo el proceso terapéutico, las siguientes se llevaron a cabo con cada uno de los eventos que fueron identificados como perturbadores. En la cuarta, quinta y sexta fases, fue esencial apoyar al paciente con estimulación bilateral (ocular, táctil y auditiva) mientras reprocesaba la información perturbadora, así como al trabajar con la creencia o cognición positiva.

- Tercera fase – Evaluación del blanco del tratamiento.

Se determinó la experiencia a reprocesar, así como sus componentes en términos de imagen, cognición negativa, cognición positiva y su grado de credibilidad en una escala del 1 al 7, emoción y su nivel de perturbación en una escala del 1 al 10, y sensación.

- Cuarta fase – Desensibilización.

Con la atención puesta en la experiencia identificada como evento traumático, se dejó surgir espontáneamente en el participante la información relacionada con ello, y se fueron evaluando los cambios en su perturbación hasta que ésta desapareció.

- Quinta fase – Instalación de la cognición positiva.

Una vez que la perturbación desapareció, se instaló una cognición positiva definida previamente y vinculada adaptativamente al suceso original, tomando en cuenta las circunstancias de la vida actual del paciente.

- Sexta fase – Chequeo corporal.

Se le pidió al sujeto que revisara mentalmente su propio cuerpo mientras mantenía la atención en el suceso involucrado y en la cognición positiva, a fin de poder trabajar con cualquier tensión residual.

- Séptima fase – Clausura de la sesión.

Después de reconocerle al paciente el esfuerzo realizado, se le dieron las instrucciones necesarias para mantener su equilibrio emocional entre las sesiones

y se le proporcionó un formato para que llevara un registro de lo que pudiera surgir durante ese lapso.

- Octava fase – Seguimiento o reevaluación.

Se evaluaron los efectos del tratamiento más allá de la sesión. De esta forma, una vez reprocesado todo lo referente al pasado relacionado con el evento traumático en cuestión, se atendieron los estímulos actuales disparadores de perturbación, y finalmente, las situaciones futuras. Así, se cumplió fielmente con el protocolo estándar de tres vertientes (pasado, presente y futuro) de esta aproximación psicoterapéutica.

Dado que la fidelidad al procedimiento y al protocolo estándar de EMDR se considera central tanto para la práctica clínica como para llevar a cabo investigación, todas las sesiones fueron videograbadas, y evaluadas posteriormente mediante las escalas de fidelidad del Instituto EMDR. Maxfield y Hyer (2002) encontraron en un meta-análisis realizado por ellos, que los resultados obtenidos con esta forma de trabajo están altamente correlacionados con el grado de fidelidad al procedimiento.

## CAPÍTULO IV

### RESULTADOS

Dado que el impacto de la aproximación terapéutica EMDR se analiza en diferentes arquitecturas emocionales, a lo largo de este capítulo que está dedicado al reporte de los resultados obtenidos en la investigación, se presentan por separado los datos de cada participante.

#### IV.1 RESULTADOS DE LOS ESTUDIOS DE IDENTIFICACIÓN DE VALENCIA

##### EMOCIONAL

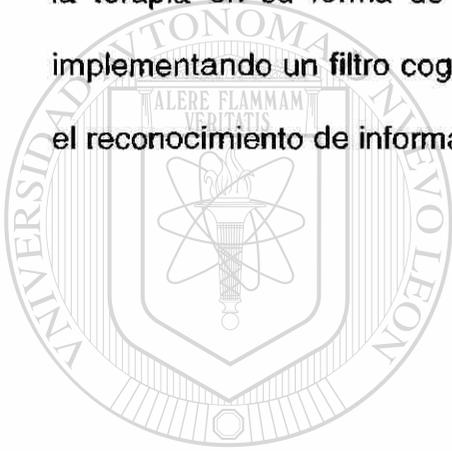
Para llevar a cabo el análisis estadístico de la información obtenida en estos estudios, considerando que no hubiera habido un error mayor del 20%, en las palabras positivas y neutras únicamente se tuvieron en cuenta los aciertos en la

tarea experimental. Este criterio no fue aplicado con las palabras o estímulos negativos, porque cuando se trata de esta valencia la patología estudiada puede ser un inducitor de margen de error. Los datos obtenidos fueron sometidos a un ANOVA (3 x 4) de medidas repetidas, donde el primer factor (terapia) estuvo constituido de tres fases (inicial, intermedia y final); y el segundo factor (segunda palabra de cada par), de cuatro condiciones experimentales (neutras, positivas, negativas autobiográficas y negativas no-autobiográficas).

En lo que se refiere a la sujeto 1, ubicada en la subclasificación de depresión moderada (26 puntos), procesó todas las valencias incluidas en las diferentes

condiciones experimentales mostrando interferencia en el procesamiento de la información emocional. Sin embargo, a través de las latencias del primer estudio, en la Figura 4.1 se observa una tendencia a utilizar aún más recurso cognitivo en las palabras negativas no relacionadas.

Posteriormente, en el segundo y en el tercer estudio, llevados a cabo a la mitad y al final del proceso terapéutico respectivamente, se observó el impacto de la terapia en su forma de codificar las valencias negativas, las cuales eliminó implementando un filtro cognitivo. Además, también mostró la tendencia a facilitar el reconocimiento de información positiva y neutra.



# UANL

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN



DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

IDENTIFICACIÓN DE VALENCIA EMOCIONAL

SUJETO 1

Efecto principal:  $F(6, 219)=46.845, p=0.0000$

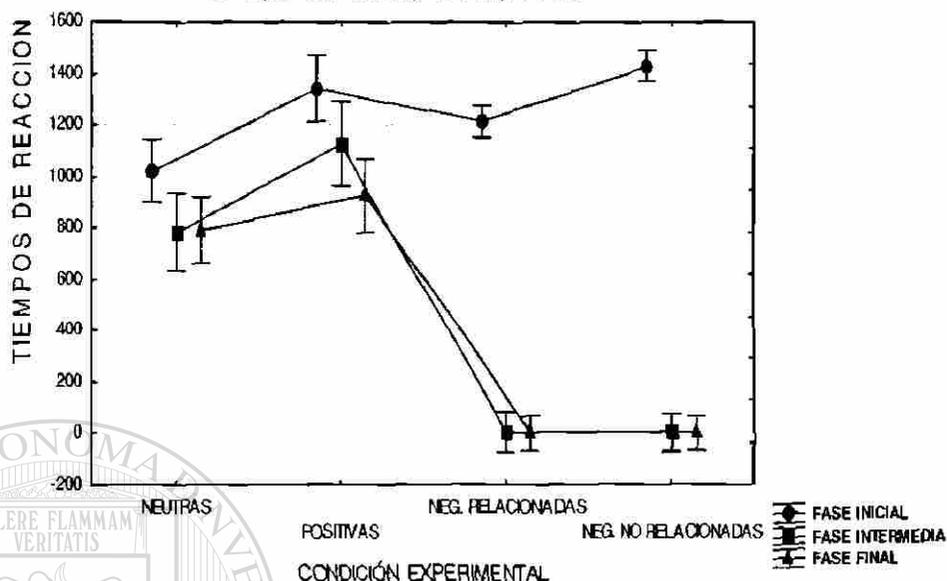


Figura 4.1. Se observa en este comparativo que la terapia con la aproximación EMDR impactó a la paciente generando un filtro con el que omitió el reconocimiento de las palabras negativas, y modificando también el reconocimiento tanto de la información positiva como de la neutra.

En el caso de la sujeto 2, ubicada en la subclasificación de depresión mínima (13 puntos), las latencias iniciales previas al tratamiento mostraron la facilitación al reconocimiento de palabras positivas. Por lo mismo se podía esperar que los estímulos de valencia negativa no consumieran mucho recurso cognitivo, lo cual se confirmó con el hecho de que tendieron a ser procesados más rápido que los neutros, según se muestra en la Figura 4.2. En esta paciente, como en el caso de la sujeto 1, fue interesante el hecho de que la terapia eliminó también el

reconocimiento de las palabras negativas relacionadas a sus experiencias traumáticas, implementando un filtro cognitivo hacia ellas; mostró además un incremento en la tendencia a facilitar el reconocimiento de información positiva. Respecto a los estímulos de valencia negativa no autobiográficos, impuso un mayor análisis, como se ilustra en la misma figura.

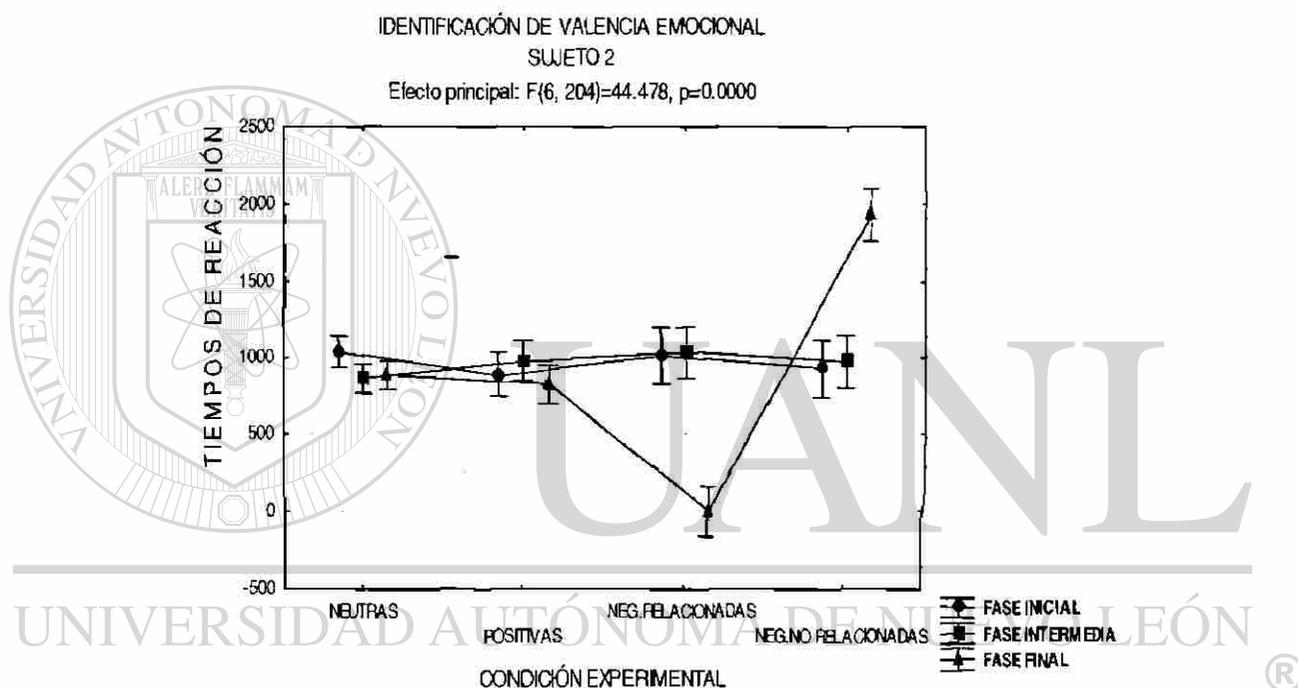
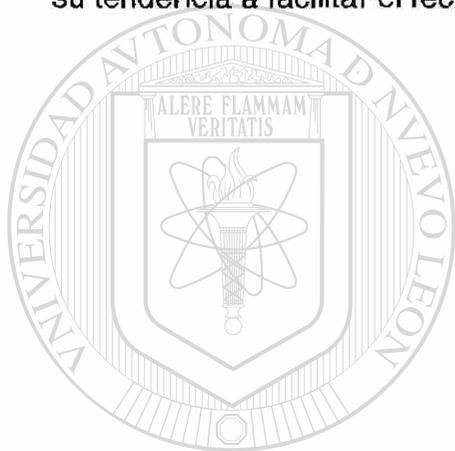


Figura 4.2. Los datos muestran como la terapia EMDR impactó a esta paciente con un filtro cognitivo hacia la información negativa autobiográfica, y también incrementando la tendencia a facilitar el reconocimiento de estímulos con valencia positiva.

El sujeto 3, cuyo diagnóstico fue subclasificado como depresión leve (19 puntos), manifestaba rumiación disfuncional. Ésta sugería un gran uso de recurso

cognitivo sobre la información negativa en general, y así se pudo constatar con las altas latencias de desempeño del primer estudio, ilustradas en la Figura 4.3, donde también se muestran los tiempos de reacción de los otros dos estudios realizados a la mitad y al final del proceso terapéutico. Según se observa en la gráfica, el efecto de la terapia EMDR sobre las latencias en el reconocimiento de información negativa sí fue significativo, ya que en la fase final se eliminó la rumiación. Este participante, como las dos sujetos anteriores, también incrementó su tendencia a facilitar el reconocimiento de información positiva.



# UANL

---

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN



DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

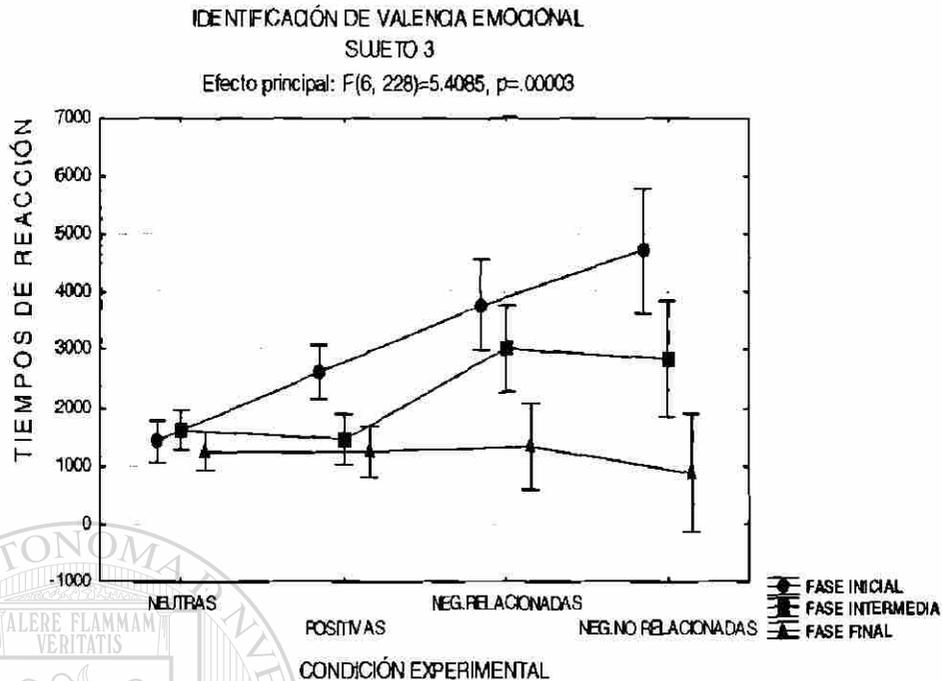
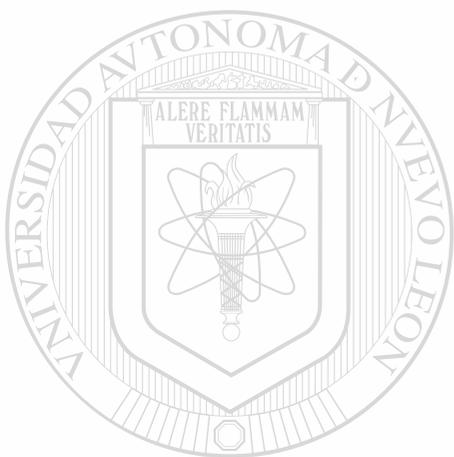


Figura 4.3. Ilustra los recursos cognitivos que el sujeto 3 invirtió en el reconocimiento de información negativa en los tres momentos en que se realizaron los estudios de identificación de valencia emocional. En la fase final se aprecia la desaparición de la rumiación y el incremento en la tendencia a facilitar el reconocimiento de información positiva.

#### IV.2 RESULTADOS DE LOS ESTUDIOS DE LA REPRESENTACIÓN EMOCIONAL DEPRESOGÉNICA

En base a la observación clínica y a los resultados del primer estudio (fase inicial) de identificación de valencia emocional, se asumió que el sujeto 3 presentaba rumiación; por lo tanto, se consideró que su depresión era producto de una

arquitectura procesal más que de una disfunción en la representación emocional negativa. En virtud de ello, no se le hicieron los estudios para el análisis de su representación conceptual negativa. En esta parte de la investigación solamente participaron las sujetos 1 y 2. En la Figura 4.4 se muestran en dos dimensiones las representaciones gráficas del MDS, basado en las matrices de similitudes obtenidas por el KU-mapper en la sujeto 1; y en la Figura 4.5 se muestra el mismo análisis en la sujeto 2.



# UANL

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN



DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

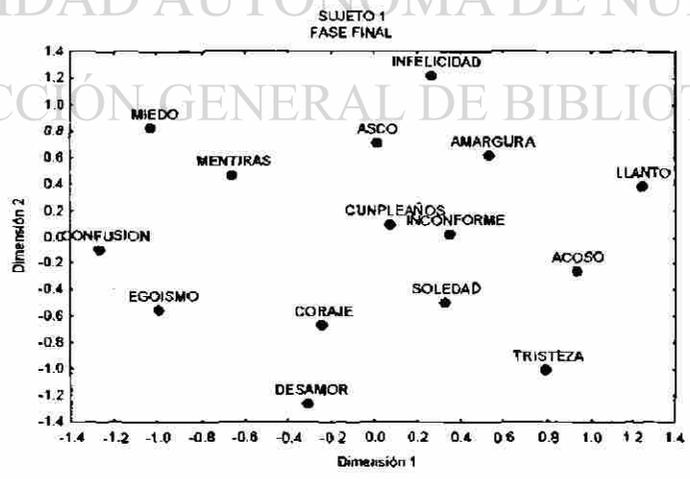
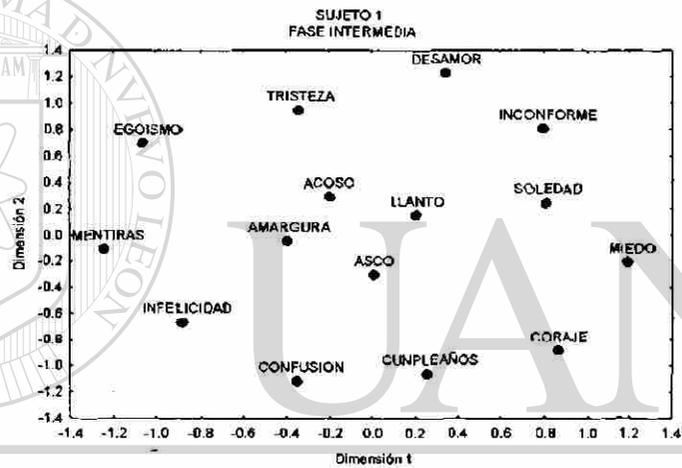
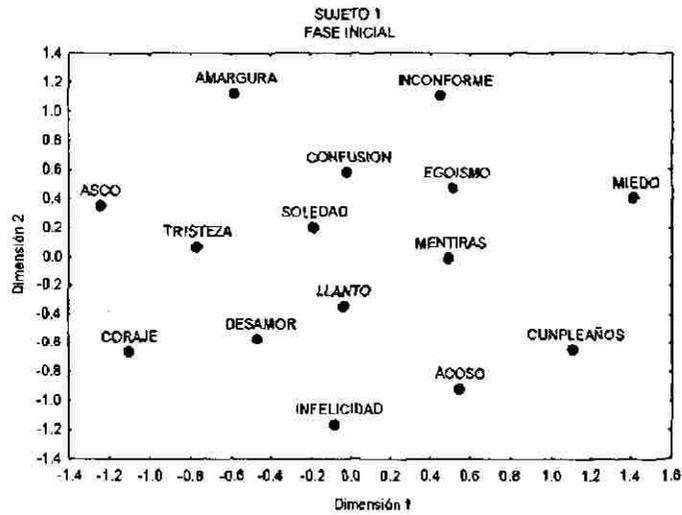


Figura 4.4. Los tres momentos del análisis del escalamiento multidimensional de la información emocional negativa de la sujeto 1.

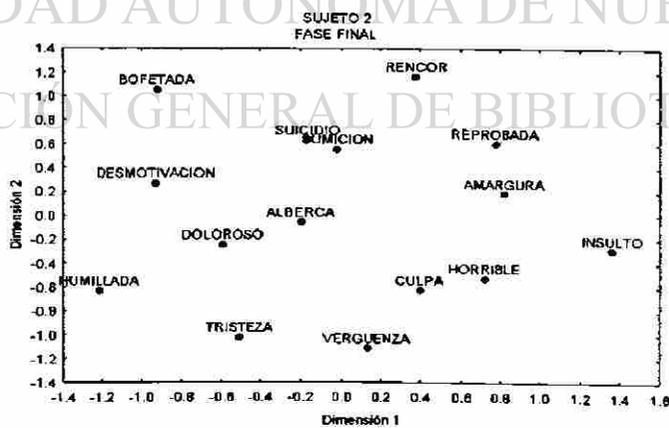
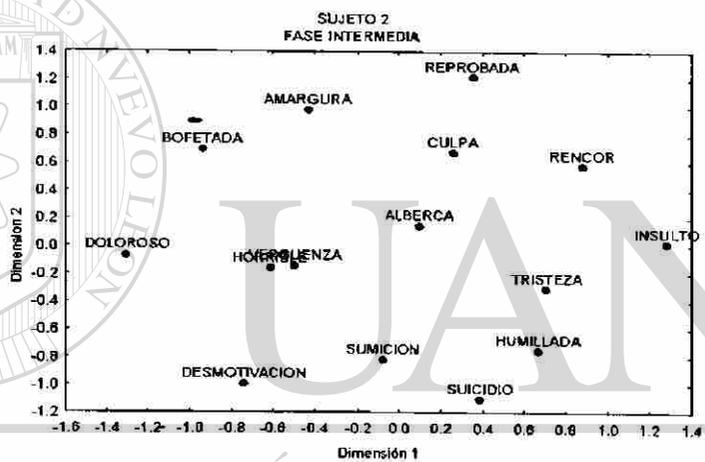
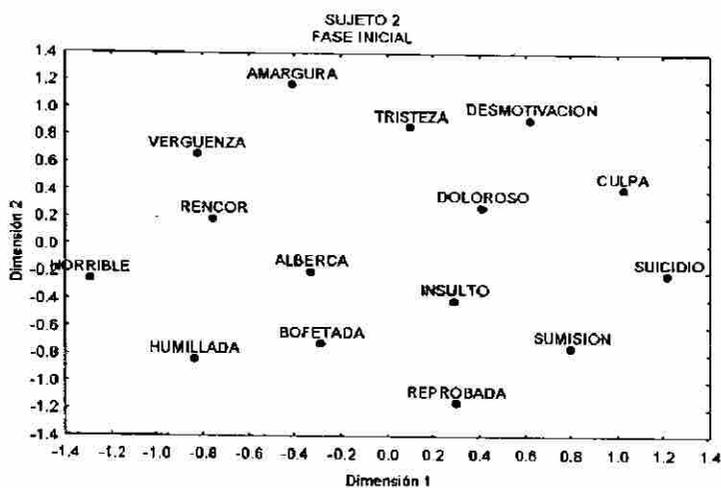


Figura 4.5. Los tres momentos del análisis del escalamiento multidimensional de la información emocional negativa de la sujeto 2.

Para ambos casos, en un análisis Kruskal el índice de estrés en dos dimensiones convergió a una solución aceptable. En la sujeto 1 inició en 20.88 y se redujo a valores menores de 1, que oscilaban alrededor de 0.30, mientras que en la sujeto 2, inició en 23.33 y convergió en valores que oscilaban alrededor de 0.32. Por lo tanto, parece ser que en las dos participantes existe un patrón de organización conceptual que puede ser explicado en dos dimensiones. Sin embargo, hay que considerar que estos resultados de baja dimensionalidad pueden ser expandidos a un análisis de mayor dimensionalidad si la teoría lo demanda, y como el hecho de que los patrones puedan ser explicados en dos dimensiones no significa que la organización conceptual haya sufrido un cambio durante la terapia en términos de la representación emocional, se procedió a hacer un análisis KNOT. Dicho análisis se hizo sobre las mismas matrices de similitud usadas para el MDS.

La similitud entre dos redes en un análisis KNOT, es determinada por la correspondencia de ligas de asociación entre conceptos de dos o más redes conceptuales; es decir, similitud es igual al número de ligas en común dividido entre el número total de ligas que existen en las redes involucradas. De esta forma, cuando dos redes se consideran idénticas alcanzan una similitud de 1, mientras que si no comparten ninguna liga el valor es 0. Esta medida indica la proporción de todas las ligas que se pueden encontrar en las dos redes similares, y también permite obtener información estadística sobre la similitud. Así, el punto de probabilidad Point Prob, es la probabilidad de que las dos redes puedan compartir el mismo número de ligas similares al azar; el índice de probabilidad Tail

Prob, es la probabilidad de que dos redes puedan compartir el mismo o más número de ligas al azar; y el índice de información, es el logaritmo con base 2 del índice Tail Prob. El Tail Prob puede ser usado como un test estadístico de la similitud entre dos redes (Schvaneveldt, Dearholt & Durso, 1988).

A continuación se describen los índices de similitud para la sujeto 1 y la sujeto 2. En el caso de la primera, nótese en la Tabla 4.1 que sus índices de similitud (Sim) son muy bajos.

Similaridades de pfnets:

F11	f12	ln1	ln2	Cmn.	E[C]	O-EC	Sim	E[S]	O-ES	PtPrb	TlPrb	Info
2	1	14	14	3	1.87	1.13	0.120	0.074	0.046	0.18776	0.27809	1.85
3	1	14	14	1	1.87	-0.87	0.037	0.074	-0.037	0.29256	0.88357	0.18
3	2	14	14	2	1.87	0.13	0.077	0.074	0.003	0.31293	0.59101	0.76

Tabla 4.1. Índices de similitud del análisis KNOT para la sujeto 1. Las dos primeras columnas a la izquierda (f11 y f12) señalan las redes que se compararon; las otras dos columnas (ln1 y ln2), el número de relaciones entre los conceptos que se compararon; y la quinta, la comunalidad (Cmn) considerada en las redes comparadas. Es de interés particular la sexta columna donde se encuentra el índice de similitud entre las comparaciones. En el texto se describen algunos otros índices.

Los datos indican que esta sujeto tuvo cambios conceptuales emocionales muy grandes con la terapia, dados los índices observados en la segunda y en la tercera comparación. La Figura 4.6 ilustra dichos cambios, considerando tres momentos del proceso terapéutico.

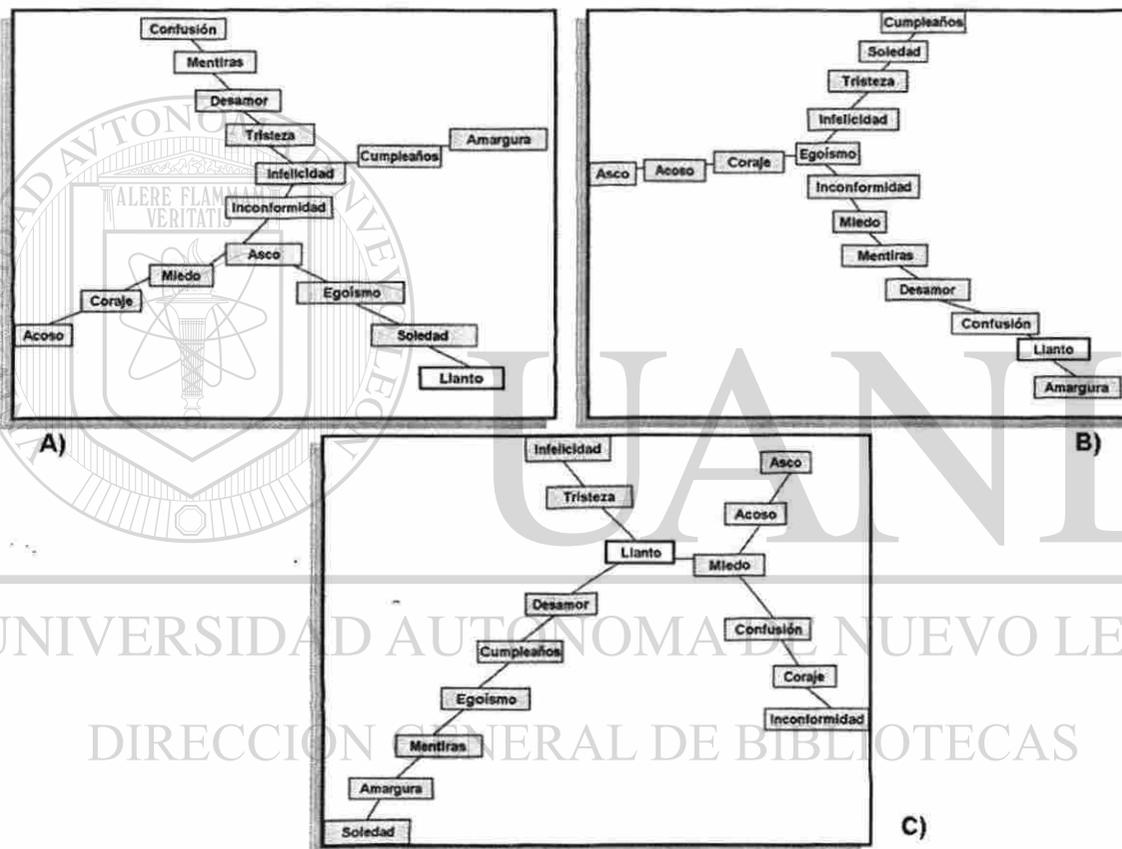


Figura 4.6. Se ilustran las organizaciones conceptuales KNOT en diferentes momentos de la terapia: al inicio (A), a la mitad (B) y al final (C). Nótese, como ejemplo, el cambio en el concepto llanto después de concluida la terapia.

En un análisis adicional se consideró la teoría de la desesperanza señalada anteriormente en el capítulo II. Ésta propone que los individuos con depresión manifiestan pérdida de control sobre los eventos relacionados a su situación depresiva; además, también señala que los pacientes tienden a reportar altos índices de estrés debido a que han perdido la esperanza de solucionar su situación. Especifica que las atribuciones causales del trastorno emocional que tienen que ver con factores externos a la persona fuera de su control, tienden a provocar períodos breves de depresión, pero que cuando esas atribuciones están en factores internos estables, la tendencia es mantener el trastorno. En este sentido, el análisis debe realizarse también en términos de locus de control interno y locus de control externo, los cuales están representados en las gráficas, el primero hacia la izquierda del eje y el segundo hacia la derecha. De esta forma, el cambio observado en el miedo de la sujeto 1 en la Figura 4.7, puede interpretarse como una emoción que pasó de ser algo sin control porque dependía de algo externo, a un miedo controlado por ella misma.

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

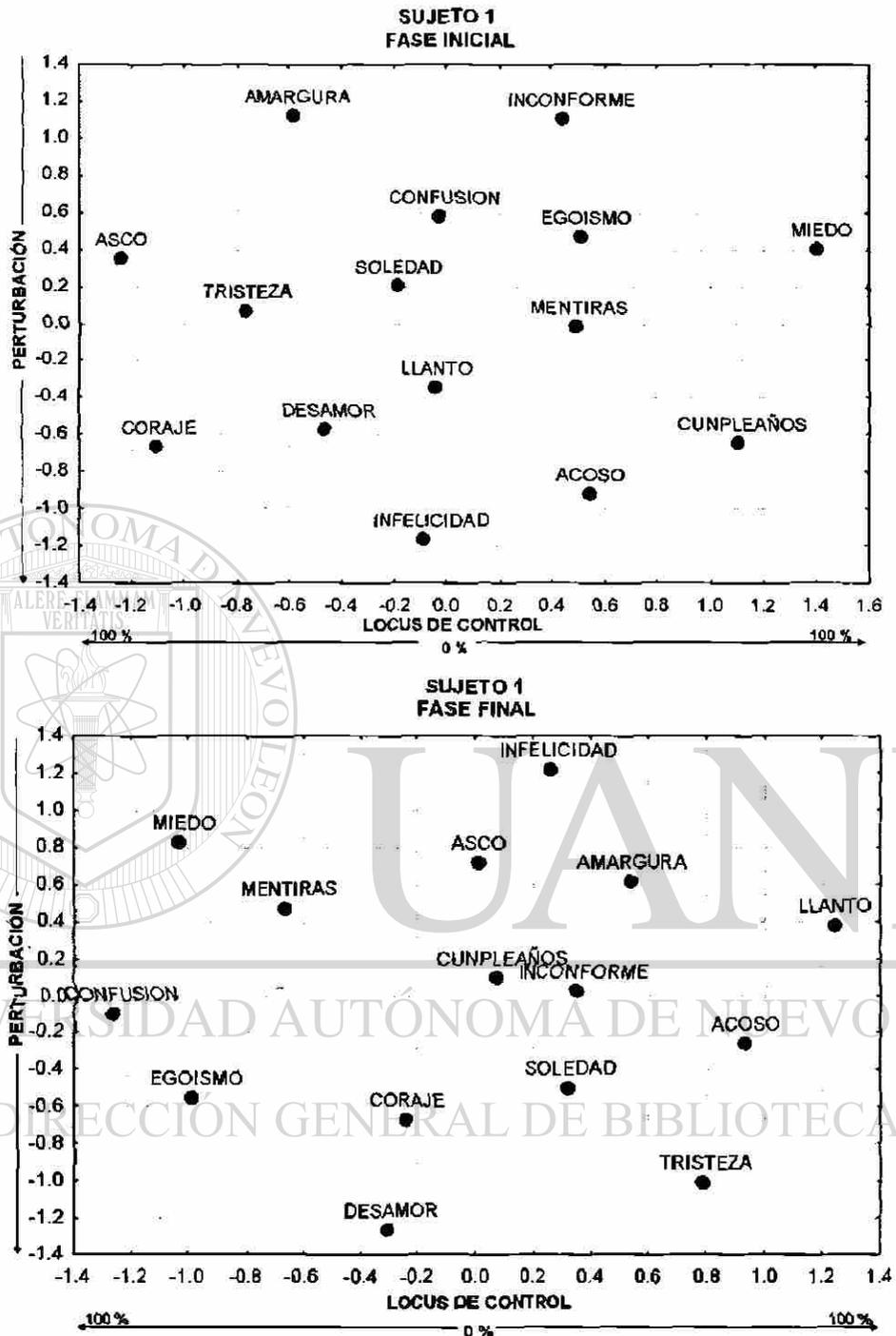


Figura 4.7. Interpretación de los cambios en la representación conceptual depresogénica de la sujeto 1, de acuerdo al locus de control, del cual el interno está hacia la izquierda y el externo hacia la derecha.

Para llevar a cabo un análisis conceptual del esquema de esta misma paciente, se consideró la información de las dos dimensiones psicológicas propuestas por el MDS, así como la información que el análisis KNOT muestra de forma implícita en una organización conceptual negativa de forma particular, y no en un espacio psicológico dentro de un solo diagrama conceptual. La Figura 4.8 describe de forma gráfica la consideración de ambas fuentes de información dada una organización conceptual.

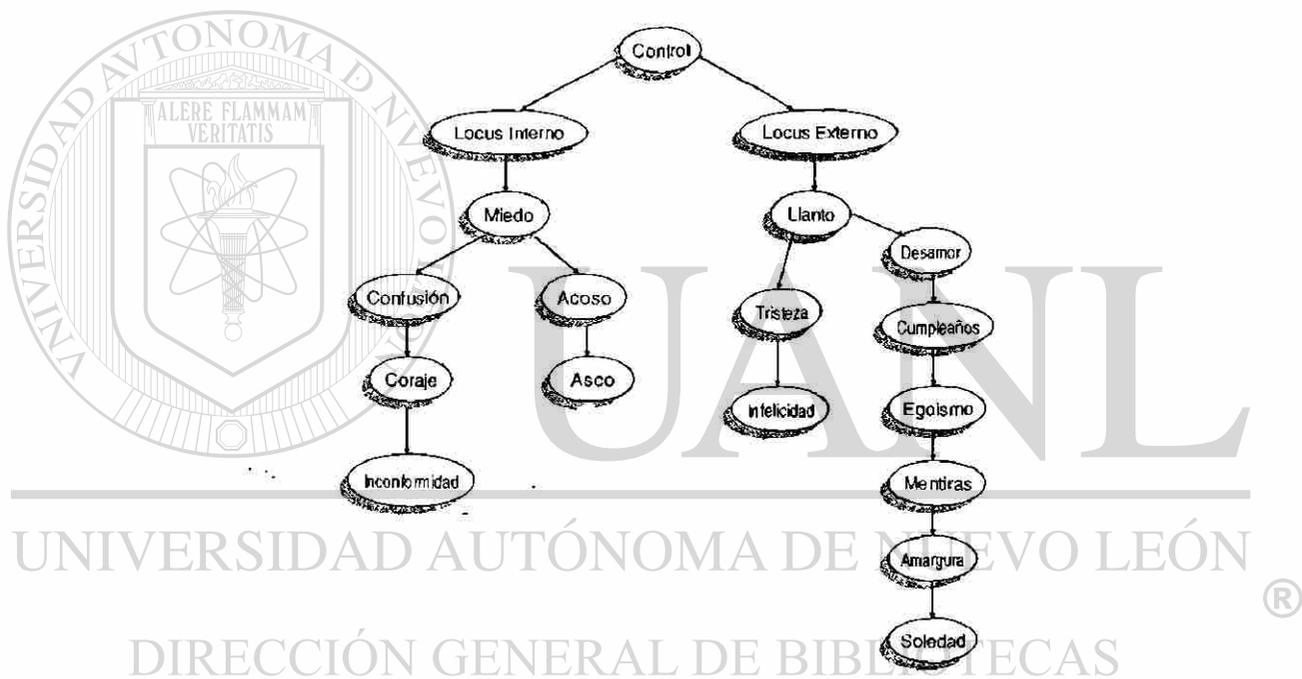
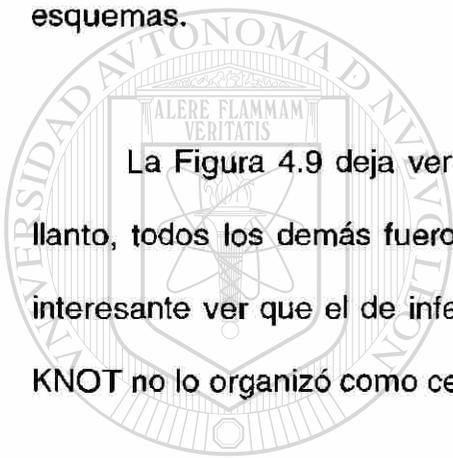


Figura 4.8. Descripción de la organización conceptual negativa de la sujeto 1 al terminar la terapia. Para formar el esquema se incluyó tanto información del análisis MDS como del análisis KNOT.

En la figura se observa que lo que clasificó la organización conceptual o impuso la estructura a los conceptos, fue la noción de control sobre los eventos

negativos. Es decir, el concepto de miedo que en la fase inicial era de control externo pasó a la otra categoría y, aunque se encontraba todavía alto en la dimensión de perturbación, estaba ahora bajo control por parte de la paciente. Como la organización conceptual observada al final de la terapia en el análisis KNOT, unió llanto y miedo como los dos conceptos centrales que organizaron las demás ramas de información, se procedió a observar su dinámica en la activación del esquema emocional negativo mediante la simulación conexionista de esquemas.

La Figura 4.9 deja ver que cuando se activó a su máximo el concepto de llanto, todos los demás fueron incluidos en el patrón de activación; pero, resulta interesante ver que el de infelicidad fue estimulado al máximo, porque el análisis KNOT no lo organizó como central en el esquema que arrojó.



UANL

---

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN



DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

```

cs:
disp/ exam/ get/ save/ set/ clear cycle do input log newstart quit
reset run test

0 infelic 100  0 inconfo 78  0 soledad 80  0 confusi 78  0 tristeza 77

0 miedo  100  0 coraje  81  0 egoismo 84  0 mentira 85  0 cumplea 81

** llanto 100  0 desamor 84  0 asco    88  0 acoso  83  0 amragur 86

cycloeno 50  goodness 4.7225  temperature 2.0000

```

Figura 4.9. Muestra que al activar llanto, el resto de los conceptos del esquema también se activaron; inclusive el de miedo que se asume pertenece a otra categoría de control.

Adicionalmente, en la Figura 4.10 se observa cuando se activó el concepto de miedo, que también fue central al final de la terapia en la organización KNOT, y nuevamente el de infelicidad fue estimulado al máximo en comparación al resto de la información conceptual negativa.

```

cs:
disp/ exam/ get/ save/ set/ clear cycle do input log newstart quit
reset run test

0 infelic 100  0 inconfo  71  0 soledad  72  0 confusi  72  0 tristez  70

** miedo  100  0 coraje  75  0 egoismo  77  0 mentira  78  0 cumple  74

0 llanto  75  0 desamor  78  0 asco  83  0 acoso  76  0 amragur  80

cycleno 50  goodness 4.6103  temperature 2.0000

```

Figura 4.10. Patrón resultante al activar al máximo el concepto de miedo, central en la organización de conceptos negativos obtenida al final de la terapia.

Dado que estos hallazgos señalados hicieron suponer que el concepto de infelicidad podía estar jugando un papel central dentro de la representación psicológica señalada por el MDS, se activó también la palabra inconformidad, que se ubicó en una ramificación opuesta, para hacer observaciones al respecto. La Figura 4.11 muestra en el patrón de activación resultante de esta simulación, que una vez más el concepto de infelicidad fue estimulado al máximo.

En virtud de lo anterior, se asume que este concepto fue central en el proceso terapéutico para la superación de la depresión de la sujeto 1.

```

cs:
disp/ exam/ get/ save/ set/ clear cycle do input log newstart quit
reset run test

0 infelic 100 ** inconfo 100 0 soledad 81 0 confusi 79 0 tristeza 79

0 miedo 100 0 coraje 81 0 egoismo 85 0 mentira 86 0 cumple 82

0 llanto 84 0 desamor 85 0 asco 89 0 acoso 84 0 amargur 87

cycleno 50 goodness 4.7432 temperature 2.0000

```

Figura 4.11. La pantalla describe que el concepto de infelicidad también se activó al máximo cuando se estimuló el concepto de inconformidad.

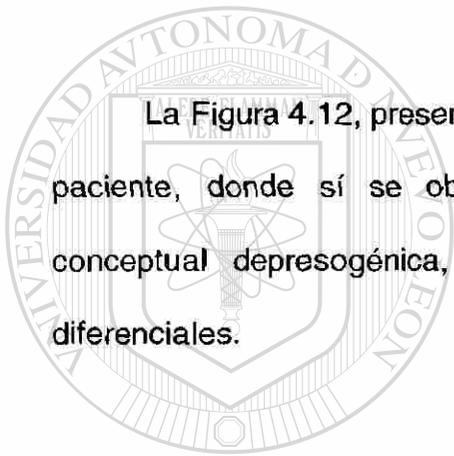
## DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

Respecto a la sujeto 2, la Tabla 4.2 muestra que el efecto de la terapia en términos de organización conceptual fue menos intenso que en el caso de la sujeto 1, ya que si bien la similaridad conceptual entre las diferentes organizaciones KNOT son bajas, no hubo a través del proceso de terapia un efecto estadísticamente diferencial sobre los índices de similaridad, como en el caso de la sujeto 1.

Similaridades de pfnets:												
F11	f12	Ln1	ln2	Cmn	E[C]	O-EC	Sim	E[S]	O-ES	PtPrb	TIPrb	Info
2	1	14	14	5	1.87	3.13	0.217	0.074	0.144	0.01710	0.02021	5.63
3	1	14	14	4	1.87	2.13	0.167	0.074	0.093	0.07012	0.09033	3.47
3	2	14	14	6	1.87	4.13	0.273	0.074	0.199	0.00278	0.00311	8.33

Tabla 4.2. Índices de similitud del análisis KNOT para la sujeto 2.

La Figura 4.12, presenta las tres instancias KNOT durante la terapia en esta paciente, donde sí se observa un importante cambio en la acomodación conceptual depresogénica, aun sin índices de similitud estadísticamente diferenciales.



UANL

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS



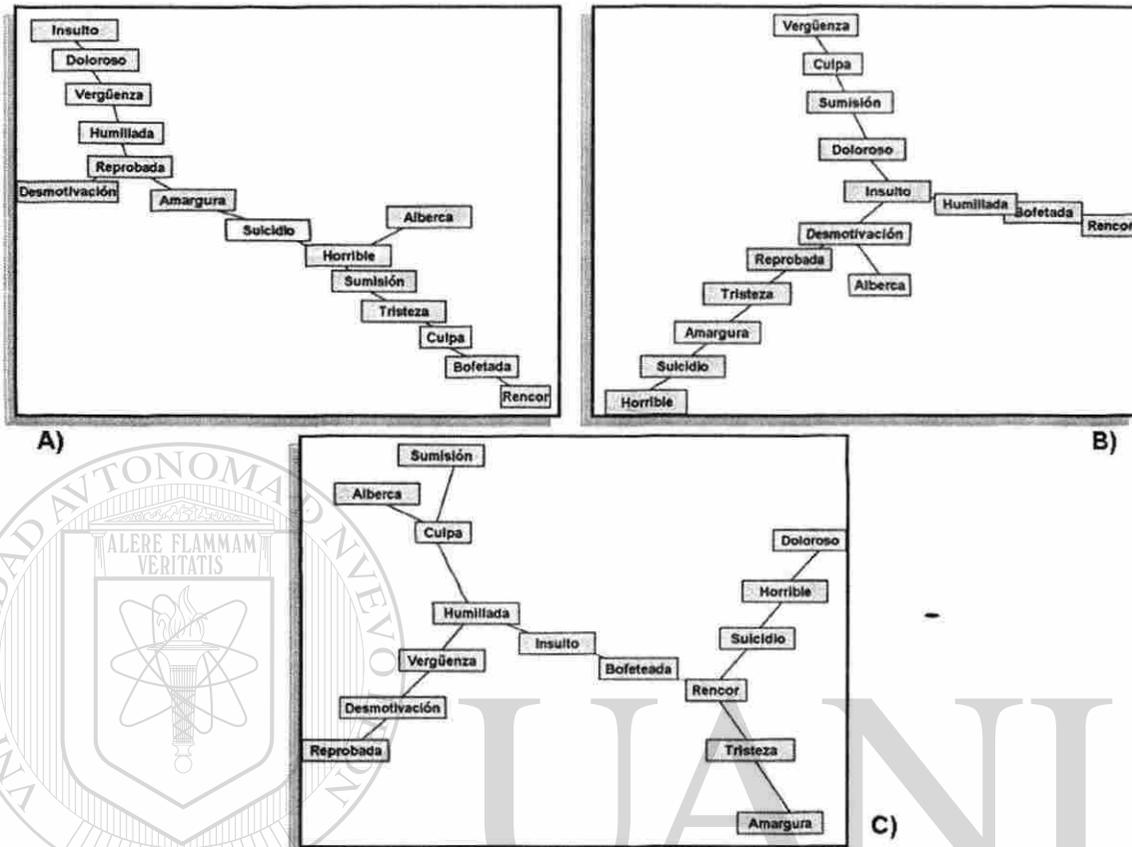


Figura 4.12. Muestra los cambios que tuvo la sujeto 2 en la acomodación conceptual depresogénica al inicio (A), a la mitad (B) y al final (C) del tratamiento psicoterapéutico.

Al aplicar a este caso de la sujeto 2 los mismos criterios que para el caso de la paciente 1, su organización conceptual quedó como se ilustra en la figura 4.13.

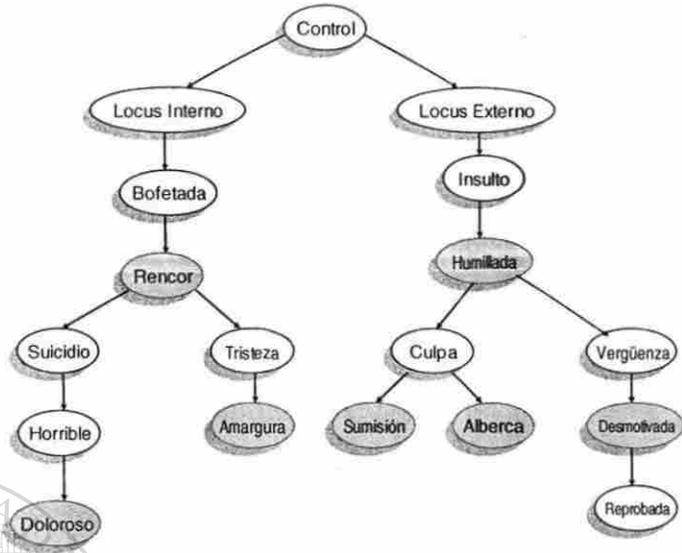
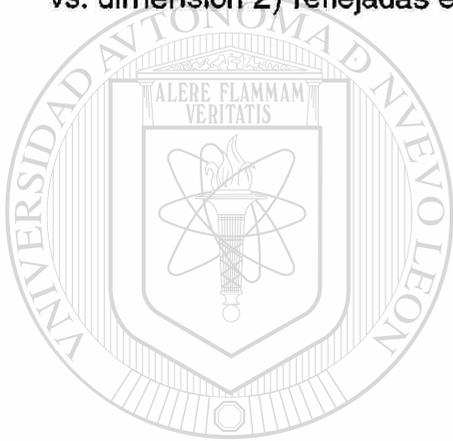


Figura 4.13. Descripción de la organización conceptual negativa al terminar la terapia para la sujeto 2. Para formar el esquema se incluyó tanto información del análisis MDS como del análisis KNOT.

Aún cuando los conceptos pudieron ser organizados en categorías de locus de control al igual que en la primera paciente, no todos cumplieron con los criterios de coincidencia en ambos análisis (MDS y KNOT) para ser categorizados como se les colocó en el diagrama conceptual; tal es el caso de los conceptos señalados con color gris en la figura previa. Sin embargo, se utilizó la misma aproximación para la elaboración del esquema de esta sujeto que la que se utilizó para la primera, a fin de uniformar el criterio de análisis hasta este punto. Posteriormente, se consideró la posibilidad de una mayor dimensionalidad en su organización conceptual aun cuando sí hubiera convergido a una solución MDS satisfactoria en

dos dimensiones, y los datos obtenidos explicaron porque era insuficiente el esquema bidimensional.

El análisis MDS en tres dimensiones generó una solución mejorada en 10 décimas de estrés, pero lo más importante es que permitió visualizar más claramente la organización conceptual en términos de sucesos internos y externos a la paciente. La Figura 4.14, muestra dos de las tres dimensiones (dimensión 1 vs. dimensión 2) reflejadas en este análisis al final de la terapia.



# UANL

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN



DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

Analisis de Escalamiento Multidimensional  
 (Tres dimensiones: Dimensión 1 vs. Simension 2)  
 Sujeto 2

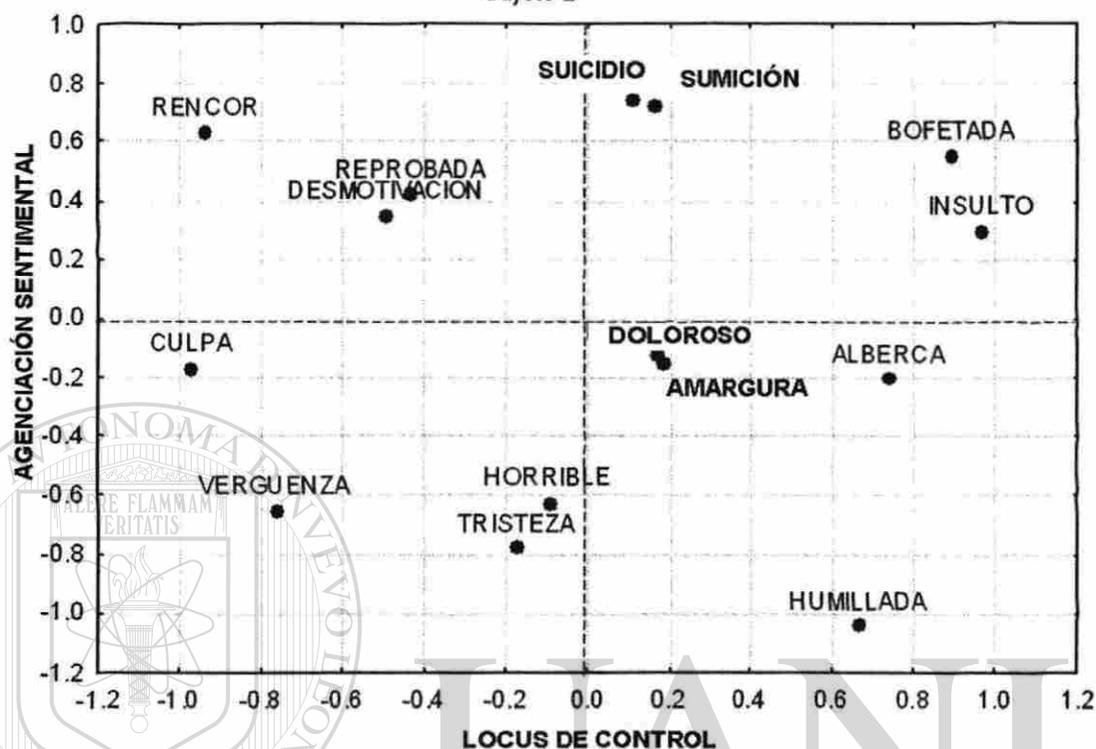


Figura 4.14. Se ilustra el espacio psicológico de la primera y de la segunda dimensión de la solución MDS respecto a la sujeto 2, cuyo esquema depresogénico resultó estar basado en una dimensionalidad más alta.

El cuadrante inferior izquierdo quedó relacionado con emociones vividas internamente por la paciente, mientras que el cuadrante superior izquierdo se relacionó con emociones sentidas hacia los demás. Ambos cuadrantes a la derecha tuvieron que ver con eventos negativos fuera de la vida interna de la

sujeto, en una supuesta dimensión de locus de control. La organización conceptual tridimensional puede ser visualizada en la Figura 4.15.

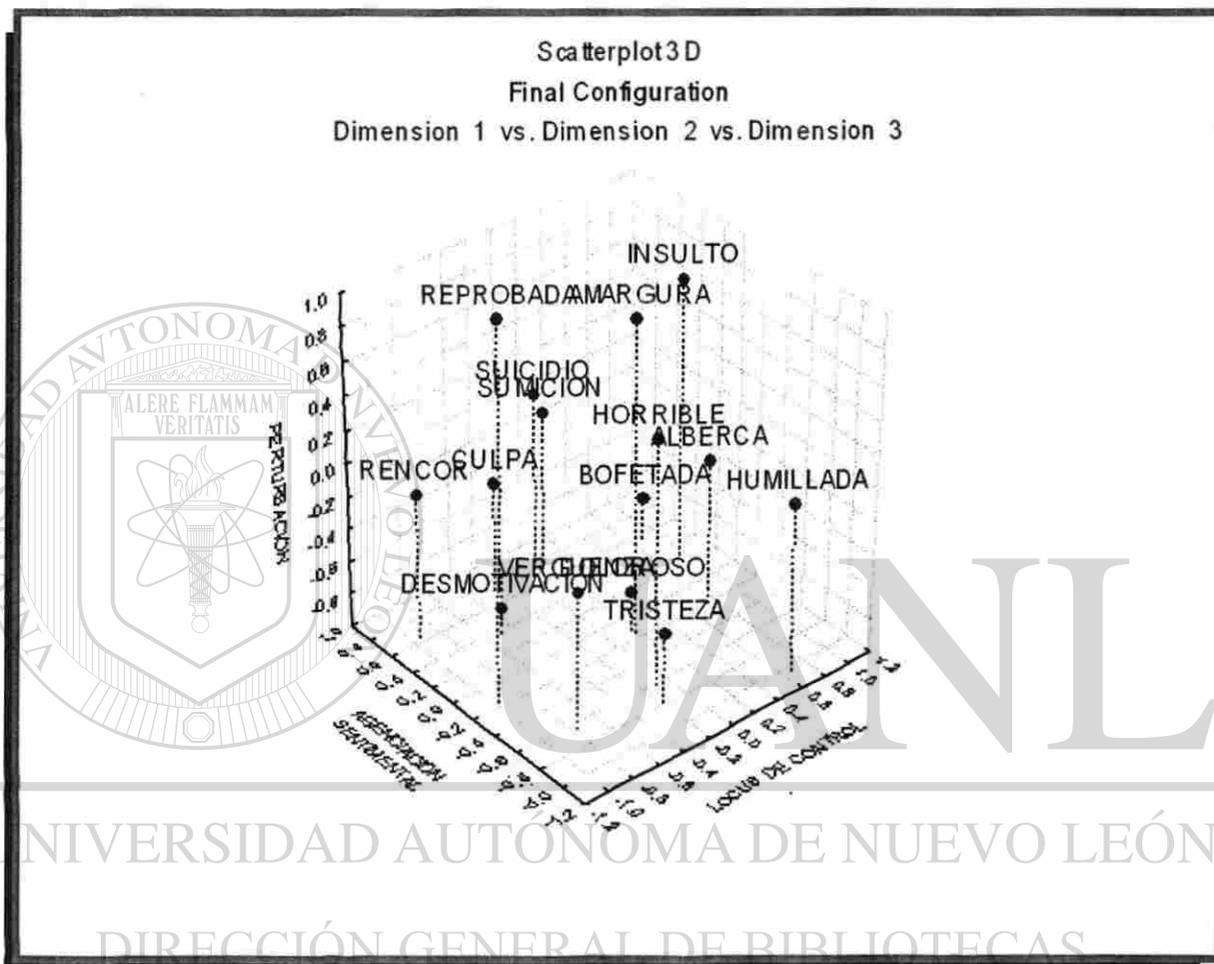
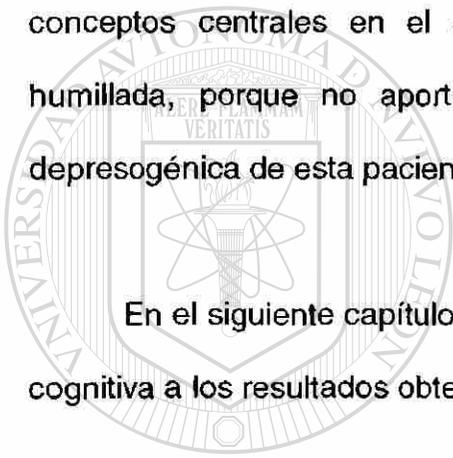


Figura 4.15. Ilustra la organización conceptual negativa de la sujeto 2 en tres dimensiones. Las emociones internas de la paciente (tristeza, culpa, vergüenza, rencor y desmotivación) tendieron hacia abajo en la dimensión de perturbación (eje vertical).

La configuración KNOT obtenida antes de haber iniciado la terapia muestra entremezcladas culpa, tristeza, vergüenza, etc., con los demás conceptos. Esto hace suponer que el impacto de la terapia se reflejó en una separación entre las emociones de locus de control interno de la paciente y lo referido a eventos y personas externas a ella, lo cual pudo verse reflejado en conducta más adaptativa.

No se incluyeron las simulaciones conexionistas que se hicieron activando conceptos centrales en el análisis KNOT como: insulto, bofetada, rencor y humillada, porque no aportaron información adicional sobre la organización depresogénica de esta paciente.

En el siguiente capítulo se da la coherencia general desde la postura clínica cognitiva a los resultados obtenidos en esta investigación.



UANL

---

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS



## CAPÍTULO V

### DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN

A continuación, en una síntesis cualitativa se discute la interpretación de los resultados considerando las preguntas de investigación, así como también identificando los objetivos alcanzados y lo que sucedió en relación a las hipótesis que se plantearon. Posteriormente a manera de conclusión, se señalan las implicaciones teóricas, metodológicas y prácticas de los estudios realizados, se analizan las limitaciones y se hacen algunas sugerencias para investigaciones futuras que puedan dar continuidad al presente trabajo.

#### V.1 DISCUSIÓN

La evaluación clínica realizada al final de la intervención psicoterapéutica confirmó que los objetivos planteados por los participantes como motivo de consulta fueron logrados. Los cambios positivos reportados por ellos y el resultado arrojado por una nueva aplicación del Inventario de Depresión de Beck, en el que los puntajes se redujeron a 0 en el caso de la sujeto 1 y la sujeto 2 y a 4 en el sujeto 3, mostraron el efecto favorable de la terapia en su vida diaria.

Desde la perspectiva de la aproximación psicoterapéutica EMDR, enmarcada en el modelo teórico SPAI desarrollado por Shapiro (2001), se esperaba que las imágenes, creencias, emociones y sensaciones negativas que componían los recuerdos en la memoria de los participantes alrededor de sus

eventos traumáticos, dejaron de ser perturbadoras y se vincularon a información más apropiada. Así sucedió; los niveles de perturbación relacionados a dichos eventos, en la escala del 0 al 10, fueron reducidos a 0. En este contexto, los sujetos aprendieron lo que era necesario y útil de las experiencias negativas, y las asumieron de una manera adaptativa y sana, al mismo tiempo que reestructuraron sus creencias auto-referenciales, cuyo grado de credibilidad, en la escala del 1 al 7, fue de 7. Esto repercutió en que se recuperaron de la depresión.

Aunque la evaluación de este proceso de recuperación se hizo a través de las unidades de medida consideradas dentro del mismo procedimiento estándar de la metodología terapéutica, los resultados de esta evaluación, que hace el mismo paciente y que se da a nivel conciente, parecen haberse reflejado en los hallazgos de la investigación tanto en los estudios de identificación de valencia emocional como en los de la representación emocional depresogénica.

Al analizar el impacto que la intervención psicoterapéutica EMDR pudo haber tenido en la representación de los esquemas emocionales disfuncionales asociados a la depresión en memoria a largo plazo, lo cual constituyó la primera pregunta de investigación, fue posible contestar que sí lo hubo tanto en la sujeto 1 como en la sujeto 2. Dado que se asumió que el sujeto 3 presentaba rumiación, se consideró que su depresión era más bien producto de una arquitectura procesal y, por ello, no se incluyó en los estudios para el análisis de la representación emocional depresogénica. De esta forma, los resultados se refieren a las transformaciones representacionales de las pacientes 1 y 2, mediante los cuales

se confirmó la hipótesis planteada en relación al impacto de la intervención psicoterapéutica sobre los índices de organización conceptual y la estructura de la información negativa relevante a control y perturbación contenida en un esquema disfuncional.

En particular llama la atención el cambio logrado en la sujeto 1, en la que las organizaciones conceptuales negativas autobiográficas fueron estadísticamente significativas en términos de índices de organización conceptual, en un análisis KNOT. Es notable también, dado que es inusual, el haber encontrado que el análisis MDS convergió a un estrés mínimo en dos dimensiones. Se asume que las representaciones reticulares son multidimensionales; esto quiere decir que la organización conceptual en un espacio psicológico se atribuye a una dimensionalidad más compleja o multifactorial (Johnson, Goldsmith & Teague, 1994; Goldsmith, Johnson, & Acton,

1991). Sin embargo, el hecho de que en la sujeto 1 el esquema depresogénico se haya distribuido en un espacio psicológico bidimensional, va de acuerdo con la idea de quienes afirman que los esquemas de su tipo no están altamente estructurados y tampoco son consistentes (Williams, Wats, MacLeod & Mathews, 1997), siendo posible que esa baja dimensionalidad sea precisamente la que los haga susceptibles a terapia.

Como ya se observó, para hacer el análisis de los esquemas depresogénicos resultó de particular utilidad la propuesta de la teoría de la desesperanza. Ésta postula como un parámetro relevante el hecho de que los

pacientes atribuyen el trastorno emocional a un factor de falta de control interno sobre lo que ellos consideran las causas de su depresión. Si se toma como ejemplo el concepto de miedo, que fue reportado al inicio de la terapia como una emoción no controlable y perturbadora para la sujeto 1, se observa que al final del tratamiento, aunque parecía ser todavía perturbadora, ya era controlable por ella. Desde esta perspectiva teórica, la aproximación EMDR llevó a la paciente a tomar control de una emoción disfuncional. Mediante este tipo de análisis fue posible estudiar de forma más detallada el impacto de la terapia, y sumándolo a la propuesta del modelo S-REF (Mathews & Wells 2000), de que un paso esencial en la superación de un desorden emocional es que la persona pueda usar sus creencias para recuperar procesamiento en línea que lo lleve a una meta adaptativa, explica que el hecho de poder tener control sobre su miedo, aunque todavía le perturbara, la ayudó a cambiar pensamientos y conductas de desesperanza por pensamientos y conductas hacia el logro de metas adaptativas.

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

Respecto al modelo conexionista, fue relevante el resultado aportado sobre la emergencia del concepto de tristeza como una emoción central en la dinámica del esquema de esta misma sujeto, durante las tres fases de la terapia. Al parecer estos fenómenos emergentes se observan en los casos donde los esquemas son de baja dimensionalidad, porque cuando se incorporan más dimensiones en el esquema disfuncional, la simulación conexionista sólo emula la organización conceptual señalada por el análisis KNOT o por el análisis MDS. Investigaciones futuras podrían considerar este tema, a fin de determinar si con otras arquitecturas cognitivas se pueden obtener mejores resultados. Solo cabe señalar desde esta

perspectiva, que el valor de asociación  $W_{ij}$  sí es un valor de asociación conceptual sensible a la dimensionalidad de un esquema.

Con respecto a la segunda pregunta de investigación, que plantea el interés de observar también el impacto de la aproximación psicoterapéutica EMDR sobre los mecanismos de sesgo en la evaluación de la valencia emocional negativa, dentro del procesamiento automático de una arquitectura cognitiva emocional tipo S-REF, los resultados obtenidos indicaron que sí generó cambios importantes en dichos mecanismos. En este punto es importante señalar que el efecto de la terapia tuvo un impacto diferencial en cada participante en la fase final: la sujeto 1 no codificó o procesó ningún tipo de información negativa; la sujeto 2 solo presentó sesgo sobre las palabras negativas autobiográficas; y el sujeto 3 disminuyó la participación cognitiva en la codificación, tanto de información negativa autobiográfica como no autobiográfica. No obstante, aun cuando al inicio

de la investigación los sujetos manifestaron diferentes arquitecturas emocionales, atendiendo a los tiempos de reacción registrados en la fase final se observó como una constante en los tres casos, que con respecto a la información negativa fue significativo el cambio observado en su procesamiento.

Dado lo anterior, fue confirmada la hipótesis de que la intervención psicoterapéutica EMDR ocasiona en los sujetos con depresión cambios en el sesgo al evaluar la valencia emocional negativa de la información contenida en esquemas disfuncionales. Adicionalmente a esta confirmación, los tiempos de

reacción requeridos tanto en el procesamiento de los estímulos neutros como de los positivos también disminuyeron.

Por todo lo aquí expuesto se concluye que en la presente investigación, se alcanzaron los objetivos que fueron planteados en relación al impacto de la aproximación psicoterapéutica EMDR en indicadores cuantitativos del cambio cognitivo emocional. Esto sucedió tanto para la organización conceptual en la representación de esquemas disfuncionales, como para los parámetros de procesamiento de información en el nivel automático.

Finalmente, para concluir con la interpretación de los resultados obtenidos en los estudios realizados y desde la perspectiva del modelo procesal multiniveles y componencial de Scherer, que se señaló en la introducción de este trabajo, se puede sugerir lo siguiente:

- Que sí existe una fuerte participación de los registros de información en memoria a corto plazo, tales como control, relevancia e implicación, en el mantenimiento de la depresión.
- Que el registro de agenciación también resulta importante para la elaboración de una evaluación de implicación, como en el caso de la sujeto 2.

- Que se invierte mucho recurso atento para monitorear constantemente la información negativa, que lleva, como se señala en el marco teórico, a un circuito perverso de procesamiento de información emocional.

## V.2 CONCLUSIÓN

A continuación se hace el análisis respecto al tercer objetivo específico señalado en el Capítulo I, que está referido a discutir las implicaciones de los resultados del estudio, señalando la contribución de esta línea de investigación a la generación de conocimiento innovador, y también se revisan limitaciones y sugerencias para posibles investigaciones.

Las observaciones clínicas sobre los efectos de la aproximación psicoterapéutica EMDR, proporcionaron al área de la ciencia cognitiva de la emoción una oportunidad para investigar sobre el funcionamiento de la arquitectura cognitiva emocional. Los cambios rápidos observados con este tratamiento en un promedio de 12 sesiones, ofrecieron una ventaja en tiempo, para poder llevar a cabo los estudios de caso longitudinales que se requerían, a fin de dar seguimiento al proceso de cambio atendiendo a la especificidad de cada paciente en particular. Esto constituyó una implicación metodológica importante de esta investigación, que abre una oportunidad propicia para continuar estudiando sobre el funcionamiento de diferentes arquitecturas cognitivo-emocionales en el tema de la depresión y otros más.

Los efectos clínicos de la aproximación psicoterapéutica EMDR han sido demostrados en los reportes que existen sobre numerosos casos y estudios controlados, algunos de los cuales fueron referidos en el Capítulo II (ver también [www.emdr.com](http://www.emdr.com); [www.emdria.org](http://www.emdria.org)). Sin embargo, Shapiro (2004) ha señalado que los mecanismos en que se basa el procesamiento de la información que ocurre con dicha intervención son desconocidos todavía, debido entre otras cosas a la carencia de aparatos de medición apropiados.

Por lo tanto, los hallazgos de los estudios realizados dentro de este trabajo son una contribución relevante a esa laguna de conocimiento. Los resultados obtenidos indicaron las modificaciones diferenciales que hubo en la participación cognitiva de los sujetos, las cuales se manifestaron a nivel procesal en sus mecanismos de sesgo emocional, y a nivel representacional en sus esquemas disfuncionales en la memoria. Una implicación relevante de las observaciones

---

realizadas en este estudio fue que, independientemente de la arquitectura emocional manifestada por los participantes, sucedieron cambios significativos en el procesamiento de la información a favor de la superación de la depresión. Se logró hacer una aportación de conocimiento innovador, que además dejó ver que la psicoterapia EMDR no solo impacta a nivel representacional los esquemas de memoria disfuncionales, como lo señala el modelo que la explica, sino que repercute también a nivel procesal. Lo aquí expuesto constituye una implicación teórica de relevancia, que llevada a la práctica se espera que permita al tratamiento, efectos más completos para lograr en los pacientes un monitoreo adecuado de los eventos de la vida en su proceso de adaptación.

Otra implicación importante de esta investigación es el haber acercado a la psicoterapia EMDR instrumentos de evaluación a otro nivel, ya que dentro de ella la valoración del proceso de recuperación se hace a través de las unidades de medida consideradas en su mismo procedimiento estándar. Integrar las técnicas cognitivas experimentales al análisis del impacto de esta psicoterapia, constituyó una aportación importante que permitió precisamente subsanar la carencia de instrumentos de medición adecuados. Resulta interesante poder evaluar los cambios logrados en los esquemas disfuncionales de pacientes con depresión, con indicadores diferentes a los inventarios tradicionales. De esta forma, los resultados de la evaluación, que normalmente hace el mismo paciente y que se da a nivel conciente, parecen haber sido ratificados con los hallazgos de la investigación en los estudios de identificación de valencia emocional y en los estudios de la representación emocional depresogénica. Los cambios manifestados y observados dieron sustento a la recuperación lograda.

---

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

Por último dentro de las implicaciones del presente trabajo, se señala como una decisión metodológica importante el diseño de investigación que incluyó estudios de caso, ya que esto permitió estudiar con mayor profundidad las distintas arquitecturas cognitivas manifestadas por los participantes y distinguir sus diferencias significativas. Aunque esto representó recoger en cada caso la información de un solo sujeto, esta decisión no se considera una limitación metodológica porque en el área de la ciencia cognitiva es bien aceptado trabajar con muestras pequeñas, dado que el número de estímulos con los que se trabaja

en los estudios experimentales que utiliza, facilita la estimación paramétrica de una población.

En información relacionada con lo anterior, es pertinente señalar también que Shapiro (2004) ha sugerido incluir en la investigación en su área diseños basados en un solo sujeto, que permitan explorar más ampliamente los diversos tipos de efectos de los tratamientos diferenciales. Ésta es una consideración que a través de los años ha quedado adecuadamente respaldada con numerosos estudios en algunas áreas de la psicología (Bregar y Axelrod, 1971, en Castro, 1977).

Con respecto a los datos obtenidos en esta investigación relacionados con las observaciones que se hicieron en el procesamiento a nivel automático, hay que señalar que el caso de la sujeto 1 que implementó un filtro cognitivo para eliminar tanto información negativa autobiográfica como no autobiográfica, según se observó en los estudios de identificación de valencia que le fueron aplicados, podría parecer no deseable. Un efecto así quizá no permitiría usar información negativa cuando se requiriera para la toma de decisiones, la solución de problemas o para emitir juicios de valor. Sin embargo, lo que podría considerarse una consecuencia indeseada de la recuperación, parece haber sido subsanado con la fase de instalación de esta terapia, en la que se acentúa e incrementa la fuerza de cogniciones adecuadas vinculadas a los sucesos traumático originales, así como con el protocolo de tres vertientes que permite atender, además del pasado, estímulos disparadores actuales y escenarios futuros. Los cambios

positivos reportados por la participante en cuestión indican el impacto adecuado de la terapia en su vida diaria.

Con respecto al sujeto 3, el gran uso de recursos cognitivos que parecía tener en el reconocimiento de información negativa, fue disminuido después de la terapia. En cierta forma, esto fue positivo, ya que el proceso de rumiación, que le llevaba a un sesgo de codificación más elaborada en las palabras negativas autobiográficas, desapareció con la terapia. Sin embargo, esta disminución en el procesamiento sobre las palabras negativas autobiográficas se reflejó aún más en el procesamiento de palabras negativas no autobiográficas, lo cual podría considerarse también un efecto colateral indeseado, como el de la sujeto 1, pero igualmente en este caso, los cambios positivos reportados por el paciente indicaron el impacto adecuado del tratamiento.

---

Aunque a través de diecinueve años desde su origen, han sido publicados estudios rigurosamente controlados sobre la aproximación EMDR que ofrecen pruebas de su eficacia, como ya se señaló en el Capítulo II de este trabajo, es conveniente enriquecer la línea de investigación en el tema de la depresión, considerando incorporar diseños con seguimientos a largo plazo. Esto con la finalidad de poder reportar formalmente si los efectos positivos del tratamiento, medidos con las técnicas aquí propuestas, se mantienen. Respecto a esta investigación, es importante recordar que las preguntas y objetivos fueron planteados para observar el impacto de la psicoterapia EMDR tanto en la representación de los esquemas disfuncionales como en los parámetros de

procesamiento a nivel automático, ni más, ni menos. En función de ello se consideró suficiente marcar solamente tres fases como puntos de corte para recoger los datos y hacer los análisis; por lo tanto, por no estar incluida como objetivo la evaluación de la temporalidad de los efectos del tratamiento, no fue considerado hacer un seguimiento más allá de la última sesión de terapia.

En relación con los efectos observados en la sujeto 1 y en el sujeta 3, existe un estudio de identificación de valencia emocional llevado a cabo en niños y niñas maltratados severamente, cuyas edades fluctuaban entre 9 y 13 años de edad (Hedlefs & López, 2005). En él se reporta que presentándoles a los participantes cuatro categorías de palabras: negativas relacionadas a la violencia, negativas en general, positivas y neutras, las mujeres obliteraron toda codificación de la información negativa, como la sujeto 1, mientras que los hombres la reconocían siguiendo el patrón que presentó el sujeto 3. Tal parecería entonces que hubo un

---

efecto de género en el factor emocional, ya que inclusive se ha señalado en la literatura (Williams et al., 1997) que en el caso de los hombres, tanto las atribuciones causales de la depresión como la forma de afrontamiento, son diferentes a las de las mujeres. En este sentido, también habrá que considerar la posibilidad de continuar explorando esta línea de investigación, observando el fenómeno de la depresión en cuanto a los parámetros relacionados al procesamiento.

Con los datos obtenidos en la presente investigación, dadas las opciones metodológicas y experimentales que ofrece la ciencia cognitiva, se puede observar

que la propuesta de que la depresión solo se mantiene por la existencia de esquemas disfuncionales, es incompleta. Existe ahora la forma de especificar más a profundidad la estructura y organización de los esquemas depresogénicos, pero todavía más, también se cuenta con herramientas para investigar respecto al funcionamiento de la arquitectura cognitiva emocional dinámica y compleja en sus diferentes niveles. En este sentido, tomando en cuenta la teoría, la metodología y la tecnología disponibles actualmente en el área de la ciencia cognitiva de la emoción, pudo aportarse perspectiva clínica cognitiva respecto al impacto que la aproximación psicoterapéutica EMDR tuvo sobre el procesamiento de la información negativa emocional en personas que sufren depresión.

Los resultados obtenidos indicaron las modificaciones diferenciales que hubo en la participación cognitiva de los sujetos, las cuales se manifestaron a nivel procesal en sus mecanismos de sesgo emocional, y a nivel representacional en sus esquemas disfuncionales en la memoria. Un hallazgo relevante de las observaciones realizadas en este estudio, fue que independientemente de la arquitectura emocional manifestada por los participantes, hubo cambios significativos en el procesamiento de la información a favor de la superación de la depresión. Además, se concluye que la ciencia cognitiva de la emoción está en posibilidades de especificar la estructura y la organización de los esquemas depresogénicos, y ya puede ir más allá de solo afirmar su existencia.

Como reflexión final, cabe hacer hincapié en la importancia de integrar el conocimiento en las ciencias, a fin de que las distintas áreas, disciplinas o

enfoques se puedan ver beneficiados unos a otros. Específicamente en el caso de la psicología, la aportación de prácticas científicas al ejercicio clínico de esta disciplina proporciona todo un potencial para enriquecerlo, además de contribuir a generar conocimiento innovador y de evitar que se abran brechas entre la ciencia, la investigación y la práctica clínica. Esto cobra especial importancia cuando se trata de encontrar soluciones alrededor de un problema de salud como es la depresión, que amenaza con convertirse próximamente en la segunda entre las enfermedades discapacitantes del mundo.



# UANL

---

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN



DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

## REFERENCIAS

Abramson, L. Y., Metalsky, G. I. & Alloy L. B. (1989). Hopelessness depression: A theory based subtype of depression. *Psychological Review*, 96, 358-372.

Abramson, L. Y., Seligman, M. E. P. & Teasdale, J. D. (1978). Learned helplessness in humans: Critique and reformulation. *Journal of Abnormal Psychology*, 87, 49-74.

American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4<sup>a</sup>. ed.). Washington, DC: Author.

American Psychiatric Association (2003). *DSM-IV-TR: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales texto revisado*. Washington, DC:

Author.

Antrobus J. S. (1973). Eye movements and non-visual cognitive tasks. En V. Zikmund, *The oculomotor system and brain functions* (pp. 354-368). London: Butterworths.

Antrobus, J. S. & Singer, J. L. (1964). Eye movements accompanying daydreaming, visual imagery and thought suppression. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 69, 244-252.

Baeyens, F., Hermans, D. & Eelen, P. (1993). The role of CS-US contingency in human evaluative conditioning. *Behaviour Research and Therapy*, 31(8), 731-737.

Banse, R. (2003). Beyond verbal self-report: Priming methods in relationship research. En: J. Musch & K. C. Klauer, *The psychology of evaluation: Affective processes in cognition and emotion*. Mahwah, NJ: LEA.

Bargh, J. A. (1989). Varieties of automatic influence in social perception and cognition. En J. S. Uleman & J. A. Bargh (Eds.), *Unintended thought* (pp. 3–51). Nueva York: Guilford Press.

Bargh, J. A. (1994). The four horsemen of automaticity: Awareness, intention, efficiency, and control in social cognition. En R. S. Wyer & T. K. Srull (Eds.),

---

*Handbook of social cognition*, Vol. 1: Basic processes (pp. 1–39). Hillsdale, NJ: Erlbaum.

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

Bargh, J. A. & Chartrand, T. L. (2000). The mind in the middle: A practical guide to priming and automaticity research. En H. T. Reis et al. (Eds.), *Handbook of research methods in social and personality psychology* (pp. 253–285). Nueva York: Cambridge University Press.

Barnard, P. & Teasdale, J. D. (1991). Interacting cognitive subsystems: A systemic approach to cognitive-affective interactions and change. *Cognition and Emotion*, 5, 1-39.

Beck, A. T. (1967). *Depression: causes and treatment*. Philadelphia : University of Pennsylvania Press.

Beck, A. T. (1974). The development of depression: A cognitive model. En R. Friedman & M. Katz (Eds.), *Psychology of depression: Contemporary theory and research* (pp. 3-27). Washington, DC: Winston-Wiley.

Beck, A. T. (1979). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. Nueva York: International Universities Press.

---

Beck, A. T., Brown, G., Steer, R. A., Eidelson, J. I., & 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., Rush, A. J., Shaw, B. E. & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. Nueva York: Guilford Press.

Beck, A. T., Steer, R. A. & Brown, G. K. (1996). *Beck depression inventory, second edition: Manual*. EU: The Psychological Corporation.

Bennett-Goleman, T. (2002). *Emotional alchemy: How the mind can heal the heart*.

Nueva York: Harmony Books.

Bishop, S., Miller, I. W., Norman, W., Buda, M. & Foulke, M. (1986). Cognitive therapy of psychotic depression: A case report. *Psychotherapy* 23, 167-173.

Boudewyns, P. A. & Hyer, L. A. (1996). Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) as treatment for post-traumatic stress disorder (PTSD). *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 3, 185-195.

Bower, G. H. (1981). Mood and memory. *American psychologist*, 36, 129 -148.

Bower, G. H. (1987). Commentary on mood and memory. *Behaviour Research and Therapy*, 25, 443-455.

Bower, G. H. & Forgas, J. P. (2000). Affect, memory and social cognition. En: E. Eich, J. F. Kihlstrom, G. H. Bower, J. P. Forgas & P. M. Niedenthal.

*Cognition and emotion*. Nueva York: Oxford Press.

Brotman, M. A., & Derubeis, R. (2004). A comparison and appraisal of theories of rumination. En: C. Papageorgiou & A. Wells. *Depressive rumination: Nature, theory and treatment*. Londres: Wiley.

Carlson, J. G., Chemtob, C. M., Rusnak, K., Hedlund, N. L. & Muraoka, M. Y. (1998). Eye movement desensitization and reprocessing for combat-related posttraumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress, 11*, 3-24.

Castonway, L. G., Amow, B. A., Blatt, S. J., Jones, E. E., Pilkonis, P. A. & Segal, Z. V. (1999). Psychotherapy for depression: Current and future directions in research, theory, practice and public policy. *Journal of Clinical Psychology, 55*(11), 1347-1370.

Castro, L. (1977). *Diseño experimental sin estadística: Usos y restricciones en su aplicación a las ciencias de la conducta* (2ª. ed.). México, DF: Trillas.

Chemtob, C. M., Nakashima, J., Hamada R. S. & Carlson, J. G. (2002). Brief-treatment for elementary school children with disaster-related posttraumatic stress disorder: A field study. *Journal of Clinical Psychology, 58*, 99-112.

Collins, A. M. & Loftus, E. F. A. (1975). A spreading activation theory of semantic processing. *Psychological Review, 82*(6), 407-428.

Collins, A. M. & Quillians, M. R. (1969). Retrieval time from semantic memory. *Journal of verbal learning and verbal behavior, 8*, 240-247.

Cooke, N. M., Schvaneveldt, R. W. & Durso, F. T. (1986). Recall and measures of memory organization. *Journal of Experimental Psychology: Learning, Memory and Cognition*, 12(4), 538-549.

Dalgleish, T., Taghavi, R., Doost H. N., Moradi, A., Yule, W. & Canterbury, R. (1997). Information processing in clinically depressed and anxious children. *Journal of Child Psychology, Psychiatry*, 38(5), 535-541.

De Houwer, J., Baeyens, F. & Eelen, P. (1994). Verbal evaluative conditioning with undetected US presentations. *Behaviour Research and Therapy*, 32(6), 629-633.

Edmond, T., Rubin, A. & Wambach, K. G. (1999). The effectiveness of EMDR with adult female survivors of childhood sexual abuse. *Social Work Research*, 23, 103-116.

Fazio, R. H. (1995). Attitudes as object-evaluation associations: Determinants, consequences and correlates of attitude accessibility. En R. E. Petty & J. A. Krosnick (Eds.), *Attitude strength: Antecedents and consequences* (pp. 247-282). Hillsdale, NJ: Erlbaum.

Fazio, R. H. (1997). *Processes by which attitudes guide behavior: Implications for prejudice*. Department of Speech and Hearing Sciences, Indiana University.

Fazio, R. H. (2000). Accessible attitudes as tools for object appraisal: Their costs and benefits. En G. Maio & J. Olson (Eds.), *Why we evaluate: Functions of attitudes* (pp. 1-36). Mahwah, NJ: Erlbaum.

Fazio, R. H. (2001). On the automatic activation of associated evaluations: An overview. *Cognition and Emotion*, 15, 115-141.

Fazio, R. H. & Dunton, B. C. (1997). Categorization by race: The impact of automatic and controlled components of racial prejudice. *Journal of Experimental Social Psychology*, 33(5), 451-470.

Fazio, R. H., Sanbonmatsu, D. M., Powell, M. C. & Kardes, F. R. (1986). On the automatic activation of attitudes. *Journal of Personality and Social Psychology*, 50(2), 229-238.

---

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN  
Feske, U. (1998). Eye movement desensitization and reprocessing treatment for posttraumatic stress disorder. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 5, 171-181.

Giner-Sorolla, R., García, M. T. & Bargh, J. A. (1999). The automatic evaluation of pictures. *Social Cognition*, 17, 76-96.

Goldsmith, T. E., Johnson, P. J., & Acton, W. H. (1991). Assessing structural knowledge. *Journal of Educational Psychology*, 83(1), 88-96.

Goleman, D. (1995). *Emotional Intelligence*. Nueva York: Bantam.

Gotlib, I. H. & Abramson, L. Y. (1999). Attributional theories of emotion. En: T. Dalglish & M. Power (Eds.), *Handbook of cognition and emotion*. Londres: Wiley.

Greenberg, L. S. & Paivio, S. C. (1997). *Trabajar con las emociones en psicoterapia*. México: Paidós.

Greenberger, D. & Padesky, Ch. (1998). *El control de tu estado de ánimo: Manual de tratamiento de terapia cognitiva para usuarios*. Barcelona: Paidós.

Greenwald, A. & Abrams, R. (2002). *Visual masking reveals two qualitatively different levels of unconscious cognition*. Trabajo presentado en la 43rd

---

Annual Meeting of the Psychonomic Society, Noviembre, Kansas, KS.

Greenwald, A. G., Klinger, M. R. & Schuh, E. (1995). Activation by marginally perceptible ("subliminal") stimuli: Dissociation of unconscious from conscious cognition. *Journal of Experimental Psychology: General*, 124, 22-42.

Hedlef, M. I. & López, E. O. (2005). *Mecanismos cognitivos de evaluación emocional en niños que han sufrido maltrato*. Trabajo presentado en el

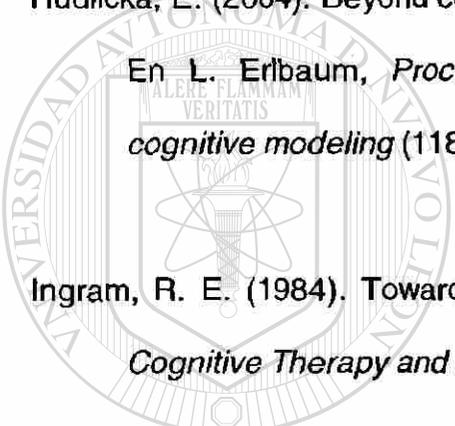
Primer Congreso de Estudios en Violencia, Universidad Autónoma de Nuevo León.

Hermans, D., De Houwer, J. & Eelen, P. (1994). The affective priming effect: Automatic activation of evaluative information in memory. *Cognition and Emotion*, 8(6), 515-533.

Hudlicka, E. (2004). Beyond cognition: Modeling emotion in cognitive architectures. En L. Erlbaum, *Proceedings of the sixth international conference on cognitive modeling* (118-123). Mahwah, NJ: Autor.

Ingram, R. E. (1984). Toward an information processing analysis of depression. *Cognitive Therapy and Research*, 8, 443-478.

---

Ingram, R. E. (1990). *Contemporary psychological approaches to depression: Theory, research, and treatment*. Nueva York: Plenum Press.     

Ingram, R. E., Miranda, J. & Segal, Z. V. (1998). *Cognitive vulnerability to depression*. Nueva York: Guilford.

Ironson, G. I., Freund, B., Strauss, J. L. & Williams, J. (2002). A comparison of two treatments for traumatic stress: A community based study of EMDR and prolonged exposure. *Journal of Clinical Psychology*, 58, 113-128.

Johnson, P. J., Goldsmith, T. E. & Teague, K. W. (1994). Locus of the predictive advantage in Pathfinder-based representations of classroom knowledge. *Journal of Educational Psychology, 86*(4), 617-626.

Kilhstrom, J. F., & Klein, S. B. (1994). The self as a knowledge structure. En: R. S. Wyer & T. K. Srull (Eds.), *Advances in social cognition, Vol. 5* (pp. 1–50). Hillsdale, NJ: Erlbaum.

Kuiper, N. A. & Derry, P. A. (1982). Depressed and nondepressed content self-reference in mild depressives. *Journal of Personality, 50*(1), 57-79.

Lachman, R., Lachman, J. L. & Butterfield, E. C. (1979). Cognitive psychology and information processing: An introduction. En E. O. López, *Los procesos cognitivos en la enseñanza-aprendizaje: El caso de la psicología cognitiva y*

---

*el aula escolar.* México, DF: Trillas.

Laidlaw, K. & Davidson, K. M. (2001). Assessing the operation of self-schema in depression. *Clinical Psychology and Psychotherapy, 8*, 97–105

Lang, P. J. (1993). The network model of emotion: motivational connections. En R. S. Wyer & T. K. Srull (Eds.), *Perspectives on anger and emotion: Advances in social cognition* (Vol. 6). Nueva Jersey: Lawrence Erlbaum.

Lautin, A. (2001) *The limbic brain.* Nueva York: Kluwer Academic Publishers.

Lazarus, R. S. (1966). *Psychological stress and the coping process*. Nueva York: McGraw-Hill.

Lazarus, R. S. (1968) Emotions and adaptation: Conceptual and empirical relations. En W. J. Arnold (Eds.), *Nebraska symposium on motivation*. Lincoln: University of Nebraska Press.

Lazarus, R. S. (2001). Relational meaning and discrete emotions. En: K. R. Scherer, A. Schorr & T. Johnstone, *Appraisal processes in emotion: Theory, methods, research*. Nueva York: Oxford University Press.

Lazarus, R. S., Averill, J. R. & Opton, E. M. (1970). Toward a cognitive theory of emotion. En M. Arnold (Ed.), *Feelings and emotions*. Nueva York: Academic Press.

---

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

Lee, C., Gavriel, H., Drummond, P., Richards, J. & Greenwald, R. (2002).  
Treatment of PTSD: Stress inoculation training with prolonged exposure compared to EMDR. *Journal of Clinical Psychology*, 58(9), 1071-1089.

Leventhal, H. & Scherer, K. (1987). The relationship of emotion to cognition: A functional approach to a semantic controversy. *Cognition and Emotion*, 1(1), 3-28.

Lindsay, P. H. & Norman, D. A. (1977). Human information processing: An introduction to psychology. En E. O. López, *Los procesos cognitivos en la enseñanza-aprendizaje: El caso de la psicología cognitiva y el aula escolar*. México, DF: Trillas.

López, E. O. (2002). *El enfoque cognitivo de la memoria humana: Técnicas de investigación*. México, DF: Trillas.

López, E. O., Mendoza, M. E. & Morales, G. E. (2006). Cognitive processing of emotional valence by Alzheimer. *Health and Psychology, 16*(1), 41-50.

López, E. O. & Morales, G. E. (2006). Down syndrome appraisal processes of familiar and unfamiliar emotional faces: Educational and clinical implications. *Down Syndrome Quarterly, 8*(1), 78.

---

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

Lyubomirsky, S., Caldwell, N. D. & Nolen-Hoeksema, S. (1998). Effects of ruminative and distracting responses to depressed mood on retrieval of autobiographical memories. *Journal of Personality and Social Psychology, 75*, 166–177.

MacCulloch, M. J. & Feldman, P. (1996). Eye movement desensitization treatment utilizes the positive visceral element of the investigatory reflex to inhibit the memories of post-traumatic stress disorder: A theoretical analysis. *British Journal of Psychiatry, 169*, 571-579.

MacLeod, C. (1997). The locus of implicit-explicit dissociation in mood congruent memory. En: D.G. Payne & F.C. Conrad (Eds.), *Intersections in basic and applied memory research*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum.

MacLeod, C. (1998). Implicit perception: Perceptual processing without awareness. En: F. Kirsner, C. Spearman, Maybery, A. O'Brien-Malone & C. Macleod (Eds.), *Implicit and explicit neutral processes*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum.

Marcus, H. (1977). Self-schemata and processing information about the self. *Journal of Personality and Social Psychology*, 35, 63-78.

Marcus, S., Marquis, P. & Sakai, C. (1997). Controlled study of treatment of PTSD using EMDR in a HMO setting. *Psychotherapy*, 34, 307-315.

Markus, H. & Nurius, P. (1986). Possible selves. *American Psychologist*, 41, 954-969.

Martin, L. L., Shrira, L. & Startup, H. M. (2004). Rumination as a function of goal progress, stop rules and cerebral lateralization. En: C. Papageorgiou & A. Wells. *Depressive rumination: Nature, theory and treatment*. Londres: Wiley.

Martin, L. L. & Tesser, A. (1996). Some ruminative thoughts. En: R. S. Wyer (Ed.), *Advances in social cognition*, Vol. 9, (pp. 1-47). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum.

Matthews, G. & Harley, T. A. (1996) Connectionists models of emotional distress and attentional bias. *Cognition and Emotion*, 10(6), 561-600.

Matthews, A. & Mackintosh, B. (1998). A cognitive model of selective processing in anxiety. *Cognitive Therapy and Research*, 22(6), 539-560.

Mathews, A. & MacLeod, C. (1994). Cognitive approaches to emotion and emotional disorders. *Annual Review of Psychology*, 45, 25-50.

Mathews, A. & Milroy, R. (1994). Processing of emotional meaning in anxiety. *Cognition and emotion*, 8(6), 535-553.

Mathews, G. & Wells, A. (2000a). Attention, automaticity, and affective disorder. *Behavior Modification*, 24, 69-93.

Matthews, G. & Wells, A. (2000b). The cognitive science of attention and emotion. En: T. Dalgleish & M. Power, *Handbook of cognition and emotion*. Nueva York: Wiley.

Matthews, G. & Wells, A. (2004). Rumination, depression and metacognition: The S-REF model. En: C. Papageorgiou & A. Wells. *Depressive rumination: Nature, theory and treatment*. Londres: Wiley.

Maxfield, L. & Hyer, L. A. (2002). The relationship between efficacy and methodology in studies investigating EMDR treatment of PTSD. *Journal of Clinical Psychology*, 58, 23-41.

Medina-Mora, M.E., Borges, G., Lara, C., Benjet, C., Blanco, J., Fleiz, C. et al. (2003). Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: Resultados de la encuesta nacional de epidemiología psiquiátrica en México. *Salud Mental*, 26, 1-16.

Medina-Mora, M.E., Borges, G., Lara, C., Benjet, C., Blanco, J., Fleiz, C. et al. (2005). Prevalence, service use, and demographic correlates of 12-month DSM-IV psychiatric disorders in Mexico: Results from the Mexican national comorbidity survey. *Psychological Medicine*, 35(12), 1773-1784.

Mog, K. & Bradley, B. P. (2000). Selective attention and anxiety: A cognitive-motivational perspective. En: T. Dalgleish & M. Power. *Handbook of cognition and emotion*. Nueva York: Wiley.

Morales, E. G. & López, E. O. (2005). Mecanismos cognitivos de reconocimiento de información emocional en personas con síndrome de Down. *Revista Medica Internacional de Síndrome de Down*, 9(1), 2-6.

Moskowitz, G. B., Gollwitzer, P. M., Wasel, W. & Schaal, B. (1999). Preconscious control of stereotype activation through chronic egalitarian goals. *Journal of Personality and Social Psychology*, 77, 167-184.

Musch, J. & Klauer, K. C. (2003). The psychology of evaluation: An introduction. En: J. Musch & K. C. Klauer, *The psychology of evaluation: Affective processes in cognition and emotion*. Nueva Jersey: LEA.

Neisser, U. (1967). Psicología cognitiva. En E. O. López, *Los procesos cognitivos en la enseñanza-aprendizaje: El caso de la psicología cognitiva y el aula escolar*. México, DF: Trillas.

Niedenthal, P. M. & Halberstadt, J. B. (2000). Emotional response as conceptual coherence. En: E. Eich, J. F. Kihlstrom, G. H. Bower, J. P. Forgas & P. M. Niedenthal, *Cognition and emotion*. Nueva York: Oxford Press.

Nolen-Hoeksema, S. (1991). Responses to depression and their effects on the duration of depressive episodes. *Journal of Abnormal Psychology*, 100, 569-582.

Nolen-Hoeksema, S. (2000). The role of rumination in depressive disorders and mixed anxiety/depressive symptoms. *Journal of Abnormal Psychology, 109*, 504–511.

Nolen-Hoeksema, S. (2004). *Abnormal psychology*. Boston: McGraw-Hill.

Oatley, K. (2004). *Emotions: A brief history*. Oxford: Blackwell.

Padesky, C. A. (1994). Schema change processes in cognitive therapy. *Clinical Psychology and Psychotherapy, 1*(5), 267-278.

Papageorgiou, C. & Wells, A. (2001a). Positive beliefs about depressive rumination: Development and preliminary validation of a self-report scale. *Behavior Therapy, 32*, 13–26.

Papageorgiou, C. & Wells, A. (2001b). Metacognitive beliefs about rumination in recurrent major depression. *Cognitive and Behavioral Practice, 8*, 160–164.

Papageorgiou, C. & Wells, A. (2001c). *Metacognitive vulnerability to depression: A prospective study*. Trabajo presentado en la 35th Annual Convention of the Association for Advancement of Behavior Therapy, Philadelphia.

Papageorgiou, C. & Wells, A. (2004). *Depressive rumination: Nature, theory and treatment*. Chichester, Inglaterra: Wiley.

Parker, G. (2002). *Dealing with depression: A commonsense guide to mood disorders*. Australia: Allen & Unwin.

Pitman, T. S. & Pitman, N. L. (1980). Deprivation of control and the attribution process. *Journal of Personality and Social Psychology*, 39, 377-389.

Power, M. J. & Dalgleish, T. (1998) Cognition in the context of emotion: The case of depression. En A. C. Quelhas & F. Pereira (Eds.), *Cognition and context*, No. especial de Análise Psicológica (pp. 381-413). Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.

Pyszczynski, T. & Greenberg, J. (1987). Self-regulatory perseveration and the depressive self-focusing style: A self-awareness theory of reactive depression. *Psychological Bulletin*, 102, 122-138.

Robins, R. W. & John, O. P. (1997). The quest for self-insight: Theory and research on accuracy and bias in person perception. En R. Hogan, J. Johnson & S. Briggs (Eds.), *Handbook of personality psychology* (pp. 649-679). San Diego, CA: Academic Press.

Rogers, S. & Silver, S. M. (2002). Is EMDR an exposure therapy?: A review of trauma protocols. *Journal of Clinical Psychology*, 58, 43-59.

Roseman, I. J. & Smith, C. A. (2001). Appraisal theory: Overview, assumptions, varieties, controversies. En: K. R. Scherer, A. Schorr & T. Johnstone, *Appraisal processes in emotion: Theory, methods, research*. Nueva York: Oxford University Press.

Rothbaum, B. O. (1997). A controlled study of eye movement desensitization and reprocessing for posttraumatic stress disorder sexual assault victims. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 61, 317-334.

Rummelhart, D. E. & McClelland, J. (1986). *Parallel distributed processing: Explorations in the microstructure of cognition*, Vol.1. Cambridge, Mass: Foundations MIT Press.

Rumelhart, D. E., & Norman, D. A. (1985). Representation of knowledge. En: A. M.

Aitkenhead & J. M. Slack (Eds.), *Issues in cognitive modeling* (pp. 15-62).

Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.

DIRECCION GENERAL DE BIBLIOTECAS

Rush, A. J. & Beck, A. T. (2000). Cognitive therapy. En H. I. Kaplan y B. J. Sadock (Eds.), *Comprehensive handbook of psychiatry* (7<sup>a</sup>. ed.). Baltimore: Williams & Wilkins.

Scheck, M., Schaeffer, J. & Gillette, C. (1998). Brief psychological intervention with traumatized young women: the efficacy of eye movement desensitization and reprocessing. *Journal of Traumatic Stress*, 11(1), 25-44.

Scher, C. D., Ingram, R. E., & Segal, Z. V. (2005). Cognitive reactivity and vulnerability: Empirical evaluation of construct activation and cognitive diathesis in unipolar depression. *Clinical Psychology Review*, 25, 487-510.

Scherer, K. R. (1984a). *Emotion as a multi-component process: A model and some cross cultural data*. Beverly Hills, CA: Sage.

Scherer, K. R. (1984b). Emotion as a multi-component process. En: P. Shaver (Ed.), *Review of personality and social psychology: Emotions, relationships and health*, Vol. 5 (pp. 37-63). Newbury Park, CA: Sage.

Scherer, K. R. (1987). Toward a dynamic theory of emotion: The component process model of affective states. *Geneva Studies in Emotion and Communication*, 1, 1-98 desde [URL://www.unige.ch/fapse/emotion/genstudies/genstudies.html](http://www.unige.ch/fapse/emotion/genstudies/genstudies.html).

Scherer, K. R. (2000). Psychological models of emotion. En J. C. Borod (Ed.), *The neuropsychology of emotion* (pp. 137-162). Nueva York: Oxford University Press.

Scherer, K. R. (2001). Appraisal considered as a process of multilevel sequential checking. En: K. R. Scherer, A. Schorr y T. Johnstone. *Appraisal processes in emotion: Theory, methods, research*. Nueva York: Oxford University Press.

Schvaneveldt, R. W., Dearholt, D. W. & Durso, F. T. (1988). Graph theoretic foundations of Pathfinder networks. *Comput. Math. Applic.*, 15(4), 337-345.

Schvaneveldt, R. W. & Durso, F. T. (1981). *General semantic networks*. Trabajo presentado en la Annual Meeting of the Psychonomic Society, Philadelphia.

Schvaneveldt, R. W., Durso, F. T. & Dearholt, D. W. (1989). Network structures in proximity data. *The Psychology of Learning and Motivation*, 24, 249-284.

Schvaneveldt, R. W., Durso, F. T., Golsmith, T. E., Breen, T. J. & Cooke, N. M. (1985). Measuring the structure of expertise. *International Journal of Man-Machine Studies*, 23, 699-728.

Segal, Z. V. & Gemar, M. (1997). Changes in cognitive organization for negative self-referent material following cognitive behaviour therapy for depression: Aprimed stroop study. *Cognition and Emotion*, 11, 501-516.

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

Segal, Z. V., Gemar, M., Truchon, C., Guirguis, M. & Horowitz, L. M. (1995). A priming methodology for studying self-representation in major depressive disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 104, 205-213.

Segal, Z. V., Hood, J. E., Shaw, B. F. & Higgins, E. T. (1988). A structural analysis of the self-schema construct in major depression. *Cognitive Therapy and Research*, 12, 471-485.

Segal, Z. V., Myran, D. D., Persad, E. & Josefowitz, N. (1990). Combining cognitive therapy and pharmacotherapy in treating depression on an in-patient basis. *Journal of Advanced Nursing*, 15, 1188-1196.

Segal, Z. V. & Vella, D. D. (1990). Self-schema in major depression: Replication and extension of a priming methodology. *Cognitive Therapy and Research*, 14, 161-176.

Seligman, M. E. P. (1975). *Helplessness: On depression, development and death*. San Francisco, CA: W.H. Freeman.

Shapiro, F. (1989a). Eye movement desensitization: a new treatment for post-traumatic stress disorder. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 20, 211-217.

---

Shapiro, F. (1989). Efficacy of the eye movement desensitization procedure in the treatment of traumatic memories. *Journal of Traumatic Stress*, 2, 199-223.

Shapiro, F. (1991). Eye movement desensitization and reprocessing procedure: From EMD to EMD/R, a new treatment model for anxiety and related traumata. *Behavior Therapist*, 14, 133-135.

Shapiro, F. (1993). Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) in 1992. *Journal of Traumatic Stress*, 6, 417-421.

Shapiro, F. (1994). Eye movement desensitization and reprocessing: A new treatment for anxiety and related trauma. En Lee Hyer (Ed.), *Trauma victim: Theoretical and practical suggestions* (pp. 501-521). Muncie, Indiana: Accelerated Development Publishers.

Shapiro, F. (1995). *Eye movement desensitization and reprocessing: Basic principles, protocols and procedures*. Nueva York: Guilford Press.

Shapiro, F. (2001). *Eye movement desensitization and reprocessing: Basic principles, protocols and procedures* (2ª. ed.). Nueva York: Guilford Press.

Shapiro, F. (2002). Paradigms, processing and personality development. En F. Shapiro (Ed.), *EMDR as an integrative psychotherapy approach: Experts of diverse orientations explore the paradigm prism*. Washington, DC: American

Psychological Association Books.

Shapiro, F. (2004). *Desensibilización y reprocesamiento por medio de movimiento ocular*. México: Editorial Pax.

Shapiro, F. (2005). *Manual de entrenamiento*. Pacific Grove, CA: Autor

Shapiro, F. & Forrest, M. (1997). *EMDR the breakthrough therapy for overcoming anxiety, stress and trauma*. Nueva York: Basic Books.

Shapiro, F. & Maxfield, L. (2002). EMDR: Information processing in the treatment of trauma. *Journal of Clinical Psychology, 58*, 933-946.

Siegle, G. J. (1996). *Rumination on affect: Cause for negative attention biases in depression*. Tesis de maestría no publicada, Department of Psychology, San Diego State University.

Siegle, G. J. (1998). *A neural network model of affective interference in depression*. International Workshop on Neural Network Models of Cognitive and Brain Disorders, College Park, MD.

Siegle, G. J. (1999). *Cognitive and Physiological aspects of attention to personally relevant negative information in depression*. Tesis doctoral no publicada, Department of Psychology, San Diego State University.

Siegle, G. J. (2001). A neural network model of attentional biases in depression. En: J. Reggia, & E. Ruppin (Eds.), *Disorders of brain, behavior, and cognition: The neurocomputational perspective* (pp. 415-441). Amsterdam: Elsevier.

Siegel, D. J. (2002). The developing mind and the resolution of trauma: Some ideas about information processing and an interpersonal neurobiology of psychotherapy. En F. Shapiro (Ed.), *EMDR as an integrative treatment*

*approach: Experts of diverse orientations explore the paradigm prism.*

Washington, DC: American Psychological Association Books.

Singer, J. L. & Salovey, P. (1991). Organized knowledge structures and personality. En M. J. Horowitz (Ed.), *Person schemas and maladaptive interpersonal patterns* (pp. 33–79). Chicago: University of Chicago Press.

Solso, R. L. (1988). *Cognitive psychology* (5<sup>a</sup>. ed.). Boston: Allyn and Bacon.

Spector, J. & Read, J. (1999). The current status of eye movement desensitization and reprocessing (EMDR). *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 6, 165-174.

Stickgold, R. (2002). EMDR: A putative neurobiological mechanism of action.

*Journal of Clinical Psychology*, 58, 61-75.

Strongman, K. T. (2003). *The psychology of emotion* (5<sup>a</sup>. ed.). Londres: Wiley

Teasdale, J. D. (2000). Multi level theories of cognition-emotion relations. En: T. Dalgleish & M. Power, *Handbook of cognition and emotion*. Nueva York: Wiley.

Teasdale, J. D. & Barnard, P. J. (1993). *Affect, cognition and change: Remodelling depressive thought*. Hove: Lawrence Erlbaum Associates.

Van der Kolk, B. A. (2002). Beyond the talking cure: Somatic experience and subcortical imprints in the treatment of trauma. En F. Shapiro (Ed.), *EMDR as an integrative treatment approach: Experts of diverse orientations explore the paradigm prism*. Washington, DC: American Psychological Association Books.

Van Etten, M. L. & Taylor, S. (1998). Comparative efficacy of treatments for posttraumatic stress disorder: A meta-analysis. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 5, 126-144.

Wells, A. & Mathews, G. (1994). *Attention and emotion: A clinical perspective*.

Hove: Erlbaum

Wells, A. & Matthews, G. (1996). Modelling cognition in emotional disorder: The S-REF model. *Behaviour Research and Therapy*, 32, 867-870.

Williams, J. M. G., Watts, F. N., MacLeod, C. & Mathews, A. (1997). *Cognitive psychology and emotional disorders* (2ª. ed.). Chichester, Inglaterra: Wiley.

Wilson, S., Becker, L. & Tinker, R. (1997). Fifteen month follow-up of EMDR treatment for posttraumatic stress disorder and psychological trauma. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65(6), 1047-1056.

