

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:

CRITERIOS PARA EL DIAGNÓSTICO DE TRASTORNO DEPRESIVO MAYOR	
EPISODIO ÚNICO	RECURRENTE
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.

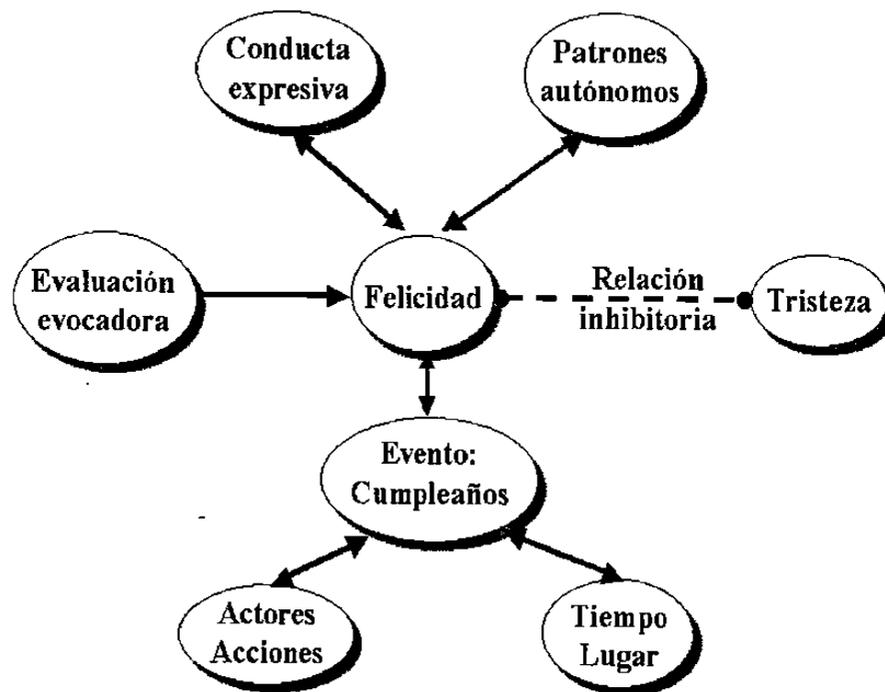


Figura 1.1. Modelo reticular conceptual de emociones (Bower, 1981), donde un nodo emocional (felicidad) puede inhibir otro (tristeza), al mismo tiempo que activa aquéllos que generan ciertos patrones fisiológicos o conductuales.

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.

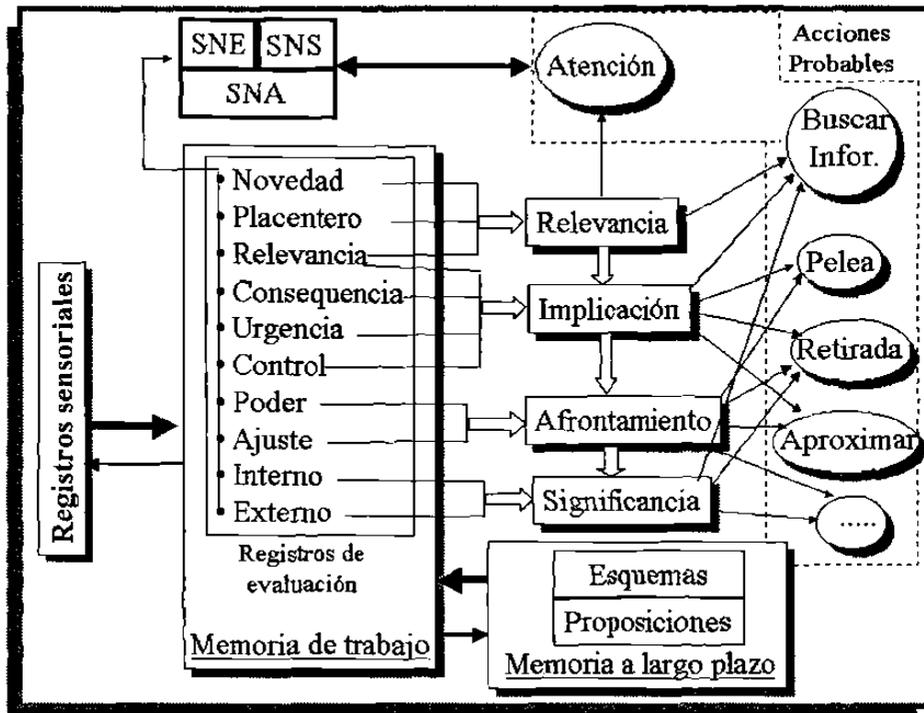


Figura 1.2. Una hipotética arquitectura cognitiva de los procesos que subyacen a la evaluación de un evento emocional según el Modelo de Scherer (1987, 2001), donde SNE significa Sistema Neuro Endocrino; SNS, Sistema Nervioso Somático; y SNA, Sistema Nervioso Autónomo.

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, Arnou, 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 (Dalgleish et al., 1997; MacLeod, 1997; Power & Dalgleish, 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.

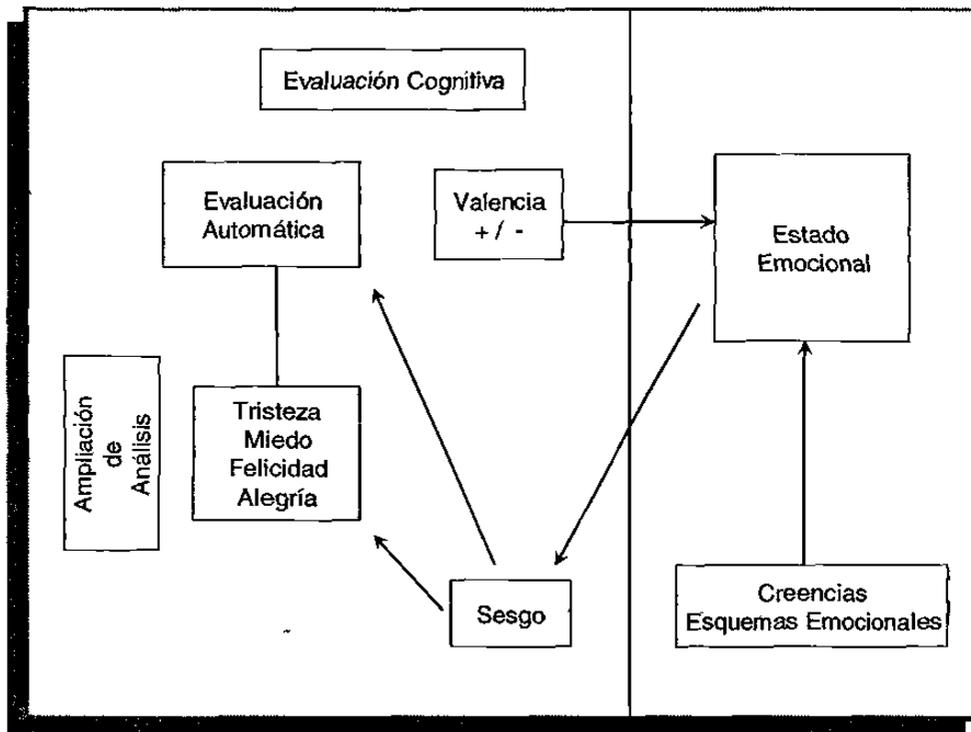


Figura 1.3. Modelo de Hudlicka (2004) que muestra los dos sistemas de procesamiento cognitivo emocional.

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, Shira & 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.

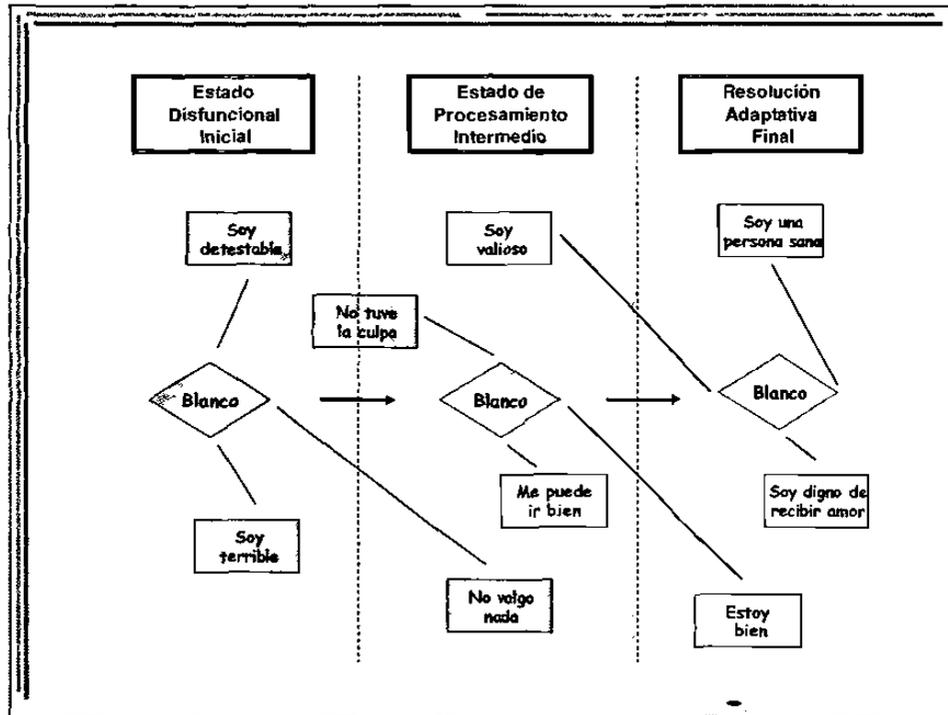


Figura 1.4. Reacomodación de las experiencias negativas en la memoria, trasmutándose en experiencias adaptativas cuando surgen las creencias positivas (Shapiro, 2004).

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?

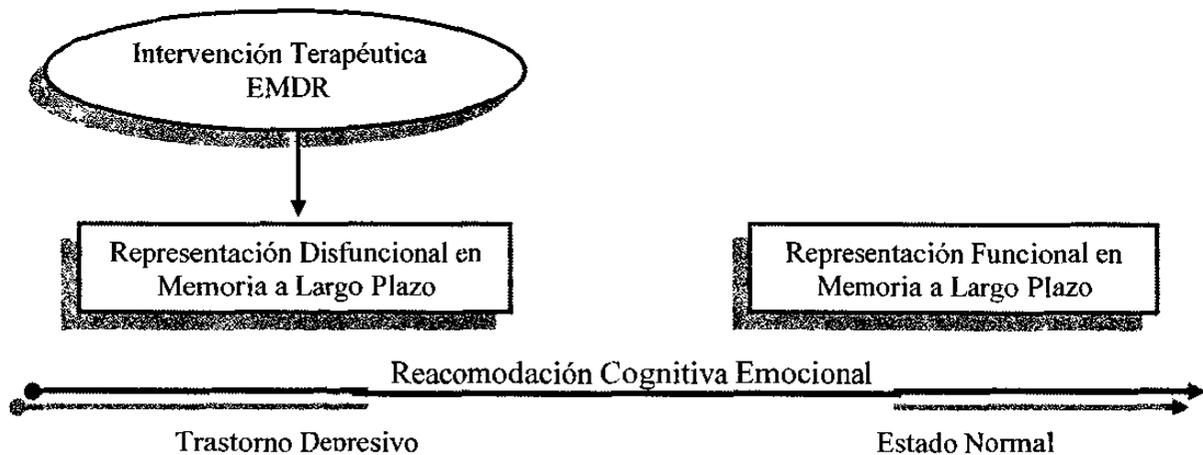


Figura 1.5. Representación gráfica del planteamiento hecho en la primera pregunta de investigación, que señala la aproximación psicoterapéutica EMDR como el elemento principal para la reacomodación cognitiva emocional de la representación disfuncional en los sujetos con depresión.

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 consciente 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.

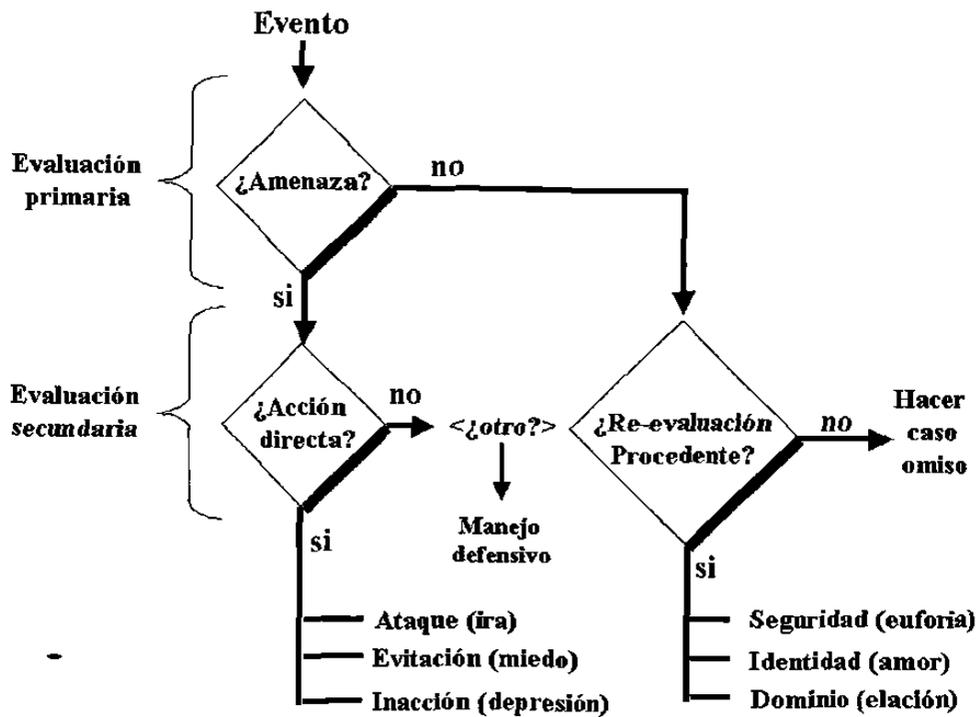


Figura 2.1. Modelo cognitivo de procesamiento de información emocional propuesto por Lazarus (1966, 1968, 2001).

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.

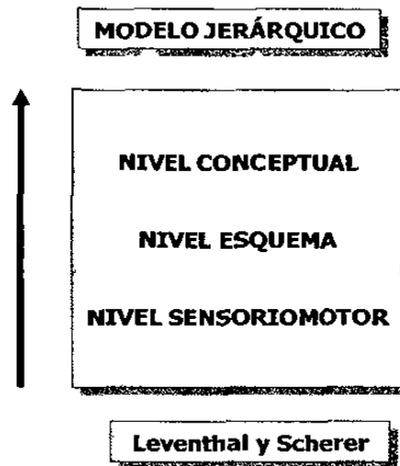


Figura 2.2. Modelo multiniveles de Leventhal y Scherer (1987), en el que se observa que participan tres niveles de procesamiento (sensoriomotor, esquemático y conceptual) en la activación de una emoción.

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.

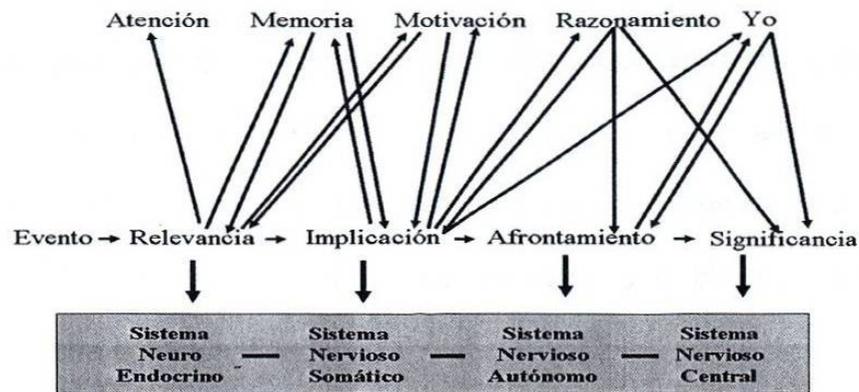


Figura 2.3. El modelo de procesamiento emocional multiniveles de Scherer (2001) señala los diferentes niveles de análisis que pueden ser usados en la evaluación secuencial de la información emocional.

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 atencivos 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.

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.

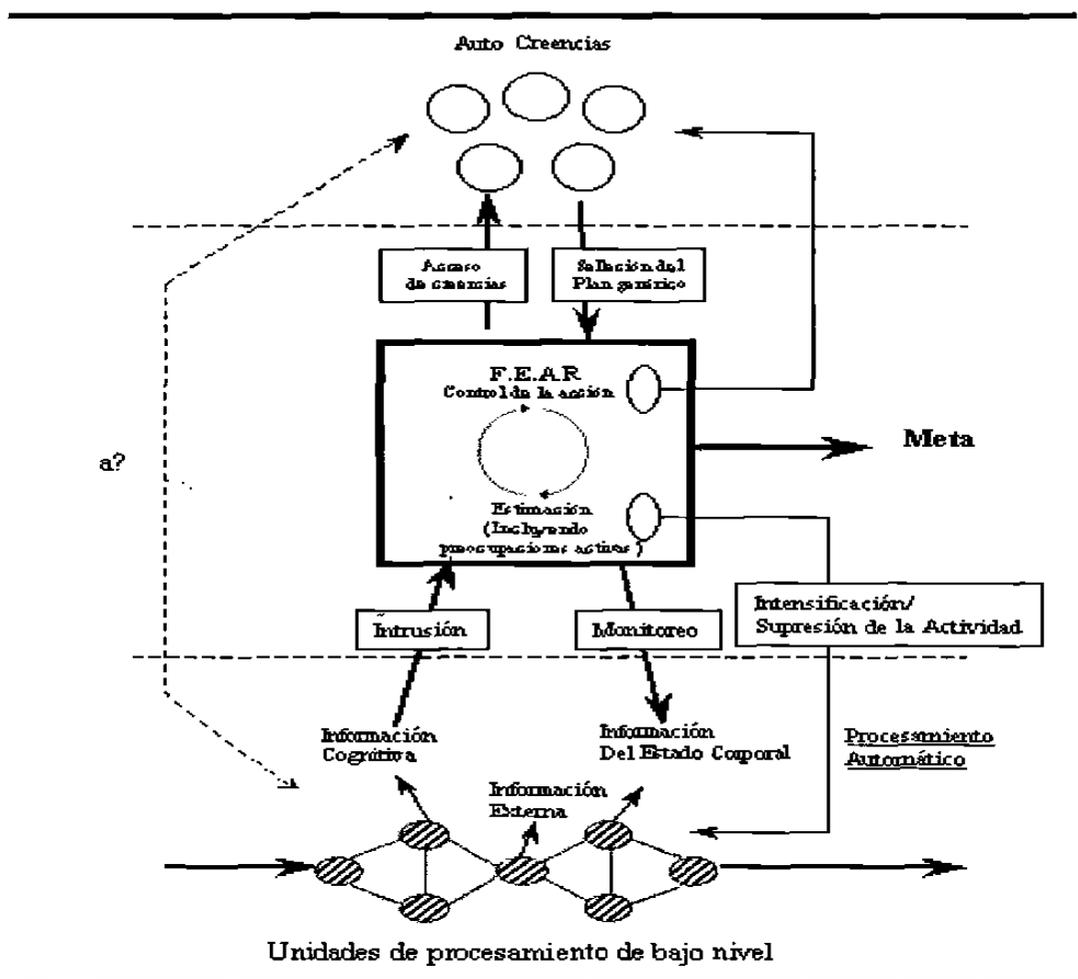


Figura 2.4. Modelo S-REF de influencia estratégica sobre el procesamiento de información negativa (Mathews & Wells, 2004).

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.

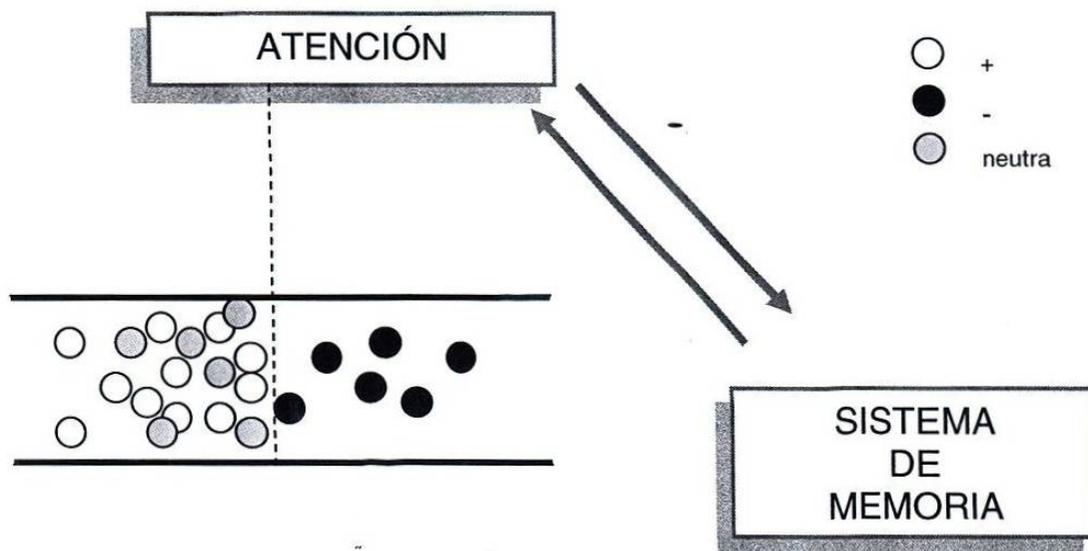


Figura 2.5. Ilustra un ciclo de procesamiento de información en donde solo la información negativa es filtrada y almacenada, de tal forma que a la larga el sistema de memoria se vuelve contenedor de negatividad y reorienta la atención para reforzar la selección de ese mismo tipo de información. Los individuos 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 PREDICCIONES DE UNA TEORÍA RETICULAR CONCEPTUAL DEPRESOGÉNICA

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.

FELICIDAD	AMOR	TRISTEZA	ENOJO
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 (Niedenthall & 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.

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.

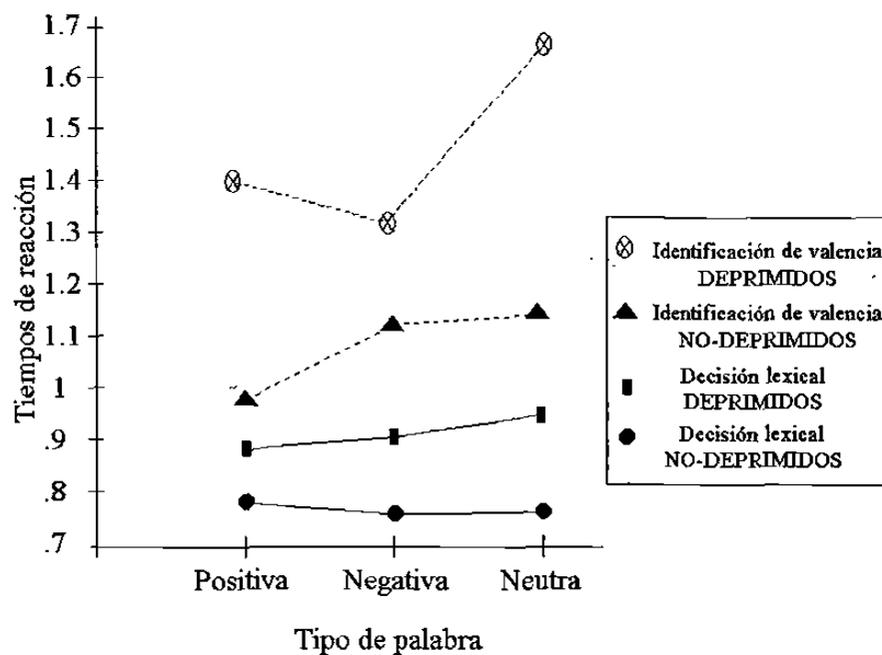


Figura 2.6. Resultados obtenidos por Siegle (2001) en 24 participantes depresivos y 24 no depresivos en los estudios de identificación de valencia emocional y de decisión lexical que incluyeron palabras emocionales.

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.

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.

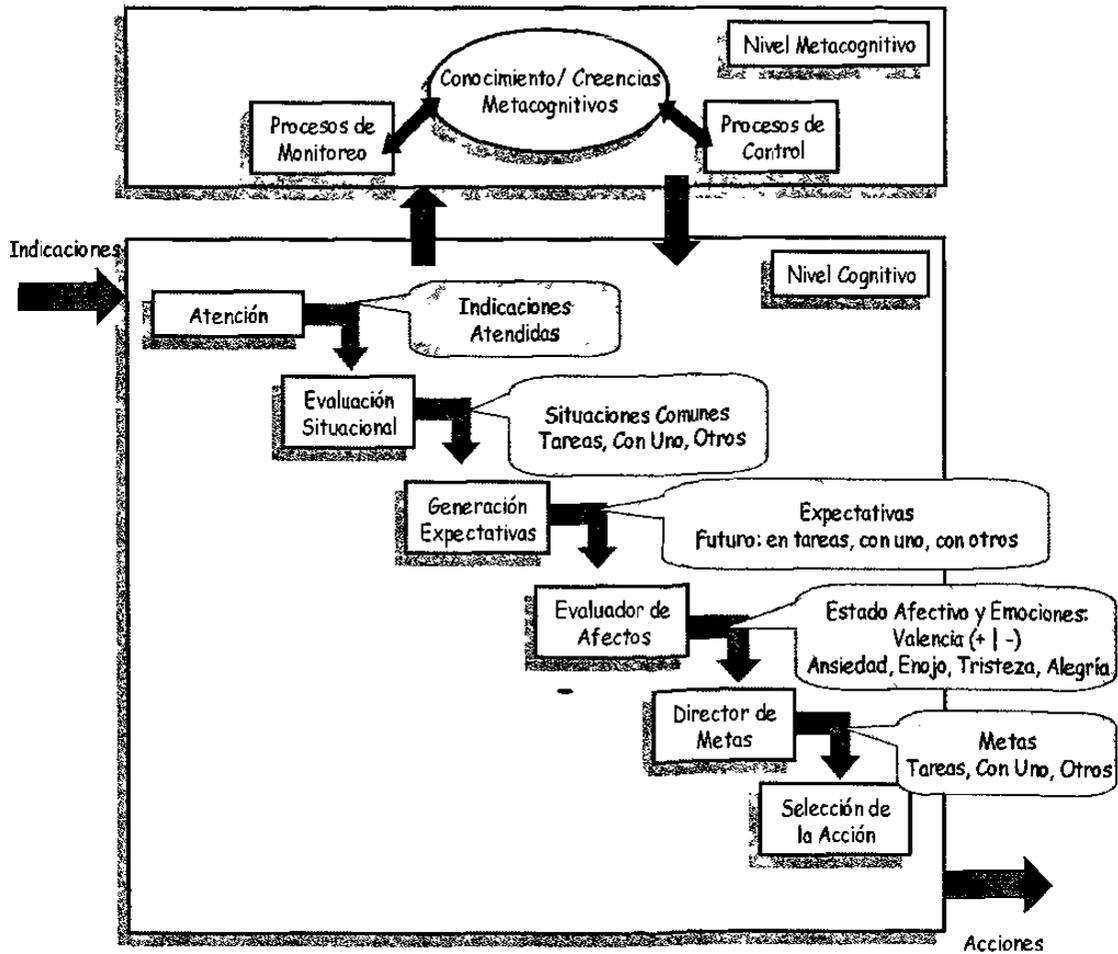


Figura 2.7. De acuerdo a Hudlicka (2004), el procesamiento emocional se da por niveles para el logro de metas, pero puede ser afectado por comportamiento metacognitivo, aún en el nivel de evaluación de afectos donde se asume que se pueden modificar los registros de memoria a corto plazo (relevancia, 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

metacognición 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).

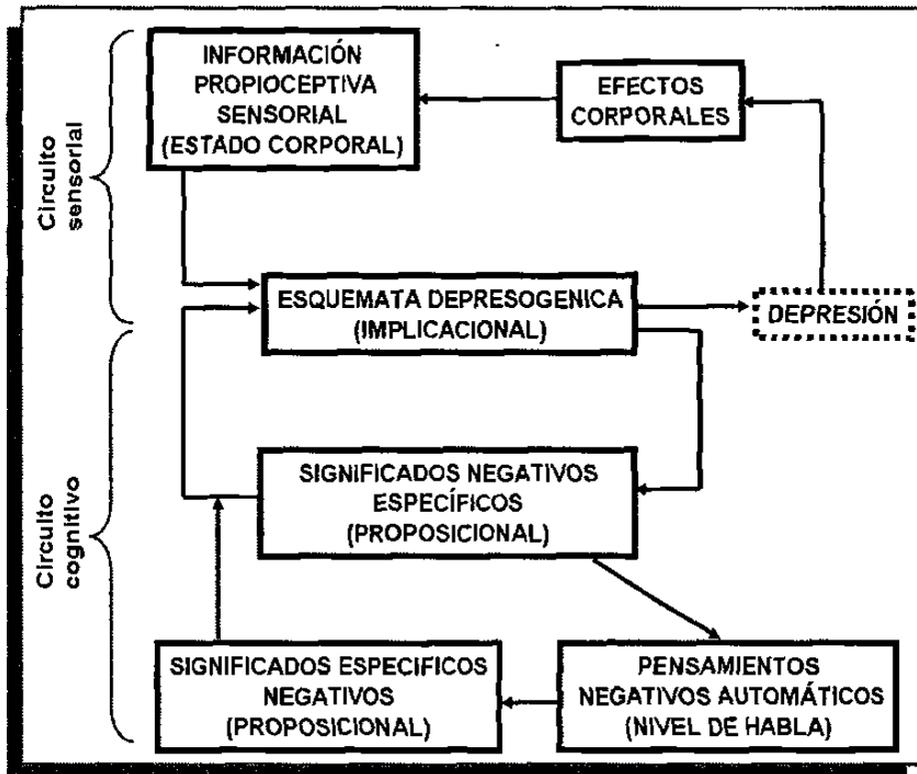


Figura 2.8. La figura describe el análisis llevado a cabo en el modelo ICS (Barnard & Teasdale, 1991), donde se observa lo siguiente: a) existen dos niveles de procesamiento de significado, uno proposicional y racional, y otro de implicación, con participación de significados emocionales y vivenciales 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.

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.

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, apunta a 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.

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, Rusnhak, 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.

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.

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.

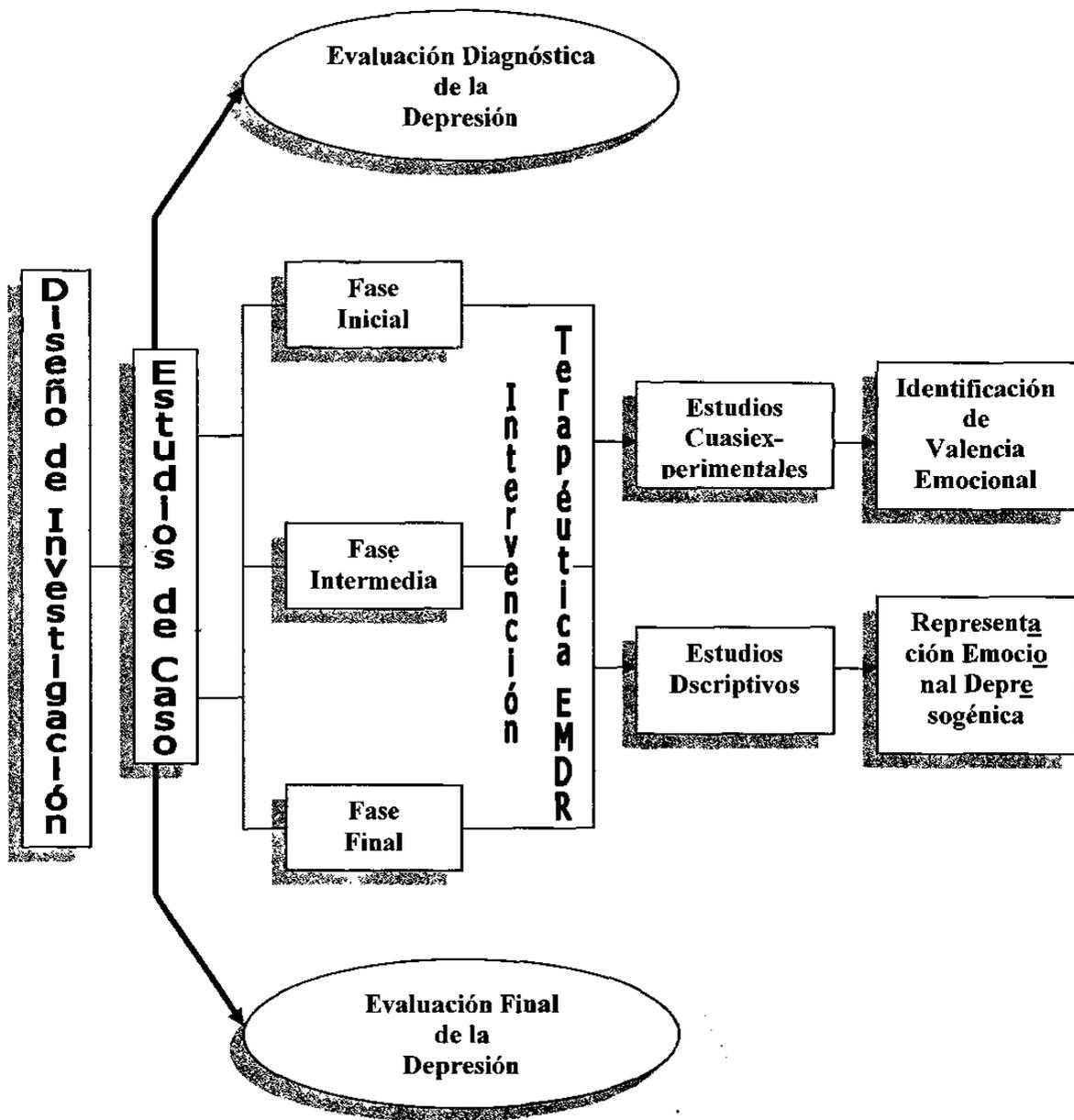


Figura 3.1. Representación gráfica del diseño de investigación.

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 (sobretudo 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.

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.

Palabras Negativas Autobiográficas			
Par	Sujeto 1	Sujeto 2	Sujeto 3
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 similitud de la organización y la estructuración de la información depresogénica en los tres tiempos considerados en la terapia, es decir: a) los índices de similitud 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).

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.



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.

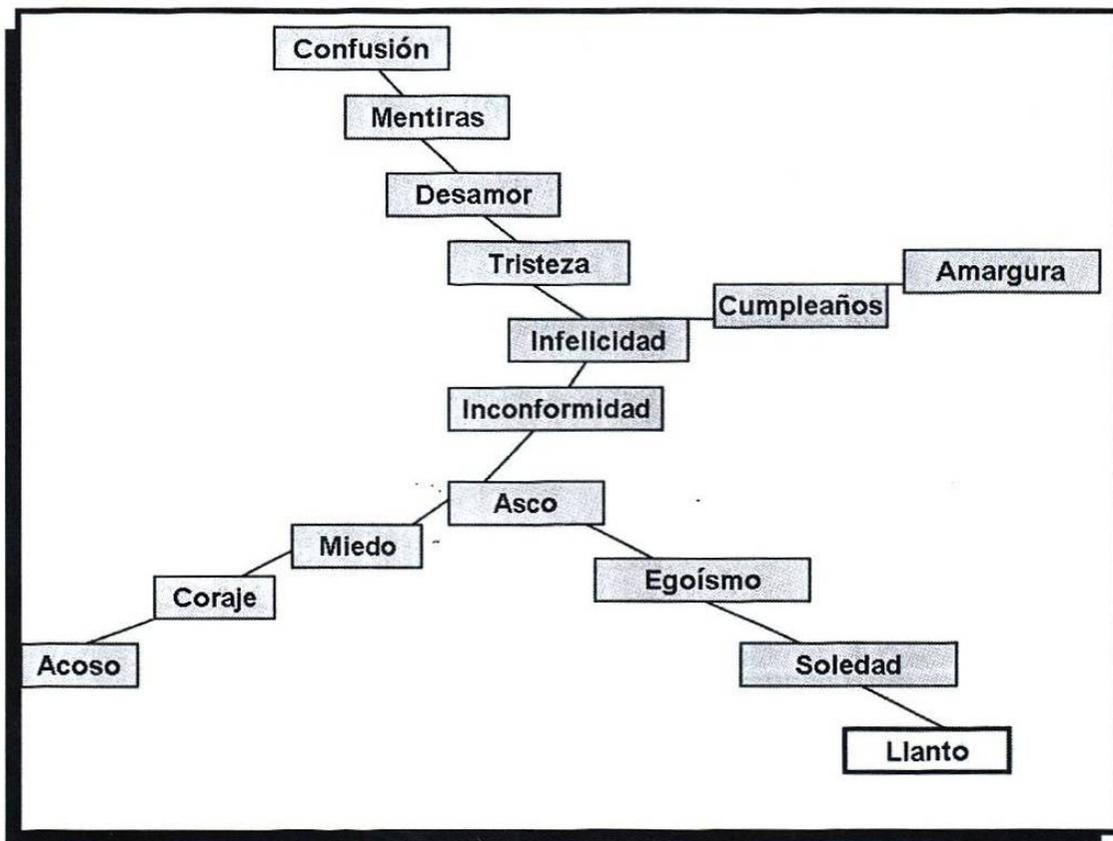


Figura 3.4. Pantalla KNOT que muestra el análisis resultante de la aplicación de la técnica Pathfinder a la matriz de similitud conceptual depresogénica obtenida del programa KU-mapper.

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.

III.3.2.1 INSTRUMENTOS Y MATERIALES

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.
- *Videocassetes* de 8 mm de 120 minutos para grabar las sesiones de terapia.
- 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.