

CAPÍTULO IV

RESULTADOS

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

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

Para llevar a cabo el análisis estadístico de la información obtenida en estos estudios, considerando que no hubiera habido un error mayor del 20%, en las palabras positivas y neutras únicamente se tuvieron en cuenta los aciertos en la tarea experimental. Este criterio no fue aplicado con las palabras o estímulos negativos, porque cuando se trata de esta valencia la patología estudiada puede ser un inducitor de margen de error. Los datos obtenidos fueron sometidos a un ANOVA (3 x 4) de medidas repetidas, donde el primer factor (terapia) estuvo constituido de tres fases (inicial, intermedia y final); y el segundo factor (segunda palabra de cada par), de cuatro condiciones experimentales (neutras, positivas, negativas autobiográficas y negativas no-autobiográficas).

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

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

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

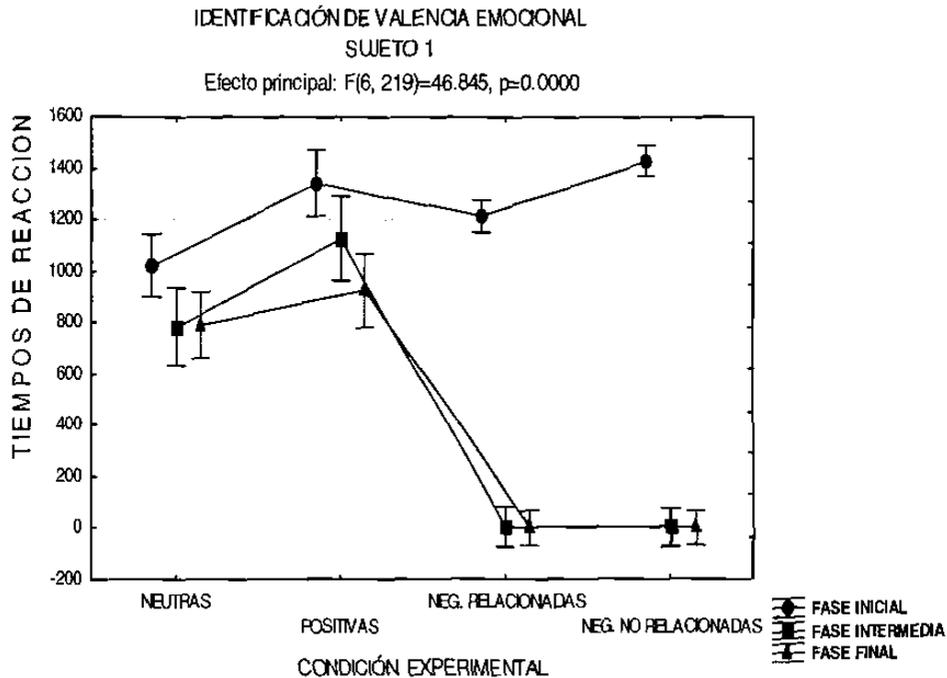


Figura 4.1. Se observa en este comparativo que la terapia con la aproximación EMDR impactó a la paciente generando un filtro con el que omitió el reconocimiento de las palabras negativas, y modificando también el reconocimiento tanto de la información positiva como de la neutra.

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

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

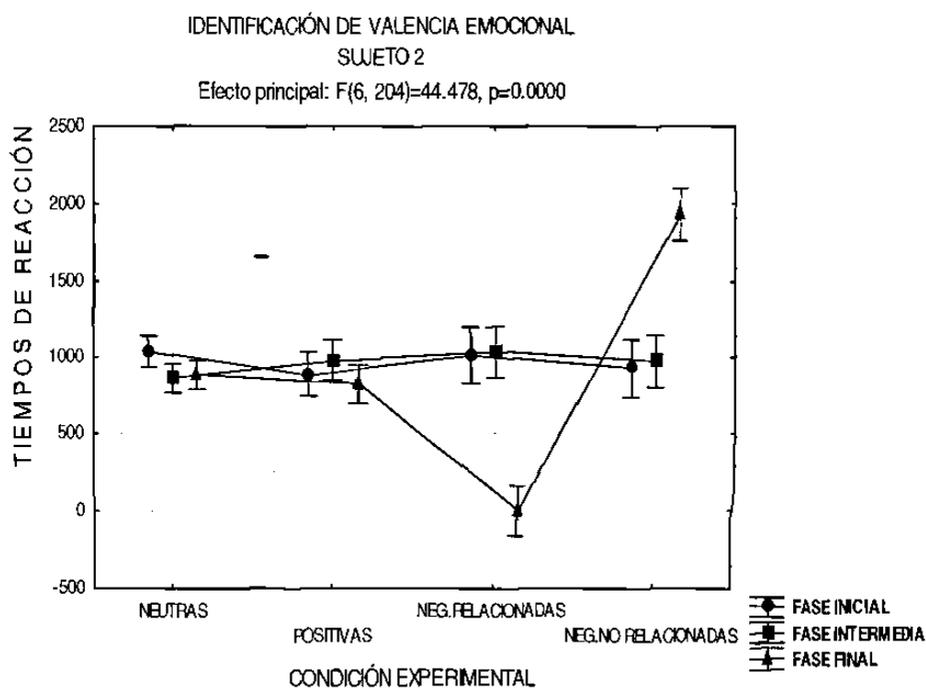


Figura 4.2. Los datos muestran como la terapia EMDR impactó a esta paciente con un filtro cognitivo hacia la información negativa autobiográfica, y también incrementando la tendencia a facilitar el reconocimiento de estímulos con valencia positiva.

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

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

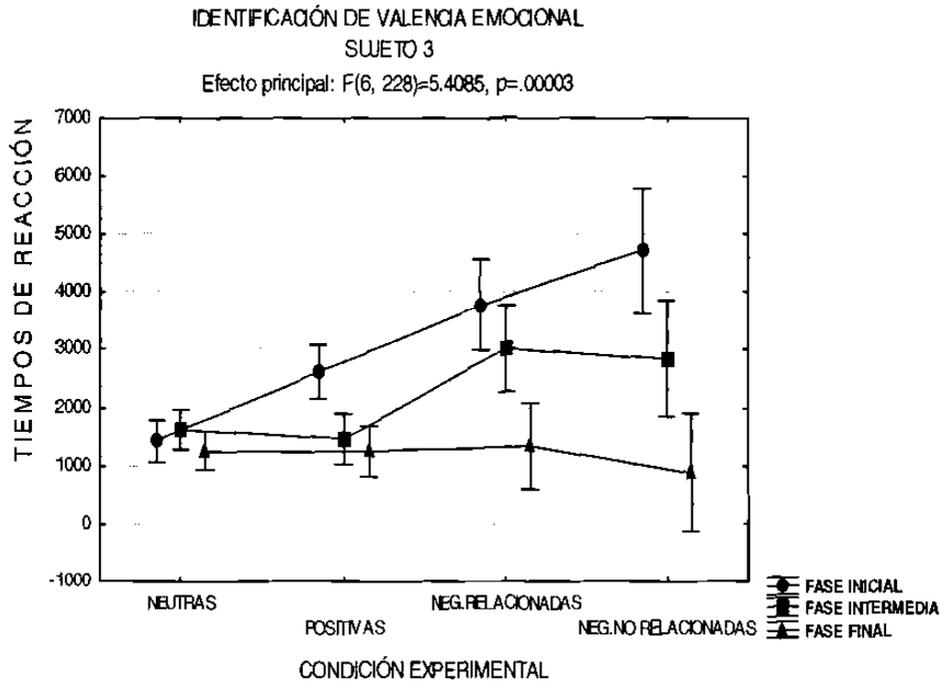


Figura 4.3. Ilustra los recursos cognitivos que el sujeto 3 invirtió en el reconocimiento de información negativa en los tres momentos en que se realizaron los estudios de identificación de valencia emocional. En la fase final se aprecia la desaparición de la rumiación y el incremento en la tendencia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

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

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

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

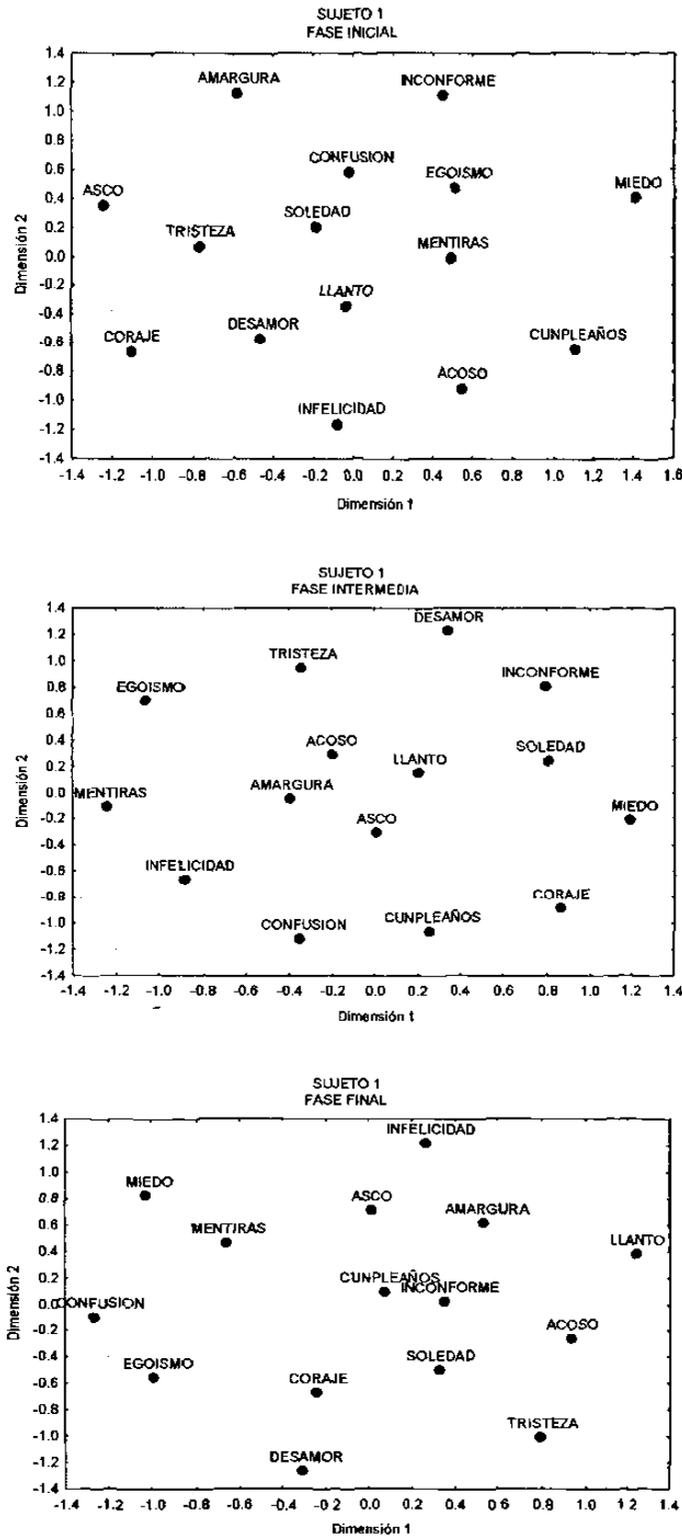


Figura 4.4. Los tres momentos del análisis del escalamiento multidimensional de la información emocional negativa de la sujeto 1.

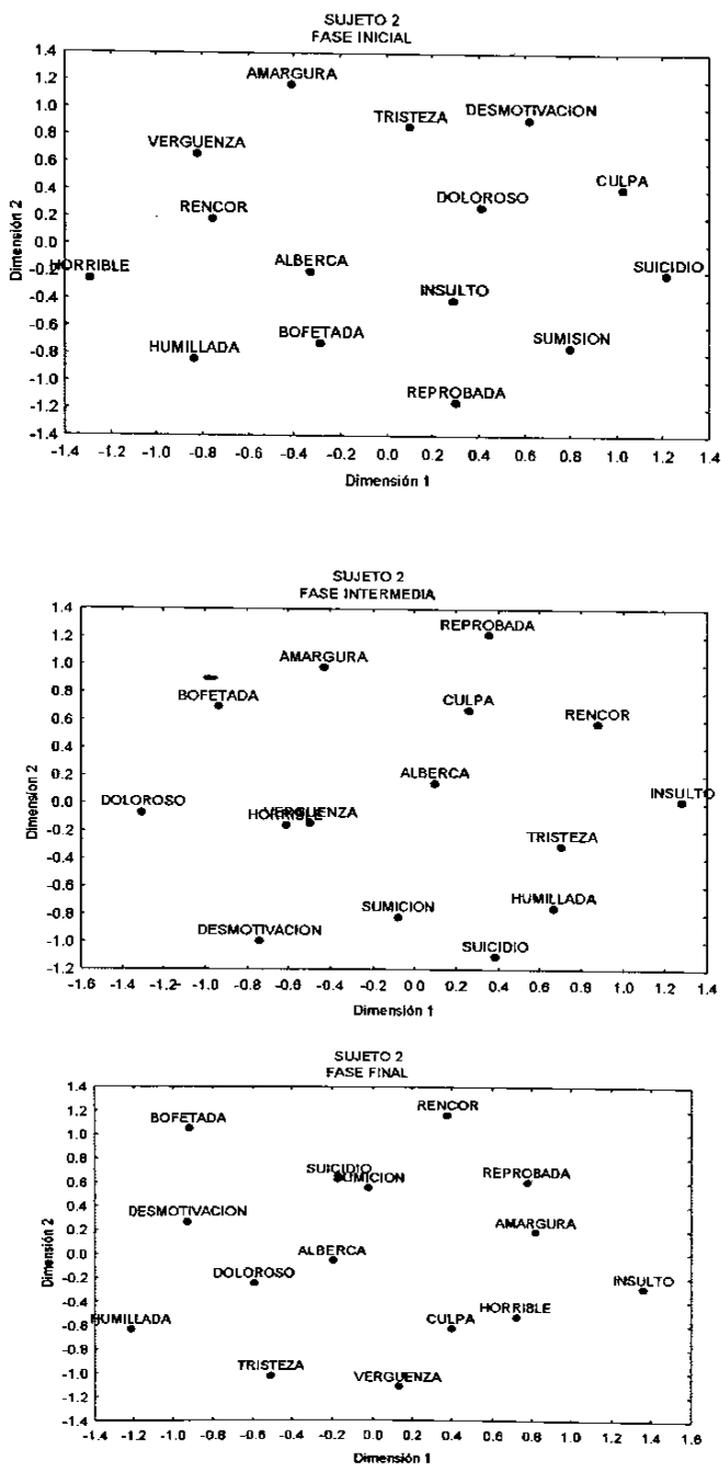


Figura 4.5. Los tres momentos del análisis del escalamiento multidimensional de la información emocional negativa de la sujeto 2.

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

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

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

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

Similitudes de pfnets:												
f11	f12	ln1	ln2	Cmn	E[C]	O-EC	Sim	E[S]	O-ES	PtPrb	TIPrb	Info
2	1	14	14	3	1.87	1.13	0.120	0.074	0.046	0.18776	0.27809	1.85
3	1	14	14	1	1.87	-0.87	0.037	0.074	-0.037	0.29256	0.88357	0.18
3	2	14	14	2	1.87	0.13	0.077	0.074	0.003	0.31293	0.59101	0.76

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

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

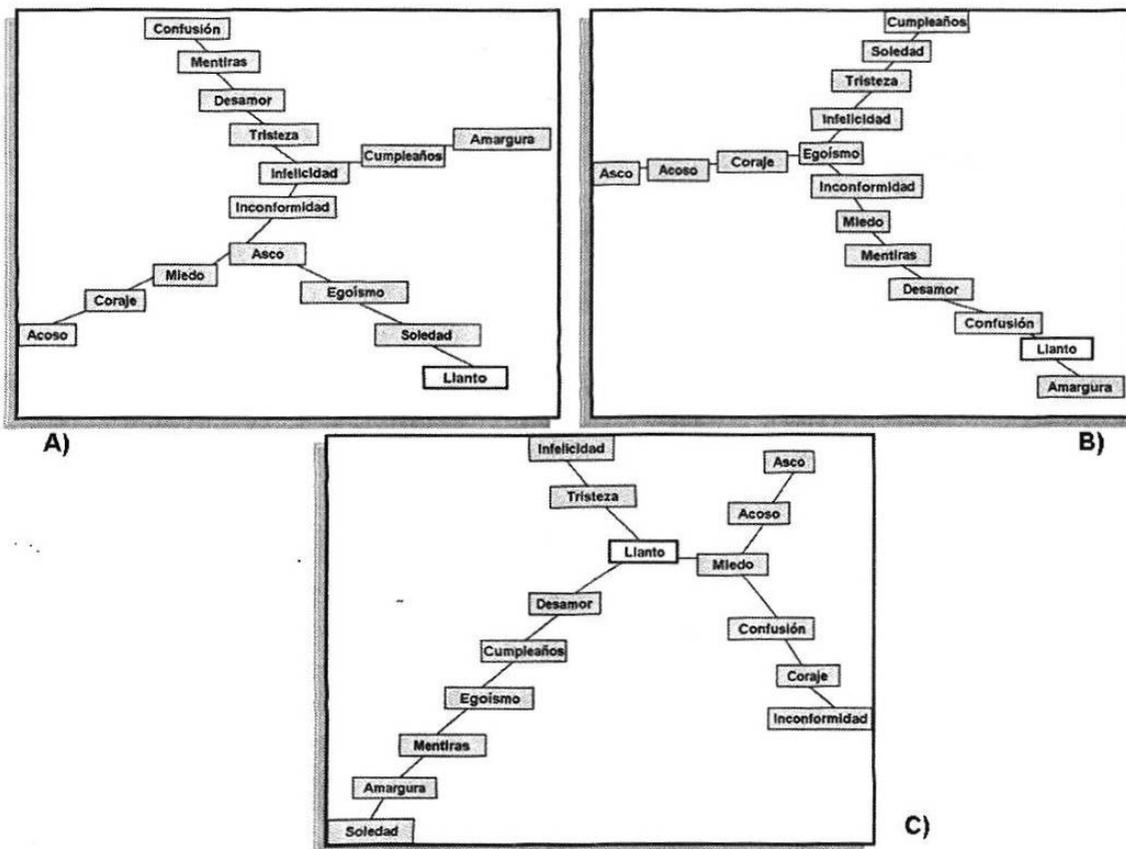


Figura 4.6. Se ilustran las organizaciones conceptuales KNOT en diferentes momentos de la terapia: al inicio (A), a la mitad (B) y al final (C). Nótese, como ejemplo, el cambio en el concepto llanto después de concluida la terapia.

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

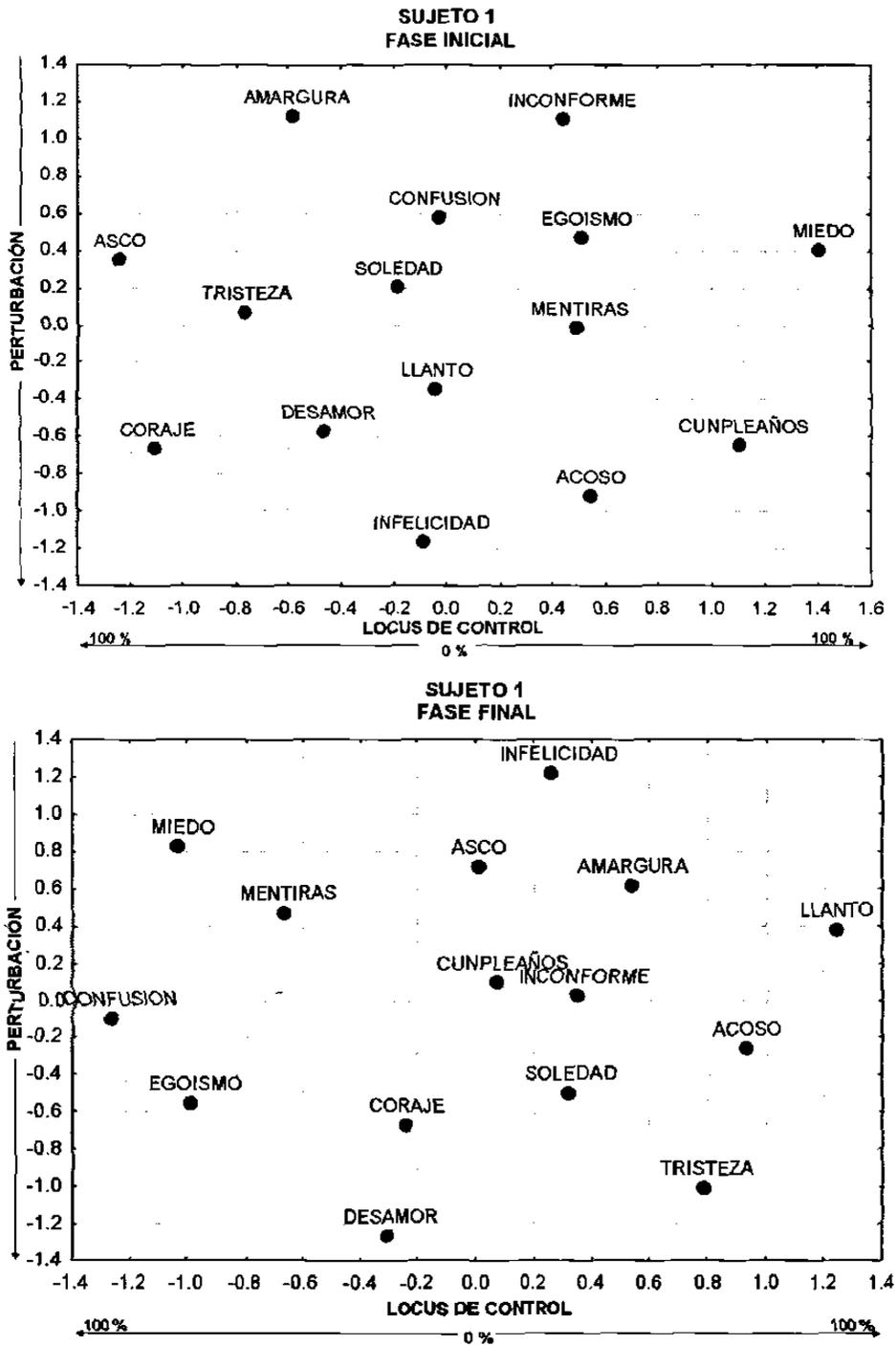


Figura 4.7. Interpretación de los cambios en la representación conceptual depresogénica de la sujeto 1, de acuerdo al locus de control, del cual el interno está hacia la izquierda y el externo hacia la derecha.

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

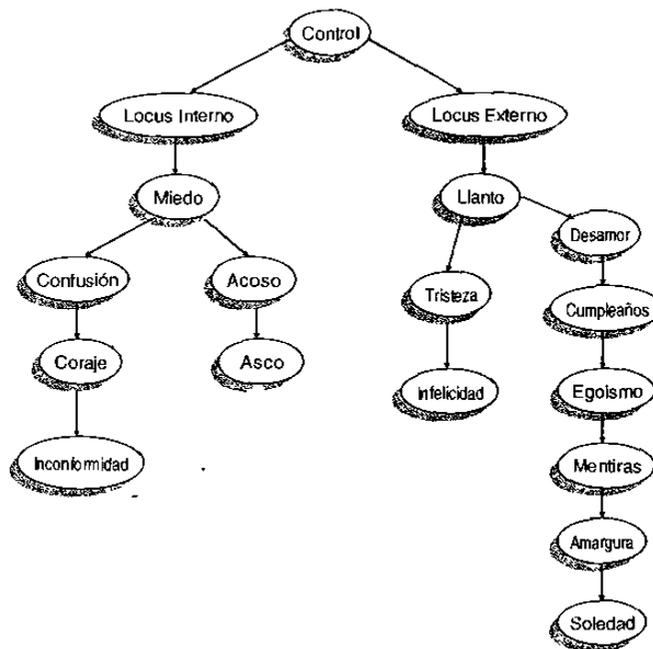


Figura 4.8. Descripción de la organización conceptual negativa de la sujeto 1 al terminar la terapia. Para formar el esquema se incluyó tanto información del análisis MDS como del análisis KNOT.

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

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

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

```

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

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

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

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

cycleno 50 goodness 4.7225 temperature 2.0000

```

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

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

```

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

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

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

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

cycleno 50  goodness 4.6103  temperature 2.0000

```

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

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

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

```

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

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

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

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

cycleno 50 goodness 4.7432 temperature 2.0000

```

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

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

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

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

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

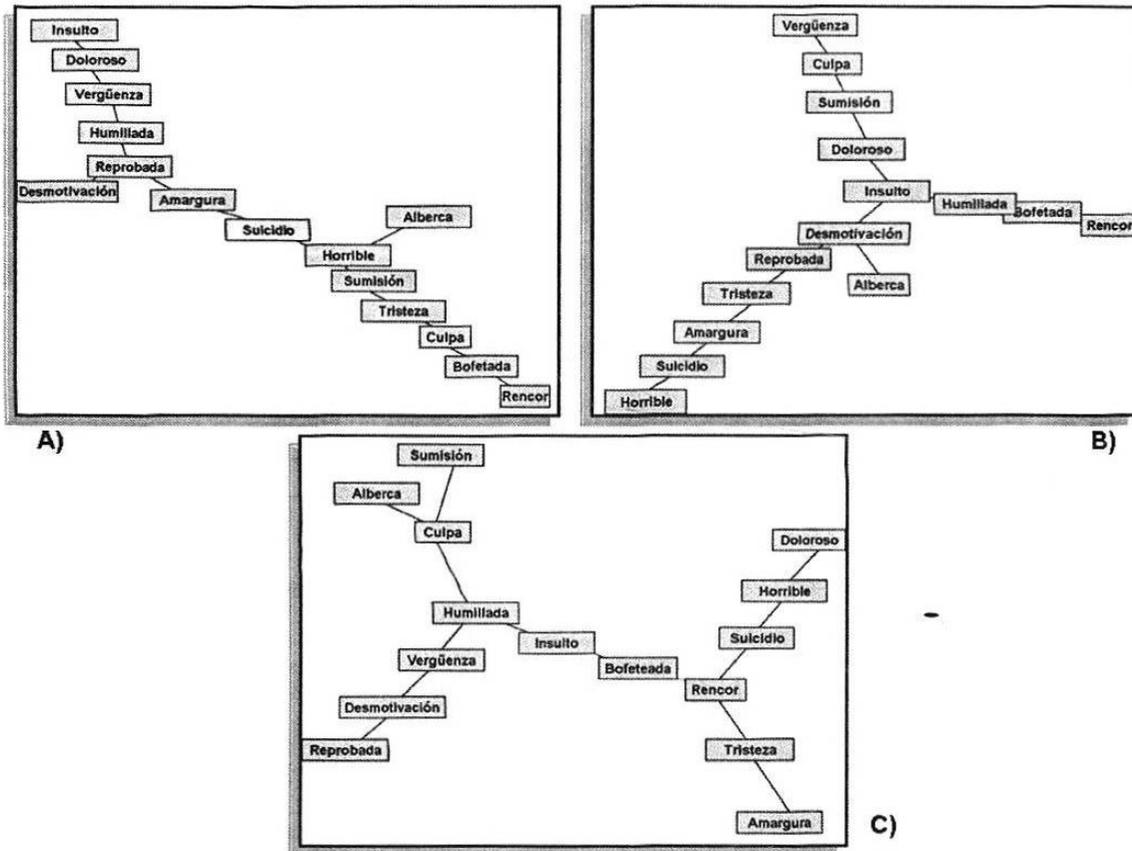


Figura 4.12. Muestra los cambios que tuvo la sujeto 2 en la acomodación conceptual depresogénica al inicio (A), a la mitad (B) y al final (C) del tratamiento psicoterapéutico.

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

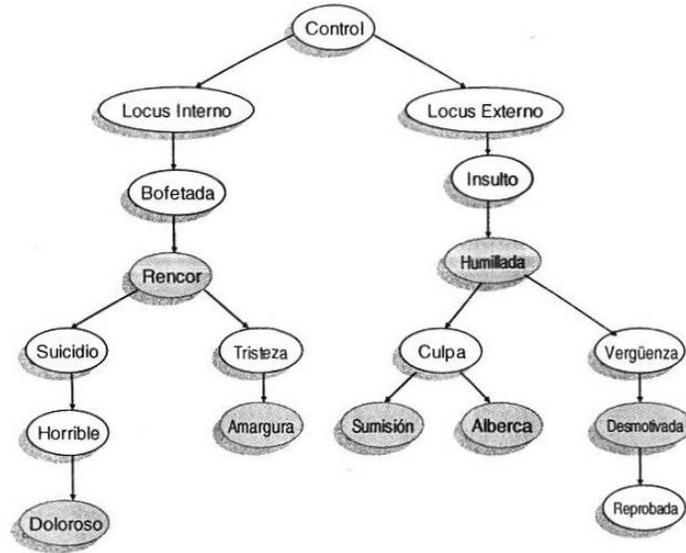


Figura 4.13. Descripción de la organización conceptual negativa al terminar la terapia para la sujeto 2. Para formar el esquema se incluyó tanto información del análisis MDS como del análisis KNOT.

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

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

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

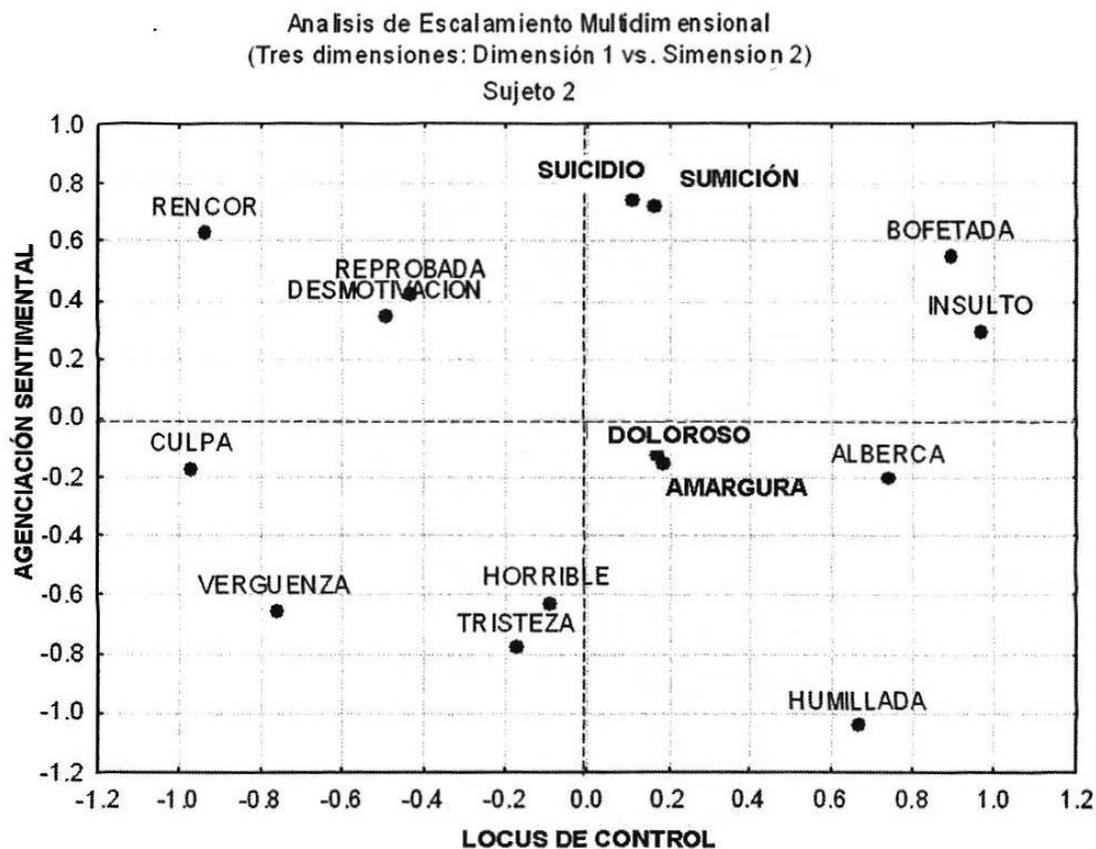


Figura 4.14. Se ilustra el espacio psicológico de la primera y de la segunda dimensión de la solución MDS respecto a la sujeto 2, cuyo esquema depresogénico resultó estar basado en una dimensionalidad más alta.

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

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

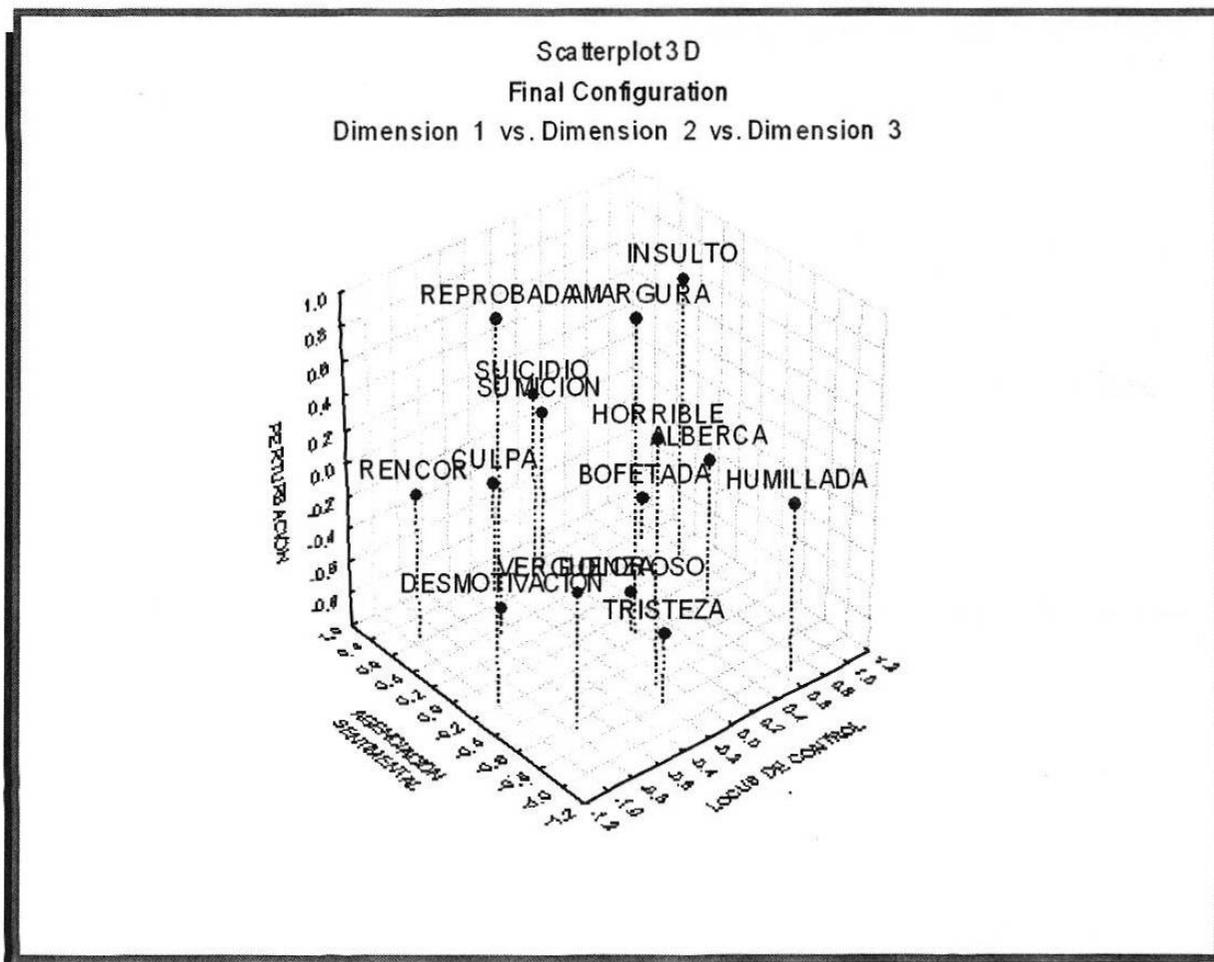


Figura 4.15. Ilustra la organización conceptual negativa de la sujeto 2 en tres dimensiones. Las emociones internas de la paciente (tristeza, culpa, vergüenza, rencor y desmotivación) tendieron hacia abajo en la dimensión de perturbación (eje vertical).

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

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

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

CAPÍTULO V

DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN

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

V.1 DISCUSIÓN

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

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

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

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

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

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

En particular llama la atención el cambio logrado en la sujeto 1, en la que las organizaciones conceptuales negativas autobiográficas fueron estadísticamente significativas en términos de índices de organización conceptual, en un análisis KNOT. Es notable también, dado que es inusual, el haber encontrado que el análisis MDS convergió a un estrés mínimo en dos dimensiones. Se asume que las representaciones reticulares son multidimensionales; esto quiere decir que la organización conceptual en un espacio psicológico se atribuye a una dimensionalidad más compleja o multifactorial (Johnson, Goldsmith & Teague, 1994; Goldsmith, Johnson, & Acton, 1991). Sin embargo, el hecho de que en la sujeto 1 el esquema depresogénico se haya distribuido en un espacio psicológico bidimensional, va de acuerdo con la idea de quienes afirman que los esquemas de su tipo no están altamente estructurados y tampoco son consistentes (Williams, Wats, MacLeod & Mathews, 1997), siendo posible que esa baja dimensionalidad sea precisamente la que los haga susceptibles a terapia.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

V.2 CONCLUSIÓN

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

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

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

Por lo tanto, los hallazgos de los estudios realizados dentro de este trabajo son una contribución relevante a esa laguna de conocimiento. Los resultados obtenidos indicaron las modificaciones diferenciales que hubo en la participación cognitiva de los sujetos, las cuales se manifestaron a nivel procesal en sus mecanismos de sesgo emocional, y a nivel representacional en sus esquemas disfuncionales en la memoria. Una implicación relevante de las observaciones realizadas en este estudio fue que, independientemente de la arquitectura emocional manifestada por los participantes, sucedieron cambios significativos en el procesamiento de la información a favor de la superación de la depresión. Se logró hacer una aportación de conocimiento innovador, que además dejó ver que la psicoterapia EMDR no solo impacta a nivel representacional los esquemas de memoria disfuncionales, como lo señala el modelo que la explica, sino que repercute también a nivel procesal. Lo aquí expuesto constituye una implicación teórica de relevancia, que llevada a la práctica se espera que permita al tratamiento, efectos más completos para lograr en los pacientes un monitoreo adecuado de los eventos de la vida en su proceso de adaptación.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

En relación con los efectos observados en la sujeto 1 y en el sujeta 3, existe un estudio de identificación de valencia emocional llevado a cabo en niños y niñas maltratados severamente, cuyas edades fluctuaban entre 9 y 13 años de edad (Hedlefs & López, 2005). En él se reporta que presentándoles a los participantes cuatro categorías de palabras: negativas relacionadas a la violencia, negativas en general, positivas y neutras, las mujeres obliteraron toda codificación de la información negativa, como la sujeto 1, mientras que los hombres la reconocían siguiendo el patrón que presentó el sujeto 3. Tal parecería entonces que hubo un efecto de género en el factor emocional, ya que inclusive se ha señalado en la literatura (Williams et al., 1997) que en el caso de los hombres, tanto las atribuciones causales de la depresión como la forma de afrontamiento, son diferentes a las de las mujeres. En este sentido, también habrá que considerar la posibilidad de continuar explorando esta línea de investigación, observando el fenómeno de la depresión en cuanto a los parámetros relacionados al procesamiento.

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

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

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

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

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

REFERENCIAS

- Abramson, L. Y., Metalsky, G. I. & Alloy L. B. (1989). Hopelessness depression: A theory based subtype of depression. *Psychological Review*, 96, 358-372.
- Abramson, L. Y., Seligman, M. E. P. & Teasdale, J. D. (1978). Learned helplessness in humans: Critique and reformulation. *Journal of Abnormal Psychology*, 87, 49-74.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4^a. ed.). Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association (2003). *DSM-IV-TR: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales texto revisado*. Washington, DC: Author.
- Antrobus J. S. (1973). Eye movements and non-visual cognitive tasks. En V. Zikmund, *The oculomotor system and brain functions* (pp. 354-368). London: Butterworths.
- Antrobus, J. S. & Singer, J. L. (1964). Eye movements accompanying daydreaming, visual imagery and thought suppression. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 69, 244-252.

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

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

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

Bargh, J. A. (1994). The four horsemen of automaticity: Awareness, intention, efficiency, and control in social cognition. En R. S. Wyer & T. K. Srull (Eds.), *Handbook of social cognition*, Vol. 1: Basic processes (pp. 1–39). Hillsdale, NJ: Erlbaum.

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

- Barnard, P. & Teasdale, J. D. (1991). Interacting cognitive subsystems: A systemic approach to cognitive-affective interactions and change. *Cognition and Emotion, 5*, 1-39.
- Beck, A. T. (1967). *Depression: causes and treatment*. Philadelphia : University of Pennsylvania Press.
- Beck, A. T. (1974). The development of depression: A cognitive model. En R. Friedman & M. Katz (Eds.), *Psychology of depression: Contemporary theory and research* (pp. 3-27). Washington, DC: Winston-Wiley.
- Beck, A. T. (1979). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. Nueva York: International Universities Press.
- Beck, A. T., Brown, G., Steer, R. A., Eidelson, J. I., & Riskind, J. H. (1987). Differentiating anxiety and depression: A test of the cognitive-content specificity hypothesis. *Journal of Abnormal Psychology, 96*, 179–183.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. E. & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. Nueva York: Guilford Press.
- Beck, A. T., Steer, R. A. & Brown, G. K. (1996). *Beck depression inventory, second edition: Manual*. EU: The Psychological Corporation.

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

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

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

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

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

Bower, G. H. & Forgas, J. P. (2000). Affect, memory and social cognition. En: E. Eich, J. F. Kihlstrom, G. H. Bower, J. P. Forgas & P. M. Niedenthal. *Cognition and emotion*. Nueva York: Oxford Press.

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

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

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

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

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

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

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

- Cooke, N. M., Schvaneveldt, R. W. & Durso, F. T. (1986). Recall and measures of memory organization. *Journal of Experimental Psychology: Learning, Memory and Cognition*, 12(4), 538-549.
- Dalgleish, T., Taghavi, R., Doost H. N., Moradi, A., Yule, W. & Canterbury, R. (1997). Information processing in clinically depressed and anxious children. *Journal of Child Psychology, Psychiatry*, 38(5), 535-541.
- De Houwer, J., Baeyens, F. & Eelen, P. (1994). Verbal evaluative conditioning with undetected US presentations. *Behaviour Research and Therapy*, 32(6), 629-633.
- Edmond, T., Rubin, A. & Wambach, K. G. (1999). The effectiveness of EMDR with adult female survivors of childhood sexual abuse. *Social Work Research*, 23, 103-116.
- Fazio, R. H. (1995). Attitudes as object-evaluation associations: Determinants, consequences and correlates of attitude accessibility. En R. E. Petty & J. A. Krosnick (Eds.), *Attitude strength: Antecedents and consequences* (pp. 247-282). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Fazio, R. H. (1997). *Processes by which attitudes guide behavior: Implications for prejudice*. Department of Speech and Hearing Sciences, Indiana University.

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

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

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

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

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

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

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

- Goleman, D. (1995). *Emotional Intelligence*. Nueva York: Bantam.
- Gotlib, I. H. & Abramson, L. Y. (1999). Attributional theories of emotion. En: T. Dalglish & M. Power (Eds.), *Handbook of cognition and emotion*. Londres: Wiley.
- Greenberg, L. S. & Paivio, S. C. (1997). *Trabajar con las emociones en psicoterapia*. México: Paidós.
- Greenberger, D. & Padesky, Ch. (1998). *El control de tu estado de ánimo: Manual de tratamiento de terapia cognitiva para usuarios*. Barcelona: Paidós.
- Greenwald, A. & Abrams, R. (2002). *Visual masking reveals two qualitatively different levels of unconscious cognition*. Trabajo presentado en la 43rd Annual Meeting of the Psychonomic Society, Noviembre, Kansas, KS.
- Greenwald, A. G., Klinger, M. R. & Schuh, E. (1995). Activation by marginally perceptible ("subliminal") stimuli: Dissociation of unconscious from conscious cognition. *Journal of Experimental Psychology: General*, 124, 22–42.
- Hedlef, M. I. & López, E. O. (2005). *Mecanismos cognitivos de evaluación emocional en niños que han sufrido maltrato*. Trabajo presentado en el

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- Matthews, G. & Wells, A. (2004). Rumination, depression and metacognition: The S-REF model. En: C. Papageorgiou & A. Wells. *Depressive rumination: Nature, theory and treatment*. Londres: Wiley.
- Maxfield, L. & Hyer, L. A. (2002). The relationship between efficacy and methodology in studies investigating EMDR treatment of PTSD. *Journal of Clinical Psychology, 58*, 23-41.
- Medina-Mora, M.E., Borges, G., Lara, C., Benjet, C., Blanco, J., Fleiz, C. et al. (2003). Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: Resultados de la encuesta nacional de epidemiología psiquiátrica en México. *Salud Mental, 26*, 1-16.
- Medina-Mora, M.E., Borges, G., Lara, C., Benjet, C., Blanco, J., Fleiz, C. et al. (2005). Prevalence, service use, and demographic correlates of 12-month DSM-IV psychiatric disorders in Mexico: Results from the mexican national comorbidity survey. *Psychological Medicine, 35*(12), 1773-1784.
- Mog, K. & Bradley, B. P. (2000). Selective attention and anxiety: A cognitive-motivational perspective. En: T. Dalgleish & M. Power. *Handbook of cognition and emotion*. Nueva York: Wiley.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Rumelhart, D. E., & Norman, D. A. (1985). Representation of knowledge. En: A. M. Aitkenhead & J. M. Slack (Eds.), *Issues in cognitive modeling* (pp. 15-62). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.

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

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

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

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

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

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

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

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

- Schvaneveldt, R. W., Dearholt, D. W. & Durso, F. T. (1988). Graph theoretic foundations of Pathfinder networks. *Comput. Math. Applic.*, 15(4), 337-345.
- Schvaneveldt, R. W. & Durso, F. T. (1981). *General semantic networks*. Trabajo presentado en la Annual Meeting of the Psychonomic Society, Philadelphia.
- Schvaneveldt, R. W., Durso, F. T. & Dearholt, D. W. (1989). Network structures in proximity data. *The Psychology of Learning and Motivation*, 24, 249-284.
- Schvaneveldt, R. W., Durso, F. T., Golsmith, T. E., Breen, T. J. & Cooke, N. M. (1985). Measuring the structure of expertise. *International Journal of Man-Machine Studies*, 23, 699-728.
- Segal, Z. V. & Gemar, M. (1997). Changes in cognitive organization for negative self-referent material following cognitive behaviour therapy for depression: A primed stroop study. *Cognition and Emotion*, 11, 501-516.
- Segal, Z. V., Gemar, M., Truchon, C., Guirguis, M. & Horowitz, L. M. (1995). A priming methodology for studying self-representation in major depressive disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 104, 205-213.
- Segal, Z. V., Hood, J. E., Shaw, B. F. & Higgins, E. T. (1988). A structural analysis of the self-schema construct in major depression. *Cognitive Therapy and Research*, 12, 471-485.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

approach: Experts of diverse orientations explore the paradigm prism.

Washington, DC: American Psychological Association Books.

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

Solso, R. L. (1988). *Cognitive psychology* (5^a. ed.). Boston: Allyn and Bacon.

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

Stickgold, R. (2002). EMDR: A putative neurobiological mechanism of action. *Journal of Clinical Psychology*, 58, 61-75.

Strongman, K. T. (2003). *The psychology of emotion* (5^a. ed.). Londres: Wiley

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

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

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

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

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

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

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

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

