



Proceso de re-consolidación terapéutica: Análisis de dos casos de psicoterapia tratados con modelos de psicoterapia distintos

MEMORIA PARA OPTAR AL TÍTULO DE PSICÓLOGO

Autor:

Pablo Mena Alamos

Profesor Patrocinante:

Pablo Herrera Salinas

Santiago de Chile, Septiembre 2022

Resumen

Históricamente, el campo de la investigación en psicoterapia ha tenido dificultades para identificar mecanismos de cambio terapéutico y cambio transformacional. Se ha propuesto a el Proceso de Re-consolidación Terapéutica (PRT) como una metodología que podría facilitar tanto el cambio terapéutico como el transformacional y aportar a la resolución de esta problemática. Este proceso consta de 7 pasos agrupados en tres fases: una preparatoria, una de nulificación, en donde se pretende facilitar un Proceso Empíricamente Confirmado de Nulificación (PECN) y la última, en donde se verifica la ocurrencia de un cambio transformacional. Para contribuir a clarificar la hipótesis del PRT, esta investigación explorará la relación entre el PECN y el cambio transformacional. Para ello, el diseño de investigación fue el de estudio de caso, con una finalidad exploratoria-descriptiva y una metodología mixta. La muestra utilizada fueron videos de sesiones de dos procesos terapéuticos trabajados con modelos de psicoterapia distintos: Terapia de la Coherencia y Terapia Centrada en Emociones. Los instrumentos de recolección de datos utilizados fueron el Sistema de Codificación de Desconfirmación y el Sistema de Codificación de Cambio Transformacional (Ecker et al., 2021a, Ecker et al., 2021b). A partir de estos instrumentos, se realizó un análisis de los 7 pasos de re-consolidación terapéutica para cada caso y posteriormente se confeccionó una tabla de frecuencia. También se llevó a cabo un análisis de contenido de ambos procesos teniendo como base cinco preguntas directrices. Para el caso trabajado con Terapia de la Coherencia, los resultados indicaron que fue posible observar un PECN como precedente a un cambio transformacional en el esquema trabajado. Además, el seguimiento permitió establecer que el cambio transformacional se mantiene en el tiempo. En cuanto al caso trabajado con Terapia Centrada en Emociones, es posible afirmar que ocurrió un PECN como precedente a un cambio transformacional para uno de los tres esquemas trabajados. Aunque al no existir seguimiento estos resultados son parciales. Para los otros dos esquemas, se presentaron hipótesis para intentar explicar porque en estos casos no se pudo observar un PECN y luego un cambio transformacional. Finalmente se hace un análisis crítico del diseño de la investigación y de los instrumentos utilizados, señalando las principales dificultades para luego proponer directrices que podrían ayudar a que estas sean resueltas en futuras investigaciones.

Palabras Clave: Proceso de re-consolidación de la memoria, Proceso de re-consolidación terapéutica, Proceso empíricamente confirmado de nulificación, Cambio transformacional.

Agradecimientos

A mi familia. En especial a mi madre, por nuestras largas conversaciones, por sus palabras de aliento, su escucha atenta y las manos que me tendió. A mi padre por su presencia, su cariño. A mis hermanos por seguir de cerca mi proceso.

A mis amigos/as, que producto de nuestros encuentros e intercambios este proceso -sinuoso y extenuante- pudo ser transitado en compañía. En especial a Montserrat, Joaquin, Pascale, Nicolas, Santiago, Marisol, Isadora, Sol, Emilio, Andre, Pablo, Felipe y Monserrat.

A mi profesor Pablo Herrera, cuya guía, apoyo y disposición al trabajo fueron fundamentales para la realización de esta memoria.

Y a Martin, por darme esta hermosa cita (recuperada de una entrevista a Hang Dong de 1989) con la que despediré este proceso: “ *En la psicología, yo aspiro a no ser más que lo que una teja es a una casa*”

Índice.

1. Introducción	5
2. Marco Teórico	9
2.1 Re-consolidación de la Memoria	9
2.1.1 Proceso de re-consolidación de la memoria	9
2.1.2 Nulificación de la memoria	11
2.1.3 Diálogo con la Psicoterapia	12
2.1.4 Desafíos para la traducción del PECN a contextos de psicoterapia	13
2.1.5 Teoría alternativa para explicar actualización de la memoria: Teoría de competencia por recuperación	14
2.2 Proceso de Consolidación Terapéutica (PRT)	15
2.2.1 Principales conceptos de PRT	15
2.2.2 Trabajo del PRT sobre los esquemas emocionales	16
2.2.3 Los pasos y fases del PRT	17
2.3 Modelos de Psicoterapia Compatibles con PRT	19
2.3.1 Terapia de la Coherencia	19
2.3.2. Terapia Centrada en emociones	20
3. Pregunta y Objetivos	22
4. Marco Metodológico	23
4.1 Diseño general	23
4.2 Muestra	23
4.3 Variables	24
4.4 Instrumentos	25
4.5 Procedimiento de análisis	25
4.6 Consideraciones éticas	27
5. Resultados	27
(A) Primera Parte	28
5.1 Caso Terapia de la Coherencia	28
5.1.1 Presentación del caso	28
5.1.2 Proceso de Reconsolidación Terapéutica	29
Fase de preparación	29
Fase de nulificación	30
Fase de verificación	32
5.1.3 Resumen	33
5.2 Caso Terapia Centrada en Emociones	33
5.2.1 Presentación del caso	33
5.2.2 Proceso de Reconsolidación Terapéutica	35

Fase de preparación	35
Fase de nulificación	36
Fase de verificación	42
5.2.3 Resumen	42
(B) Segunda Parte	43
5.3 ¿Cuáles son las principales similitudes y diferencias observadas en los síntomas y esquemas trabajados en los procesos terapéuticos?	43
5.4 ¿Se dan todos los pasos del PRT en los casos trabajados ambos modelos?	45
5.5 ¿Cuán fácil o difícil es observar los pasos del PRT en los casos trabajados con ambos modelos?	45
5.6 ¿Cómo se facilita el PRT en cada proceso de psicoterapia?	46
5.7 ¿Cuáles son posibles facilitadores y obstaculizadores para el PRT en cada terapia?	48
6. Discusión y Conclusiones	50
7. Referencias	59
8. Anexos	66
(A) Sistema de codificación de desconfirmación	66
(B) Sistema de codificación de cambio transformacional	76
(C) Tablas Terapia de Coherencia	80
(D) Tablas Terapia Centrada en Emociones.	84

1. Introducción

En el último tiempo, uno de los grandes desafíos del campo de la psicología clínica ha sido buscar un mecanismo empíricamente validado que permita comprender por qué y cómo se producen los cambios en psicoterapia (Ecker, 2018, Lane, Ryan, Nadel, Greenberg, 2015; Kazdin, 2007) y buscar un factor común en psicoterapia que explique los cambios transformacionales (Ecker, 2018). Resolver este desafío ha sido particularmente complejo considerando el alto grado de fragmentación del campo de la psicología clínica, en donde cada día aparecen nuevas perspectivas teóricas con sus propias comprensiones de cómo se producen los cambios terapéuticos (Cuijpers, Reijnders y Huibers, 2019, Ecker y Bridges, 2020, Pincus y England, 2015).

Ante este contexto, Goldfried (1980) levanta una propuesta con la finalidad de orientar la búsqueda de un factor común que explique los cambios terapéuticos en los años venideros. El autor propone distinguir 3 niveles de abstracción en psicoterapia. En primer lugar describe el nivel teórico, el de mayor abstracción. En él se explican cómo y porqué ocurre el cambio en psicoterapia, además de presentar una postura filosófica sobre la naturaleza humana. En segundo lugar se refiere al nivel más bajo de abstracción en terapia, el nivel de las técnicas y procedimientos terapéuticos que se llevan a cabo en las sesiones. Por último, el autor plantea que existe un nivel de abstracción entremedio del teórico y el de las técnicas: el de estrategias clínicas. Estas, funcionan como heurísticas clínicas que guiarán los esfuerzos del clínico durante la terapia (Goldfried, 1980). Según el autor, es en el nivel de estrategias terapéuticas donde hay que enfocar el trabajo para encontrar factores comunes de cambio terapéutico.

Goldfried (1980), propone a la experiencia emocional correctiva -conceptualizada por Alexander y French (1946)- como una de estas estrategias clínicas que podrían ayudar a resolver la pregunta sobre cómo se produce el cambio terapéutico (Goldfried, 1980). La experiencia emocional correctiva es un concepto de larga tradición que sostiene que al re-exponer a un paciente a situaciones emocionales que no pudieron resolver en el pasado, pero en condiciones más favorables, se podría reparar la experiencia emocional que está a la base de su malestar (Alexander y French 1946).

En el último tiempo, la experiencia emocional correctiva ha vuelto a cobrar importancia en la investigación en psicoterapia. Esto pareciera estar relacionado con el reciente vuelco del campo de la memoria de la neurociencia hacia el estudio del proceso re-consolidación de la memoria (PRM) (Phelps y Hofmann, 2019) concepto que podría darle mayor sustento científico y actualizar la experiencia emocional correctiva (Lane et al., 2015, Ecker, 2018). El PRM sería

un mecanismo de neuroplasticidad que permitiría cambiar o editar una memoria. Las memorias susceptibles a estos cambios serían las memorias semánticas, es decir, a los significados y patrones abstraídos de las instancias concretas del individuo. Estas instancias concretas corresponden a la memoria episódica, la cual registra los eventos particulares. A modo de ejemplo, si una persona sufre de bullying en su infancia. El recuerdo de los eventos de acoso corresponde a la memoria episódica, en cambio la expectativa de que establecer vínculos con personas es peligroso sería un registro de la memoria semántica (Ecker, 2018).

Además, se ha planteado que estos cambios podrían darse en las memorias emocionales, que serían responsables de la aparición y mantenimiento de psicopatologías y sintomatología clínica (Fernandes, Pedreira y Boccia 2017, Lee, Nader y Schiller, 2017). Esta hipótesis ha captado el interés de investigadores en psicoterapia, quienes han buscado la manera de traducir estos conocimientos de la neurociencia para su aplicación en psicoterapia (Ecker, 2020, Lane et al., 2015).

Aun así, a pesar de la atención que ha recibido el PRM en el último tiempo, el debate sobre la existencia de este fenómeno persiste. Esto porque varios experimentos de PRM han presentado dificultades en ser replicados (Lee et al., 2017). Además la teoría de la re-consolidación de la memoria no es la única en el campo de la memoria que intenta explicar la modificación del contenido de las memorias (Brewin, 2015, Lee et al., 2017). Una hipótesis alternativa a la de PRM, es la de la teoría de competencia por recuperación. Esta plantea que no existiría el borrado o modificación de la memoria. Más bien, el cambio en las manifestaciones de la memoria estaría mediada por la creación de nuevos aprendizajes que competirán en su manifestación con la memoria objetivo (Brewin, 2015).

Una traducción clínica del PRM que ha tenido un notable desarrollo en el último tiempo, es el Proceso de Re-consolidación Terapéutica (PRT). Este, pretende ser una metodología de aplicación universal para todos los síntomas producidos por aprendizajes emocionales y tiene como fin último facilitar el cambio transformacional. Un cambio terapéutico caracterizado por la eliminación total, sin esfuerzo y sostenida en el tiempo de la sintomatología tratada, siendo un tipo de cambio que permitiría evitar las recaídas. El método consta de una serie de pasos específicos, pero flexibles en el sentido de que los clínicos pueden seguirlos usando los métodos y técnicas que estimen convenientes (Ecker, Hulley y Ticic, 2012, Ecker, 2018).

Sus pasos son siete (A-B-C-1-2-3-V). Los primeros 3 pasos son de preparación. En el paso (A) se identifica qué síntoma se quiere cambiar y el contexto en que aparece. El paso (B) consta de reactivar el aprendizaje detrás del esquema emocional que requiere el síntoma. Por último en el paso (C) se identifican experiencias contradictorias al aprendizaje (B). Una vez

completado estos pasos, se prosigue a los siguientes tres pasos que constituyen la fase de borrado o nulificación. En el paso (1) se activa el esquema emocional que hace necesario el síntoma (B), para luego en el paso (2) activar el aprendizaje contradictorio, generando una yuxtaposición (B)-(C). Finalmente en el paso (3), se repite la yuxtaposición las veces que sea necesario. La última fase consta de un paso, la verificación (V). Allí se comprueba que si ocurre el cambio transformacional a través de la observación de sus 3 indicadores: la no reactivación del esquema emocional, la desaparición del síntoma y que estos cambios se sostengan sin esfuerzo (Ecker et al., 2012, Ecker 2018).

El PRT busca posicionarse como una meta-metodología o un factor común de cambio para distintos modelos terapéuticos (Ecker et al., 2012, Ecker, 2018). Hay ciertos modelos terapéuticos, como los enfoques experienciales, que presentan una mayor compatibilidad con el PRT. Tales como la terapia centrada en las emociones, la desensibilización y reprocesamiento por medio del movimiento ocular (EMDR), la Terapia de la Coherencia, la Gestalt, Psicoterapia de Focusing, etc (Ecker et al., 2012). Estos modelos tienen en común el propiciar una experiencia de desconfirmación de la memoria emocional y las expectativas que esta genera en el paciente. Además de una desconfirmación de los aprendizajes generalizados o esquemas producidos en la experiencia traumática original (Ecker, 2018).

Por ejemplo, si analizamos a groso modo como la Terapia centrada en emociones conceptualiza el cambio terapéutico pareciera ser compatible con el PRT. Este modelo plantea que para propiciar el cambio terapéutico, el terapeuta debe ayudar a los clientes a entender y transformar sus esquemas emocionales que están a la base de su experiencia emocional. Para ello, se busca contactar con el núcleo de las experiencias emocionales dolorosas, entender cuáles son las necesidades no resueltas detrás de ese dolor, como se puede responder de una manera más adaptativa frente a ese dolor y así, encontrar otra forma de responder a ese dolor. Esto permitiría anular o transformar los esquemas emocionales maladaptativos, por otros cambiar más adaptativos (Greenberg, Robert y Pos y 2015).

En otro ejemplo, La Terapia de la Coherencia plantea que la sintomatología es coherente con la construcción del mundo de los pacientes y el paciente recobra su agencia cuando entiende el sentido de la sintomatología como una respuesta adaptativa a su historia vital. De esta manera, a través de un trabajo conjunto, el terapeuta y paciente buscan generar una construcción de mundo alternativa que permita al paciente posicionarse de una manera más adaptativa frente a sus conflictos vitales (Jasiński, Paz y Feixas, 2016).

Se ha visto en el campo de la psicoterapia que existe una diferencia entre cómo los terapeutas conceptualizan el cambio terapéutico y como este ocurren en sus sesiones. Dejando

aparentemente, sin identificar partes crucial de la fenomenología del cambio (Ecker y Bridges 2020). La hipótesis de que el PTR sería un proceso a la base del cambio transformacional, pareciera cobrar relevancia ante la existencia de este espacio entre lo que se piensa que se hace en psicoterapia y lo que ocurre. Como consecuencia, pareciera ser relevante estudiar procesos terapéuticos en donde se identifiquen posibles cambios transformacionales para identificar si se pueden observar un PRT a la base.

Si bien se han publicado reportes clínicos esperanzadores sobre cómo el proceso de re-consolidación terapéutica puede producir cambio transformacional (Ecker, 2008, 2010, 2015, 2018, Ecker y Hulley, 2017, Ecker y Toomey, 2008, Ecker et al., 2012, Sibson y Ticic, 2014, Ticic y Kushner, 2015, Vaz y Ecker, 2020, Vermes et al., 2020), aún persiste el desafío de llevar a cabo estudios empíricos sistemáticos que determinen su capacidad de producir este cambio en contexto de psicoterapia (Ecker, 2020). Por otro lado, existen estudios de casos clínicos que han explorado el cambio transformacional (McNally, Timulak y Greenberg, 2014, Dillon, Timulak y Greenberg, 2018). Aunque al no incorporar explícitamente la metodología PRT no ayuda a resolver el desafío de investigar sistemáticamente como ésta es aplicada en un contexto de psicoterapia.

Ante este reto, Ecker y colaboradores (2021a, 2021b) construyeron dos instrumentos de observación de sesiones de psicoterapia permiten evaluar empíricamente la capacidad de PRT de impulsar el cambio transformacional. El primero, el Sistema de Codificación de Desconfirmación, permitiría detectar y evaluar los pasos de la secuencia de transformación del PTR 1,2,3. El segundo instrumento, el Sistema de Codificación de Cambio Transformacional permitirá evaluar y detectar con precisión los marcadores de cambio transformacional en videos de sesiones de psicoterapia. La hipótesis sobre la cual se construyen estos instrumentos sostiene que los pasos de la secuencia de transformación del PRT posibilitan el cambio transformacional. Utilizando los indicadores que la neurociencia ha identificado como verificadores de cambio transformacional, se puede conjeturar que de presentarse estos, siempre aparecerán los pasos de la secuencia de transformación. Pudiendo estos ser o no reconocidos por el terapeuta o el paciente (Ecker et al., 2012).

Recapitulando, el PRM es un proceso de actualización de la memoria que podría ayudar a responder la pregunta de cómo y porqué se produce el cambio en psicoterapia, y cómo se producen los cambios transformacionales. Si bien su potencial explicativo es reconocido, existe debate sobre si esta teoría es la mejor para explicar el fenómeno de actualización de la memoria, existiendo teorías que disputan su capacidad explicativa, como la competencia por recuperación. Además, por la dificultad de replicar estudios del PRM, indican que su existencia

aún no está resuelta. De todas maneras, en el último tiempo se han elaborado traducciones del PRM buscando su aplicación en psicoterapia, siendo una de las principales el PRT. Esta pretende ser una metodología de aplicación universal para facilitar el cambio transformacional. Esta traducción, todavía es hipotética y debe estudiarse sistemáticamente si es que sus pasos pueden producir cambio transformacional. Para ello, parece adecuado analizar en profundidad casos clínicos con los instrumentos anteriormente señalados. Además, para evaluar las pretensiones de universalidad de esta metodología, sería útil investigar casos clínicos tratados con modelos de psicoterapia distintos.

Esta investigación se basará en el análisis de sesiones clave de dos estudios de caso trabajados con modelos de psicoterapia distintos. Los instrumentos anteriormente referidos serán utilizados para analizar y evaluar la correlación entre los pasos del PRT 1,2,3 y los indicadores de cambio transformacional en estas sesiones clave. El estudio está inserto en una investigación mayor de estudios de caso, que pretende contribuir a evaluar la correlación anteriormente referida. Son varias las razones por las que esta investigación podría significar un importante avance para la investigación del cambio terapéutico en el campo de la psicoterapia.

Como se planteó anteriormente, los marcadores de cambio transformacional utilizados en el PRT son los mismos utilizados por neurocientíficos para confirmar el borrado de una memoria objetivo en los estudios del PRM con sujetos humanos. Una fuerte correlación podría ser evidencia de que la re-consolidación de la memoria sería el mecanismo responsable del cambio transformacional en la terapia. De esta manera, verificar esta correlación podría ayudar a identificar un mecanismo de cambio terapéutico (Marquez, 2021). Además, verificar esta correlación a través de sistemas de terapia diferentes, podría aportar importante evidencia sobre la existencia de un factor fundamental y claramente definido de cambio transformacional. En otras palabras, de un factor común de cambio terapéutico. Aún más, se aportaría evidencia de que un factor específico -pasos 1,2,3 de la fase de borrado del PRT- puede ser potente terapéuticamente. Todo esto podría contribuir a la unificación e integración del campo de la psicoterapia (Marquez, 2021).

2. Marco teórico

2.1 Re-consolidación de la Memoria

2.1.1 Proceso de re-consolidación de la memoria (PRM). El funcionamiento general de la memoria puede ser separada en 3 fases. La primera, llamada adquisición, es la fase en

donde la información es recibida y procesada. Luego viene la consolidación, proceso en donde la información es gradualmente estabilizada y retenida en una memoria. La tercera fase, la recuperación, refiere al proceso en donde se accede y re-experimenta información adquirida previamente (De Oliveira y Do-monte, 2021).

Históricamente la corriente hegemónica del estudio de la memoria ha sostenido que una vez consolidada una memoria, los contenidos de esta no pueden ser modificados (De Oliveira y Do-monte 2021, Lee et al., 2017). Sin embargo, ya a mediados del siglo pasado estudios comenzaron a cuestionar este dogma al plantear que las memorias consolidadas pueden ser modificadas una vez recuperadas (Lewis, 1979, Lewis, Misanin y Miller, 1968). Décadas después, aparecieron estudios que proporcionaron evidencia fisiológica de que la recuperación de una memoria bien consolidada, podría generar procesos moleculares en las neuronas que permitiría alterar los contenidos de esta. Dándole mayor respaldo científico a la hipótesis de que la consolidación es un proceso que puede ocurrir más de una vez en una misma memoria (Nader, Schafe y Le Doux, 2000 , Przybyslawski y Sara, 1997).

La hipótesis de que memorias ya consolidadas, tras su recuperación, pueden ser desestabilizadas y modificadas, dio origen al término re-consolidación de la memoria (De Oliveira y Do-monte, 2021). En los años venideros, cientos de estudios demostraron que este es un proceso universal que se da en distintas especies y puede ser estudiado usando distintos paradigmas de la memoria (De Oliveira y Do-monte, 2021).

Para que ocurra un proceso de re-consolidación de la memoria, se necesita en primer lugar una recuperación de la memoria objetivo. Una vez activa, se requiere de una experiencia de desajuste de expectativas, es decir se requiere de una experiencia que difiera o contradiga significativamente de la esperada por la memoria reactivada. Es este error en la predicción lo que provoca que la memoria se desestabilice. La memoria objetivo entra entonces en un estado transitorio de labilidad, llamado ventana de re-consolidación (Ecker, 2020; Lee et al., 2017; Popik, Amorim, Amaral y De Oliveira, 2020).

La ventana de re-consolidación es un periodo de tiempo de aproximadamente 5 horas, durante el cual el contenido de una memoria objetivo puede ser reforzado, debilitado, modificado o borrado por un aprendizaje convenientemente diseñado. (Ecker, 2018 y Ecker, et al, 2012). Una vez transcurrido ese tiempo, la ventana se cierra y la memoria se re-estabiliza poniendo fin al proceso de re-consolidación (Ecker, 2018).

Es importante distinguir que la re-consolidación de la memoria, se refiere fundamentalmente al mecanismo que permite que se desestabilice y re-estabilice la memoria. El proceso de actualización del contenido de la memoria es un proceso distinto, que puede (o

no) ocurrir mientras la ventana de re-consolidación está activa (Ecker y Vaz, 2022). Para efectos de esta investigación, nos referiremos al primero como proceso de re-consolidación de la memoria (PRM) y al segundo como Proceso de Actualización de la Memoria. La suma de estos dos procesos será llamado Mecanismo de Cambio de Re-consolidación de la Memoria (MCRM) (Ecker y Vaz, 2022).

En la comunidad científica, el funcionamiento del el PRM ha generado debates y no existe consenso. En un principio, se planteó que la memoria se desestabilizaba cada vez que esta era recuperada (Eisenberg, Kobil, Berman y Dubai, 2003, Nader et al., 2000). Pero fue Pedreira y colaboradores (2004) quienes fueron los primeros investigadores en dar cuenta que para que ocurriera la desestabilización, se requiere no solo de la recuperación de la memoria objetivo, sino también una posterior experiencia de fallo o error de predicción (Pedreira, Pérez-Cuesta y Maldonado, 2004). Esto tiene sentido, si se considera al PRM como un proceso innato del cerebro, que permitiría se actualicen memorias que ya no están produciendo predicciones efectivas (De Oliveira y Do-monte, 2021).

Ha existido extensa investigación sobre qué tipos de experiencias y que grados de error de predicción son requeridos para generar la desestabilización de una memoria objetivo. El tema es complejo, dado que si una experiencia difiere excesivamente de lo esperado por un memoria, es decir tiene un alto grado de predicción de error, esta no es registrada como una experiencia de desajuste de expectativas, sino como un aprendizaje paralelo. Por otro lado, si la experiencia de predicción de error, tiene un grado bajo, la memoria no se desestabiliza (Ecker, 2018). Las investigaciones han concluido que para diseñar con mayor precisión una experiencia de error de predicción que desestabilice la memoria objetivo, hay que tomar en consideración varios factores. Entre ellos, el tipo de memoria, su edad, su fuerza, su contenido y su estructura (Ecker, 2018).

2.1.2 Nulificación de la memoria. El borrado de la memoria ha sido entendida como la desaparición de las expresiones conductuales, subjetivas y fisiológicas que indican la existencia de la memoria objetivo. Además de que esta desaparición ocurra de manera permanente y sin esfuerzos o medidas de mantención. En las investigaciones de laboratorio del PRM, estas condiciones son nombradas como los indicadores de borrado (Ecker y Vaz, 2022). De todas maneras, existen críticas sobre la viabilidad de asegurar que una memoria pueda ser efectivamente borrada. Estas se basan en la imposibilidad de afirmar si algo o nada de los contenidos de la memoria aún persisten aun cuando los indicadores de borrado han sido observados (Han, Park, Choi, Bliss, y Kaang, 2021). Por ello, es preferible referirse a los MCRM que presenten indicadores de borrado como procesos que generan una nulificación duradera

de una memoria, más que su eliminación total (Ecker y Vaz, 2022). En adelante entonces se utilizará el concepto de nulificación de la memoria.

Hay dos grandes formas de nulificar una memoria. La primera utiliza factores exógenos, y es conocida como bloqueo farmacológico o interferencia farmacológica de la re-consolidación. La segunda utiliza factores endógenos y es llamada actualización conductual de la memoria o interferencia conductual (Ecker, 2018). Nos centraremos en la nulificación por actualización conductual de la memoria, por sus posibles implicancias para la psicoterapia. Este es un Proceso de Actualización de la Memoria, en el cual se le presenta al sujeto un contra aprendizaje, esto es una experiencia que contradiga el modelo de expectativas de la memoria objetivo (Ecker, 2018). Este nuevo aprendizaje, presentado mientras la memoria objetivo se encuentra lábil, sería el responsable de la modificación de esta (Ecker, 2018).

Diversas investigaciones de laboratorio han explorado el fenómeno de la nulificación de la memoria arrojando resultados variados. Por un lado, no en todos los experimentos se ha conseguido una nulificación de la memoria. Además de que en varios estudios que sí la han conseguido no han podido ser replicados. Por otro lado se ha podido observar que en los casos exitosos, tanto en estudios con animales como con humanos, se han podido apreciar la presencia repetida de un set de tres experiencias específicas y claras. Esto, independientemente de los procedimientos de cada estudio para llegar a estas experiencias (Ecker, 2018, Ecker y Vaz, 2022).

Estas son: (1) Una experiencia de reactivación de la memoria emocional (El conocimiento subjetivo y las expectativas de cualidad y actitudes o acciones de su entorno), (2) Una experiencia contradictoria que desconfirma la experiencia 1 mientras esta aun se encuentra activa (Sirviendo como una predicción de error, desestabilizando la memoria objetivo y abriendo la ventana de re-consolidación), (3) Algunas repeticiones de la experiencia yuxtaposición de las experiencias 1 y 2 (Actuando como contra-aprendizaje, permitiendo la nulificación y re-codificación del contenido de la memoria objetivo) (Ecker, 2018, Ecker et al., 2012). Ecker nombró a este set de experiencias subjetivas como proceso empíricamente confirmado de nulificación o PECN. Proceso que incluiría el PRM y un Proceso de Actualización de la Memoria, cumplido los requisitos para ser considerado un MCRM (Ecker, 2018, Ecker y Vaz, 2022).

2.1.3 Diálogo con la Psicoterapia. La hipótesis de que las memorias pueden ser modificadas ha generado gran interés en el campo de la neurociencia, principalmente por sus posibles implicaciones psicoterapéuticas. Provocando que el PRM sea una de las temáticas más relevantes y más estudiadas en campo de la memoria en los últimos años (Else, Van Ast

y Kindt, 2018, Phelps y Hofmann, 2019). Desde el campo de la psicoterapia, también se ha mostrado interés por el estudio de esta temática. El MCRM ha generado interés en su estudio, puesto que podría explicar cómo las intervenciones clínicas producen cambios terapéuticos (Ecker, 2020, Lane et al., 2015). Esto, dado que se ha visto que las memorias maladaptativas están en el centro de diversos trastornos (Else y Kindt, 2017, Lane et al., 2015). Y que al nulificar o modificar una memoria maladaptativa, los aprendizajes asociados desaparecerían junto a la sintomatología que estaría siendo generada (Else y Kindt, 2017).

Al respecto, se ha postulado que las 3 experiencias de PECN podrían ser clave tanto en la traducción del MCRM a un contexto psicoterapéutico, como en la explicación del cambio transformacional. Se ha postulado que los indicadores de nulificación, observados en las investigaciones de laboratorio son similares a los indicadores que en la literatura se han utilizado para identificar un cambio transformacional (Ecker, 2018, Ecker y Vaz, 2022). Estos son, la desaparición completa -y usualmente abrupta- de uno o más síntomas. La no reactivación de él o los estados emocionales que acompañaban a los síntomas en contextos en que antes lo hacían. Y que estos dos cambios persistan sin esfuerzos. Es decir, sin medidas de prevención de recaídas o de mantención (Ecker y Vaz, 2022). Así, se hipotetiza que si se logra propiciar un PECN en un proceso psicoterapéutico, esta podría tener como resultado un cambio transformacional o nulificación de una memoria

2.1.4 Desafíos para la traducción del PECN a contextos de psicoterapia. El interés por replicar un PECN en contextos de psicoterapia, ha llevado a que investigadores del PECN en contextos de laboratorio adelanten posibles focos de dificultades para este proceso de traducción (Ecker, 2018). Los dos que parecieran ser más relevantes son:

Posibles dificultades para generar experiencias desconfirmadoras. El primer desafío a sortear son las aparentes altas exigencias de especificidad a la hora de generar una experiencia con el grado justo de desajuste para desestabilizar la memoria objetivo (Ecker, 2018). Ante esta posible dificultad se ha postulado que los aprendizajes emocionales recuperados en terapia, no necesitan de experiencias tan específicas como los aprendizajes trabajados en laboratorio. (Ecker, 2018) Principalmente, porque los laboratorios crean aprendizajes objetivos estructurados y muy específicos. Los aprendizajes emocionales recuperados en contextos clínicos, funcionan como esquemas de significados generalizados y no son tan elusivos a la hora de ser des-confirmados (Ecker, 2018). Se ha planteado que para generar una experiencia desconfirmadora en un contexto clínico, se debe generar una experiencia de contradicción ontológica, en donde el aprendizaje objetivo y el contradictorio

sean creíbles para el cliente pero que ambas no puedan ser ciertas al mismo tiempo (Ecker, 2018).

Incierta durabilidad de los cambios terapéuticos generados vía PECN. El segundo desafío trata sobre la dificultad de establecer que los cambios generados por el PECN se mantienen efectivamente en el tiempo. El valor de la traducción del PECN a contextos terapéuticos sería máxima si la actualización de memoria inducida fuera permanente, pero actualmente esto ha sido difícil de establecer (Else y Kindt, 2017). Por un lado, en contextos de laboratorio los seguimientos de marcadores de nulificación han durado en su mayoría un máximo de algunas semanas (Ecker, 2018). Por otro lado, en contextos de psicoterapia se han registrado abundantes reportes clínicos en donde se han obtenido como resultados indicadores de nulificación o cambio transformacional (Ecker, 2008, Ecker y Hulley, 2002, Högberg, Nardo, Hällström y Pagani, 2011), además de que estos reportes han tenido un seguimiento sostenido en el tiempo ha permitido observar que los cambios transformacionales generados, se han mantenido en el tiempo aun cuando las circunstancias vitales de los clientes produjeron potentes recuperaciones de esquemas y sintomatología bajo condiciones nuevas y estresantes (Ecker, 2018). Si bien estos resultados son positivos, para que la traducción clínica pueda progresar, sería necesario que se lleven a cabo una serie de estudios empíricos y sistemáticos -no sólo reportes clínicos- sobre el PECN en psicoterapia, además de un seguimiento de los resultados obtenidos (Ecker, 2018).

2.1.5 Teoría alternativa para explicar actualización de la memoria: Teoría de Competencia por Recuperación. Existen discusiones latentes en el campo de la neurociencia sobre cuál es la mejor teoría para explicar la actualización de la memoria y los cambios psicoterapéuticos. Brewin (2015) plantea que, en el estado del conocimiento actual, es prematuro asumir que el MCRM pueda entregar un modelo unificado para explicar el cambio terapéutico. Además, afirma que existen otros mecanismos de la memoria, más básicos y también respaldados por la neurociencia, que estarían en una mejor posición para explicar la actualización de la memoria y el cambio psicoterapéutico (Brewin, 2015).

Una de las perspectivas alternativas más importantes es la Teoría de la Competencia por Recuperación. Esta postula que las intervenciones que entregan información contradictoria a los aprendizajes que se quieren modificar, generarían un aprendizaje alternativo y no un cambio permanente en el contenido de la memoria (Brewin, 2015). Si la memoria antigua o la recién generada determina la conducta del sujeto, sería decidido luego en un proceso de competencia por recuperación. En donde la memoria más accesible sería la memoria que tiene más influencia sobre la conducta (Brewin, 2006). Así, se plantea que las intervenciones

basadas en MCRM, en donde se entrega información contradictoria para desestabilizar la memoria objetivo recién recuperada, no afectarían directamente al contenido de la memoria. Más bien, provocarían que la memoria objetivo sea más fácil o difícil de recuperar. Por lo que este tipo de intervenciones no interferiría con la consolidación de la memoria (Miller y Matzel, 2000).

En lo que refiere a la psicoterapia, la Teoría de Competencia por Recuperación podría presentar algunas ventajas explicativas frente a el MCRM. Una de las principales sería la capacidad de esta teoría para poder explicar las recaídas sintomáticas, cuya aparición es común incluso después de una psicoterapia exitosa. La idea de que la memoria o aprendizaje que se trabajó en psicoterapia queda latente, con la capacidad de ser recuperada bajo un set específico de circunstancias, es más coherente y podría explicar mejor las constantes recaídas. Es más, entender el cambio terapéutico desde la Teoría de Competencia por Recuperación podría ser útil para enfrentarlas. Desde esta perspectiva, en vez de interpretar las recaídas como signos de un tratamiento fallido, se podría instruir al paciente en la prevención de estas (Brewin, 2015).

De todas maneras, investigadores han planteado que la nulificación de una memoria inducida conductualmente produciría cambios directos en la codificación del contenido de la memoria y no actuaría a través de la interrupción de los circuitos de recuperación. Es decir, la nulificación de una memoria no actuaría a través de la generación de dificultades para acceder a la memoria objetivo (Haubrich, Bernabo, Baker y Nader, 2020). Además, desde la neurociencia se ha postulado que el MCRM y los Procesos de Actualización de la Memoria basados en la Teoría de Competencia por Recuperación, como la extinción, serían procesos neurológicamente distintos (Brewin, 2015, Duvarci y Nader, 2004). Es más, estos podrían ocurrir de manera independiente o simultáneamente en una compleja interacción (Ecker et al., 2012).

De todas maneras, si la utilidad clínica es el objetivo último de la investigación sobre MCRM, no debería considerarse un fracaso para sus defensores que los fenómenos estudiados puedan ser explicados a través de teorías alternativas. La utilidad clínica no es mayor o menor dependiendo si MCRM es una demostración definitiva de la actualización de la memoria, sino que una mayor utilidad clínica se da si se logran los resultados esperados: aliviar efectivamente la carga de un trastorno o de un malestar subjetivo (Elsley et al., 2018). Por ello, los principales focos de la investigaciones sobre MCRM, deberían ser desarrollar su utilidad clínica, centrándose en generar tratamientos clínicos que puedan mejorar la eficacia y

eficiencia de los procesos psicoterapéuticos. Como por ejemplo, generando intervenciones que puedan producir cambios transformacionales y duraderos (Elsey et al., 2018).

2.2 Proceso de re-consolidación terapéutica (PRT)

2.2.1 Principales conceptos de PRT. Para poder traducir el conocimiento generado sobre MCRM a un contexto de psicoterapia, es necesario resolver el desafío de encontrar la manera de facilitar un PECN en contextos de psicoterapia. Esto con el objetivo de generar un cambio transformacional en el cliente a través de la nulificación de los aprendizajes emocionales que estarían a la base de su sintomatología (Ecker, 2018). Aventurándose a resolver este desafío, Ecker y colaboradores (2012) proponen el proceso de re-consolidación terapéutica (PRT). Una metodología para la aplicación de MCRM que pretende generar PECN de manera universal para toda conducta problemática, estado mental, perturbación somática mantenida por conocimientos implícitos adquiridos a través de aprendizajes emocionales (Ecker, 2018, Ecker et al., 2012).

En su conceptualización, el PRT no favorece ninguna metodología clínica u orientación teórica particular, por lo que facilitaría su adopción a los terapeutas. Además, esta metodología busca propiciar experiencias, no establecer procedimientos conductuales para que los terapeutas sigan. Esto implicaría, que los terapeutas son libres de propiciar estas experiencias con cualquier método o técnica en las tengan formación y/o estimen conveniente en cada caso (Ecker, 2018). Es por la versatilidad de la metodología PRT y por su base en mecanismos innatos de neuroplasticidad que el autor la considera una meta-metodología (Ecker, 2018).

2.2.2 Trabajo del PRT sobre los esquemas emocionales. Para comprender el PRT, es fundamental explicar brevemente cómo este funcionaría sobre los aprendizajes y esquemas emocionales. También, es importante señalar que tal como lo hace Ecker (2018), utilizaremos el término memoria emocional y aprendizaje emocional de manera indistinta.

Los aprendizajes emocionales son resultado de las experiencias vitales de cada individuo. Estos aprendizajes son generalizados en esquemas, que funcionarían como modelos mentales que permiten comprender y experimentar el mundo de manera coherente con las experiencias vitales (Toomey y Ecker, 2007, Ecker, 2018). De manera implícita, los esquemas emocionales modularían nuestros aprendizajes y experiencias emocionales (Greenberg et al., 2015). En ocasiones, estos esquemas emocionales podrían generar síntomas como respuestas adaptativas al contexto del individuo (Ecker, 2018). Por ejemplo, si una persona a lo largo de su infancia aprendió que cuando buscaba la atención de sus padres obtenían como respuesta burlas o humillaciones. Es probable que haya tenido el aprendizaje emocional de ser una

persona despreciable y la expectativa generalizada de que el resto de las personas también lo podrían humillar si este busca su atención. Este esquema emocional podría generar sintomatología adaptativa de extrema vergüenza y bajo autoconcepto buscando proteger al individuo de las esperadas humillaciones (Ecker, 2018).

Es así como el contenido de los aprendizajes del esquema emocional explicaría cómo y porqué un síntoma sería una respuesta necesaria y adaptativa para el individuo en determinado contexto (Ecker, 2018). Es así, como se plantea que si en un proceso terapéutico se busca eliminar una sintomatología generada por aprendizajes emocionales, su objetivo debería ser la nulificación del esquema emocional que genera dicha sintomatología (Ecker y Toomey, 2008).

Para lograr dicho objetivo, el PRT buscaría promover que las personas identifiquen, recuperen, verbalicen y experimenten sus esquemas emocionales implícitos que estarían produciendo su sintomatología. Al volverlos explicitar, la metodología buscaría generar una nueva conciencia o aprendizaje que contradiga este esquema para yuxtaponerlos. Al hacerlo, existiría la oportunidad de actualizar o anular el viejo esquema, permitiendo al cliente la oportunidad de generar una nueva comprensión de la realidad, además del cese permanente de la sintomatología que generaba el antiguo esquema (Ecker, 2020).

Lograr este proceso con distintos pacientes, distintos esquemas y distintas sintomatologías resulta un gran desafío. Para ello se debe diseñar a la medida de cada paciente el PTR, utilizando como base los esquemas emocionales objetivos que se quieren nulificar. Así sería posible facilitar experiencias emocionales efectivas que puedan llevar a cabo las experiencias de reactivación, desconfirmación y contra aprendizaje del PECN (Ecker, 2020). La necesidad de diseñar adecuadamente estas 3 experiencias para cada paciente es la clave para facilitar PECN en contextos psicoterapéuticos. Por ello los pasos preparatorios del PRT, que permiten al terapeuta tener conocimiento de las características específicas de la sintomatología y de los esquemas emocionales objetivo son fundamentales (Ecker, 2020).

2.2.3 Los pasos y fases del PRT. Ecker y colaboradores (Ecker et al., 2012) sistematizaron el PRT en una serie de 7 pasos A-B-C-1-2-3-V, organizados en 3 fases: Fase preparación (A-B-C), Fase de nulificación que se corresponde con PECN (1-2-3) y fase de verificación (V) (Ecker, 2018, 2020, Ecker et al., 2012, Ecker y Vaz, 2022). A continuación se explicará en detalle cada uno de estos pasos

Fase de preparación.

A. Identificación del síntoma. Consiste en el reconocimiento, caracterización y clasificación de los comportamientos específicos, emociones, pensamientos y/o reacciones

somáticas que se desean eliminar. Recabar la información detallada de la sintomatología -cuando y como esta se expresa- es esencial para continuar con el paso B (Ecker, 2018).

B. Recuperación del esquema de aprendizaje implícito. En este paso se experimenta el esquema emocional implícito que genera y mantiene el síntoma identificado en (A). Para ello, se guía al cliente para que verbalice el esquema mientras lo experimenta afectiva y somáticamente. Este paso llega a su fin cuando el cliente puede integrar los conocimientos y sentimientos del esquema como una verdad emocional personal (Ecker, 2018).

C. Identificación del conocimiento incompatible. Consiste en encontrar experiencias pasadas, presentes o crear nuevas en las que el cliente tenga un conocimiento directo y vivido que contradiga específicamente los aprendizajes recuperados en el Paso B.. Lo central en este paso es descubrir dónde y cómo el cliente puede acceder a ese conocimiento. El paso C termina cuando estos conocimientos son descubiertos y el terapeuta luego procede a guiar los pasos 1-2-3 de PRT o la secuencia de nulificación (PECN). La fase de preparación puede requerir bastantes sesiones, pero una vez completada, en cuestión de minutos se puede empezar con la fase de nulificación (Ecker, 2018).

Secuencia de nulificación (PECN),

1. Reactivación del esquema de aprendizaje implícito. A través de métodos experienciales se guía la atención del cliente hacia las características clave del esquema generador de síntomas, invitando al cliente que atienda a los aspectos afectivos y somáticos que aparecen. La reactivación es adecuada cuando el cliente puede mantener una conexión relacional y comunicativa con el terapeuta mientras habita de manera significativa los estados afectivos y subjetivos generados por el esquema objetivo (Ecker, 2018).

2. Desestabilización del esquema de aprendizaje implícito. Consiste en guiar una experiencia del conocimiento contradictorio que se encontró en el Paso C, mientras el esquema implícito reactivado en el Paso 1 sigue activo. Generar esta yuxtaposición buscaría provocar una experiencia de contradicción ontológica, en donde el cliente experimenta dos conocimientos, que parecen ser reales pero que no pueden serlo al mismo tiempo. Esto funcionaría como la experiencia de predicción de error necesaria para desestabilizar la codificación neuronal del aprendizaje objetivo (Ecker, 2018).

3. Anulación del esquema de aprendizaje implícito. En este paso, se realizan varias repeticiones sentidas consciente y afectivamente de la yuxtaposición durante la sesión. Con esto, se buscaría llevar a cabo un Proceso de Actualización de la Memoria de contra-aprendizaje que tendría como resultado la nulificación del esquema generador de síntomas y un cambio transformacional (Ecker, 2018).

Fase de verificación.

V. Verificación de nulificación del esquema de aprendizaje implícito. El último paso consiste en observar y documentar los tres marcadores de nulificación, estos son: (a) El comportamiento sintomático identificados por el cliente, ha dejado de ocurrir en todas las situaciones en las que se gatillan, (b) No se reactiva el esquema de aprendizaje implícito en respuesta a cualquier indicio o contexto que previamente lo evocaba, y por último que los cambios (a) y (b) persisten en todas las circunstancias, sin recaídas y sin ningún esfuerzo o medidas de mantención. La verificación de la nulificación es concluyente sólo si la persistencia de los marcadores se mantienen por lo menos varios meses en todas la situaciones cotidianas que antes gatillaron el esquema generador de síntomas. El trabajo terapéutico sobre una sintomatología y su esquema emocional implícito puede ser entendido como completo sólo cuando los marcadores de nulificación son firmemente establecidos (Ecker, 2018, 2020).

2.3 Modelos psicoterapéuticos compatibles con PRT

El PRT pretende explicar cómo se da el PECN y cambio transformacional con una metodología que trasciende los distintos enfoques de psicoterapia. Según Ecker (2018), se podría afirmar que si ocurre cambio transformacional en algún proceso de psicoterapia, es probable que los pasos de PRT ocurrieran previamente. Si bien se requiere investigación para probar sistemática y empíricamente esta afirmación, al menos a nivel teórico se puede observar que en algunos modelos de psicoterapia se cumplen ciertos requisitos que permiten inferir cierta compatibilidad entre el PECN y sus propias conceptualización sobre cómo ocurre el cambio terapéutico. A continuación, se presentarán los principales fundamentos de los modelos psicoterapéuticos de la Terapia de la Coherencia y la Terapia Centrada en Emociones, puesto que son los modelos de psicoterapia con los que se trabajó en los casos que se analizarán en esta memoria.

2.3.1 Terapia de la Coherencia. La Terapia de la Coherencia es un modelo psicoterapéutico creado por Bruce Ecker y Laurel Hulley. Este modelo recoge conceptos centrales tanto de Bateson, Mahoney, como de Jung y el trabajo experiencial de terapeutas gestálticos. Se considera una terapia con un enfoque fundamentalmente constructivista, puesto que considera que el ser humano es un agente activo en la construcción de su realidad, y por lo tanto, que su forma de operar y experimentar el mundo es única e irrepetible (Jasiński et al., 2016).

Este modelo fue desarrollado a partir de la observación de miles de sesiones de terapia, en este ejercicio, Ecker y Hulley notaron que las sesiones más efectivas eran aquellas en las

que se trabajaba sobre las construcciones inconscientes de la realidad de los clientes (Ecker et al., 2012, Jasiński et al., 2016). Además, observaron que los clientes lograban tener un cambio terapéutico especialmente rápido cuando de manera experiencial descubrían el significado inconsciente del problema para luego integrarlo a nivel consciente y una vez en ese nivel, reconstruían el significado de tal forma que el síntoma perdía su razón de existir o dejaba de ser un problema (Ecker et al., 2012, Jasiński et al., 2016).

A partir de estos hallazgos, Ecker y Hulley proponen un modelo psicoterapéutico que tiene en su núcleo el concepto de coherencia del síntoma. Para los autores, el síntoma generado por el cliente es coherente con al menos una de sus construcciones de mundo inconsciente. Es decir el síntoma sería una respuesta adaptativa, que si bien puede causar malestar, busca proteger al cliente de un sufrimiento más intenso. En otras palabras, el síntoma sería el menor de dos males (Ecker et al., 2012, Jasiński et al., 2016). Es importante señalar que el concepto de construcciones de mundo inconscientes de la Terapia de la Coherencia es similar y afín con el concepto de esquema generador de síntoma del PRT referido anteriormente en la sección (B).

Para la Terapia de la Coherencia, para que un cliente pueda tener agencia sobre el síntoma debe contactarse con la posición pro-síntoma. Esto significa que debe experimentar, comprender y aceptar la construcción de mundo, hasta entonces inconscientes, para la cual el síntoma es una respuesta necesaria y adaptativa. Para ello, el terapeuta debe guiar al cliente para que se contacte experiencial y cognitivamente con esta posición. El terapeuta y el cliente deben evitar la tentación de tomar la posición anti-síntoma, que es la posición desde la cual el síntoma es algo patológico, irracional y que debe ser erradicado (Jasinski et al., 2016).

El trabajo terapéutico consiste entonces en guiar al cliente a contactarse y experimentar sus construcciones inconscientes de mundo que requieren el síntoma. Luego de eso se hace un trabajo de concientización de los significados recién recuperados, aquí se busca que el cliente reconozca que en la generación del síntoma se oculta su propio propósito. En otras palabras, se busca que el cliente pueda integrar la posición pro-síntoma. Por último, el terapeuta guía al cliente a que experimente nuevos esquemas que contradigan al esquema pro-síntoma. Buscando anularlo o transformarlo de manera tal que la realidad emocional que impulsa la generación del síntoma deje de existir (Ecker et al., 2012, Jasiński et al., 2016).

En su origen, este modelo tiene el objetivo explícito de ser una orientación clínica exhaustiva sobre cómo generar un PRT en contextos psicoterapéuticos. Para ello, además de una guía clara y detallada de los pasos intermedios, entrega técnicas clínicas versátiles que permiten llevar a cabo los pasos del PRT (Jasiński et al., 2016). El trabajo terapéutico de la

Terapia de la Coherencia distingue 5 fases: identificación del síntoma, el descubrimiento, la integración, la transformación y la verificación de la modificación del esquema. Estas fases son una interpretación de los pasos A-B-C-1-2-3-V del PRT (Ecker et al., 2012).

2.3.2 Terapia Centrada en Emociones. La Terapia Centrada en Emociones es un modelo psicoterapéutico experiencial con sustento empírico, que integra elementos prácticos de la Terapia Centrada en el Cliente de Rogers y de la Gestalt, con la moderna teoría de las emociones y una meta-teoría dialéctico-constructivista (Greenberg et al., 2015).

Desde este modelo se comprende la emoción como fundamental en el funcionamiento del ser humano, funcionando como un sistema innato que permite la adaptación de una persona a su entorno. Las emociones estarían conectadas a las necesidades más esenciales de los humanos, y al ser activadas los prepararían y guiarían para que puedan llevar adelante acciones que conduzcan a la satisfacción de sus necesidades (Greenberg et al., 2015). A su vez, la experiencia emocional sería producida y organizada por los esquemas emocionales, estructuras internas que fueron moldeadas por la experiencias del individuo y son almacenadas en sus redes de memoria (Greenberg, 2004, 2006). Los esquemas emocionales estarían a la base de los funcionamientos adaptativos y maladaptativos y en psicoterapia trabajar con ellos sería esencial para el cambio terapéutico (Greenberg et al., 2015). Es importante señalar que el concepto de esquema emocional acá desarrollado, es homologable al desarrollado anteriormente en la sección (B). En ambas conceptualizaciones, se hace referencia a estructuras que modelan la experiencia, basadas en experiencias vitales de la personas y que funcionan de manera inconsciente.

Trabajo terapéutico de la Terapia Centrada en Emociones. Para comprender el trabajo terapéutico de este modelo, es necesario entender las dos principales distinciones del modelo sobre los tipos de emociones. La primera distingue entre las emociones primarias y secundarias. La segunda distinción es entre las emociones adaptativas y maladaptativas. Las intervenciones del terapeuta estarán relacionadas con el tipo de emoción con que se esté trabajando en sesión (Greenberg, 2006).

Las emociones primarias se refieren a las reacciones emocionales más fundamentales y directas de las personas frente a una situación. Por ejemplo, la emoción de tristeza frente a la muerte de un ser querido. Las emociones secundarias son respuestas a los sentimientos o pensamientos más que a una situación en particular. Siguiendo con el ejemplo, una emoción secundaria podría ser la emoción de rabia o negación frente a la tristeza de la pérdida (Greenberg, 2006).

Por otro lado, las emociones adaptativas son aquellas que a través de su contacto se accede a información útil que moviliza a la persona a la resolución de sus conflictos y la consecución de sus necesidades. Por su parte, las emociones maladaptativas suelen ser emociones coherentes con situaciones pasadas, frecuentemente traumáticas, pero que no son adaptativas en la situación actual de vida de la persona. Estas emociones maladaptativas son respuestas que se repiten una y otra vez, y no cambian frente a distintas circunstancias ni proveen a la persona de dirección adaptativas para resolver sus problemas vitales (Greenberg, 2006). Según se conjugan estos tipos de emociones es como el terapeuta de Terapia Centrada en Emociones guía sus intervenciones, estas pueden ser:

Intervención para emoción primaria adaptativa. En terapia, las emociones secundarias maladaptativas suelen aparecer en primer lugar. Estas deben ser atenuadas y exploradas para llegar a la emoción primaria que las generan. Cuando se accede a la emoción primaria, existen dos opciones. Si la emoción primaria es adaptativa, esta debe ser accedida y la información útil para la resolución de problemas debe ser simbolizada para que se promueva una acción que busque resolverlos (Greenberg, 2006, Dillon et al., 2018).

Intervención para emoción primaria maladaptativa. Si la emoción primaria es maladaptativa, esta debe ser transformada o cambiada por emociones más adaptativas que promuevan la resolución de los problemas. Para ello, se promueve el llamado proceso de transformación de emoción por emoción. Esto se hace a través del proceso de activar la emoción dolorosa primaria, atender a la necesidad implícita insatisfecha y luego generar una respuesta adaptativa a esa necesidad, como la compasión, la rabia protectora y el duelo (Timulak, 2015). Se podría entender este proceso como una coactivación de la emoción primaria maladaptativa con otra experiencia incompatible, más adaptativa que anula, reemplaza o transforma la vieja respuesta (Greenberg, 2006, Greenberg et al., 2015). Esta segunda manera de trabajar con las emociones primarias, sería compatible con el trabajo de PRT. Dado que los procedimientos de evocar la emoción primaria maladaptativa y que luego esta sea yuxtapuesta con un conocimiento contradictorio parecieran ser similares a los procedimientos del PECN.

3. Pregunta y Objetivos

A partir de lo expuesto anteriormente, se construye la siguiente pregunta de investigación y objetivos:

Pregunta:

¿Cómo es la relación entre el cambio transformacional y los pasos del proceso de re-consolidación terapéutica 1, 2 y 3 (PECN) en dos procesos terapéuticos tratados con modelos de psicoterapia distintos?

Objetivo general

Explorar la relación entre el cambio transformacional y los pasos del proceso de re-consolidación terapéutica 1, 2 y 3 (PECN) en dos procesos terapéuticos tratados con modelos de psicoterapia distintos.

Objetivos específicos

1. Indagar si al observar un cambio transformacional en las pacientes se pueden observar los pasos de re-consolidación terapéutica 1, 2 y 3 (PECN) como precedentes en los dos procesos terapéuticos

2. Describir las principales similitudes y diferencias de la relación entre el cambio transformacional y los pasos de re-consolidación terapéutica 1,2,3 (PECN) en los dos procesos terapéuticos.

4. Marco metodológico

4.1 Diseño general

El diseño metodológico de esta investigación es el de estudio de caso. Este diseño se utiliza para analizar profundamente y de manera integral una unidad de medida para responder al planteamiento de un problema, probar una hipótesis y/o desarrollar teoría (Fernandez y Baptista, 2014). El diseño metodológico de este estudio es mixto (Hernández, Fernandez y Baptista, 2014).

El tipo de estudio de caso con el que se trabajará será el estudio de casos múltiples. Puesto que se estudia más de un caso y el proceso para estudiarlos se repite, lo que hace que la revisión de cada caso sea similar (Fernández y Baptista, 2014). Para responder el segundo objetivo específico de este estudio, se utiliza un diseño de estudios de casos múltiples entrelazados. Dado que desde un principio se pretende revisar comparativamente los casos, para buscar similitudes y diferencias (Fernández y Baptista, 2014).

Los alcances de esta investigación son exploratorios-descriptivos. Esto, porque por un lado se examinará un tema poco estudiado y por el otro este estudio buscará recoger

información sobre conceptos o variables para especificar características de un fenómeno (Fernández y Baptista, 2014). Esta investigación es parte de un pilotaje inicial de un estudio correlacional mayor aun diseño. El estudio mayor busca observar la presencia de PRT en distintos tipos de terapia para probar la hipótesis de que, de facilitarse un PECN en terapia este tendría como consecuencia un cambio transformacional. Para ello buscan recopilar datos de procesos de psicoterapia trabajados con modelos de terapia distintos (Ecker y Vaz, 2022).

4.2 Muestra

La muestra consta de grabaciones de video de sesiones clave de dos procesos psicoterapéuticos tratados con dos modelos de psicoterapia distintos. Los modelos son la Terapia de la Coherencia y la Terapia Centrada en Emociones. La selección de esta muestra es intencionada (Flick, 2004). Un primer criterio de selección fue que en los procesos terapéuticos se estime que se puede observar un PECN y un cambio transformacional. Los videos de la muestra seleccionada son de casos difundidos con la intención de ejemplificar un caso exitoso de trabajo de cada modelo. Al ser ambos modelos teóricamente compatibles con el PRT (Ecker et al., 2012), se podría conjeturar que en un proceso exitoso trabajado con estos modelos podría significar que un PECN fue facilitado y que ocurrió un cambio transformacional. Un segundo criterio de selección fue que los procesos de psicoterapia fueran trabajados con modelos distintos. Por último, la selección de la muestra utilizó un criterio de disponibilidad de acceso.

4.2.1 Caso Terapia de la Coherencia. Los videos de los procesos terapéuticos fueron facilitados por Bruce Ecker, un investigador que forma parte del estudio mayor en diseño. El proceso terapéutico trabajado con la Terapia de la Coherencia consta de 5 sesiones, además de cinco sesiones de seguimiento. El terapeuta de este proceso fue Bruce Ecker. Las sesiones clave que se seleccionaron fueron las 4 y 5. Se considera a estas sesiones como clave, dado que luego de estas ocurre una remisión sintomática. Además, se incluyeron 5 sesiones de seguimiento (SS). La primera (SS1) fue realizada 2 semanas después de la sesión 5. La segunda (SS2) fue realizada 3,5 meses después de la sesión 5. La tercera (SS3) fue realizada 11 meses después de la sesión 5. La cuarta (SS4) fue realizada 4 años y 4 meses después de la sesión 5. La quinta (SS5) fue realizada 5 años y 8 meses luego de la sesión 5.

4.2.2 Caso Terapia Centrada en Emociones. Los videos del proceso terapéutico trabajado con este modelo, corresponden al registro de dos sesiones de psicoterapia, siendo la totalidad del proceso del proceso dos sesiones. El terapeuta de este proceso terapéutico fue

Leslie Greenberg. Estos videos fueron facilitados por Bruce Ecker. La decisión sobre cuáles sesiones se analizaron se dio por un criterio de disponibilidad de material.

4.3 Variables

Las principales variables que se analizaron en esta investigación son dos: El cambio transformacional y los pasos de re-consolidación de terapéutico 1,2,3 o (PECN). La primera variable, el cambio transformacional, se entenderá como un cambio terapéutico que presenta los siguientes indicadores: (1) La desaparición completa de uno o más síntomas trabajados. (2) La no reactivación de él o los estados emocionales que acompañaban a los síntomas en contextos en que antes lo hacían. (3) que los cambios 1 y 2 persisten sin esfuerzo, es decir sin medidas de mantención o prevención de recaídas (Ecker y Vaz, 2022). La segunda variable -PECN- se entenderá como la presentación de las siguientes tres experiencias: (1) Una experiencia de reactivación de un esquema emocional. (2) La activación de una experiencia contradictoria que desconfirma el aprendizaje emocional reactivado en el paso (1), mientras este aún se encuentra activo. (3) Una o más repeticiones de la experiencia de yuxtaposición entre el esquema emocional reactivado en el paso 1 y la experiencia contradictoria activada en el paso 2 (Ecker, 2018, Ecker et al., 2012).

4.4 Instrumentos.

Sistema de codificación de desconfirmación 2.3.3 (Ecker et al., 2021a). Instrumento que permite a evaluadores entrenados detectar y calificar la ocurrencia de un PECN en sesiones de psicoterapia grabadas en video. Para ello se busca identificar y calificar 2 eventos específicos: Experiencias de acceso consciente al material que anteriormente se encontraba fuera de la conciencia y que contribuye directamente a la producción de síntomas. Experiencias que contradicen al material generador de síntomas, que ocurre de manera concurrente con la experimentación del material generador de síntomas. Esto es, una yuxtaposición de dos experiencias que se contradicen entre sí. Estos dos eventos pueden ser observados en 4 experiencias: (1) nuevas experiencias de acceso, (2) experiencias de acceso concurrentes, (3) experiencias contradictorias concurrentes y (4) experiencias de yuxtaposición repetidas (Ver anexo A).

Sistema de codificación de cambio transformacional 5.1 (Ecker et al., 2021b): Instrumento que permite a psicoterapeutas detectar y evaluar la ocurrencia de cambio transformacional en sesiones de psicoterapia grabadas en video. Para ello se busca detectar y evaluar los 3 indicadores de cambio transformacional: (1) desaparición de un o más síntomas

del cliente (un comportamiento no deseado, estado mental o trastorno somático), (2) desaparición de toda reactivación del estado propio subyacente al síntoma y (3) permanencia en el tiempo sin esfuerzo de estos dos cambios una vez que suceden (Ver anexo B).

4.5 Procedimiento de análisis

Entrenamiento. El evaluador pasó por un proceso de entrenamiento para poder aplicar ambos instrumentos, este constó de tres pasos. El primero fue el estudio de los instrumentos. El segundo fue su aplicación a videos de extractos de terapia seleccionados por Bruce Ecker. Un extracto de video fue utilizado para practicar la aplicación del Sistema de Codificación de Desconfirmación y otro distinto para practicar la aplicación del Sistema de Codificación de Cambio Transformacional. Luego se compararon los resultados obtenidos con resultados estándar del instituto. El tercer y último paso del entrenamiento consistió en observar y codificar el material de video de dos sesiones de terapia completas. A diferencia del paso 2, se utilizaron ambos instrumentos para evaluar los mismos videos. Los resultados luego fueron consensuados con otro evaluador ya entrenado.

Aplicación de instrumentos a los casos de Terapia de la Coherencia y Terapia Centrada en Emociones. Finalizado el entrenamiento, se procedió a codificar los vídeos de psicoterapia correspondientes a la muestra del estudio. Primero se aplicó el instrumento Sistema de Codificación de Desconfirmación y luego el Sistema de Codificación de Cambio Transformacional. El ejercicio de aplicación siguió los protocolos establecidos por los instrumentos, estos son: en primer lugar, cada video se observó detenidamente por periodos de no más de 2 minutos seguidos. Al finalizar estos periodos, se evaluaba la presencia de las experiencias y/o de los indicadores de cambio transformacional. Cuando se consideró que uno de estos fenómenos fue observado, se creó una tabla en donde se puntuó cada una de las subcategorías que componen cada fenómeno. Este proceso se realizó un mínimo de cinco veces por sesión para refinar la codificación del material. Una vez finalizada la codificación de todas las sesiones de video que componen la muestra, los resultados fueron consensuados con un co-evaluador.

Análisis. Para analizar el primer objetivo específico se tomó en consideración las dos variables para realizar una tabla de contingencia (Sánchez, 2005) , buscando observar la aparición de los pasos del PRT y el cambio transformacional para cada esquema y sus síntomas asociados en los dos procesos de psicoterapia analizados en la presente

investigación. El análisis que se llevó a cabo para observar los pasos del PRT y el cambio transformacional fue el siguiente:

La fase de preparación consta de 3 pasos (A-B-C). En el paso A, se vieron las sesión de los dos proceso psicoterapéuticos y se identificaron los síntomas para cada uno de los procesos. En el paso B, se identificaron y evaluaron los esquemas que generan la sintomatología identificada en el paso A para cada uno de los procesos. Para el paso C, se identificaron y evaluaron esquemas incompatibles con el identificado en el paso B, para cada uno de los procesos (Ecker, 2020).

Por su parte la fase de nulificación (PECN) también tiene 3 pasos (1-2-3). El paso 1 consistió en identificar y evaluar una experiencia de acceso a un esquema generador de síntomas identificado en el paso B. En el paso 2 se identificó y evaluó una experiencia de acceso al esquema incompatible identificado en el Paso C, mientras el esquema generador de los síntomas se encuentra activo. En el paso 3, se identificaron y evaluaron repeticiones de la co-activación de esquemas incompatibles (1-2). Por último, la fase de verificación de nulificación tiene un paso (V), en donde se evalúa la presencia de los 3 indicadores de cambio transformacional en los dos casos (Ecker, 2020).

Por otra parte, el análisis que se llevó a cabo buscando la consecución del segundo objetivo específico consistió en un análisis de contenido de los procesos psicoterapéuticos considerando la comunicación verbal y no verbal (Andreu, 2002). Para ello, se utilizaron 5 preguntas directrices. (1) ¿Cuáles son las principales similitudes y diferencias observadas en los síntomas y esquemas trabajados en los procesos terapéuticos?. (2) ¿Se dan todos los pasos del PRT en los casos trabajados ambos modelos?. (3) ¿Cuán fácil o difícil es observar los pasos del PRT en los casos trabajados con ambos modelos?. (4) ¿Cómo se facilita el PRT en cada proceso de psicoterapia? (5) ¿Cuáles son posibles facilitadores y obstaculizadores para el PRT en proceso terapéutico?. Estas preguntas fueron elaboradas junto con el profesor patrocinante, tomando en consideración las proyecciones de la investigación piloto (Marquez, 2021). Finalmente ambos análisis dialogan para dar respuesta al objetivo general de la presente investigación

4.6 Consideraciones Éticas

Los videos originales fueron grabados con el consentimiento explícito de los participantes y están a disposición de público especializado en salud mental con fines formativos. En la presentación de los datos se mantiene el anonimato de los participantes.

5. Resultados

La presentación de resultados será dividida en dos partes. En la primera se presentará información que permita responder al primer objetivo específico: Indagar si al observar un cambio transformacional en las pacientes se pueden observar los pasos de re-consolidación terapéutica 1, 2 y 3 (PECN) como precedentes en los dos procesos terapéuticos. La segunda parte presentará información que permita responder el segundo objetivo específico: Describir las principales similitudes y diferencias de la relación entre el cambio transformacional y los pasos de re-consolidación terapéutica 1,2,3 (PECN) en los dos procesos terapéuticos.

(A) Primer parte

5.1 Caso Terapia de la Coherencia.

5.1.1 Presentación del caso. María es la paciente de este proceso terapéutico. Ella es una mujer estadounidense de 66 años, de profesión psicoterapeuta. Es la mayor de 6 hermanos y al momento del proceso tiene una pareja llamada Esteban. Su proceso terapéutico con Bruce Ecker constó de 5 sesiones. En las 3 sesiones iniciales el trabajo se enfocó en el síntoma de la procrastinación, el cual fue relacionado con la necesidad de la paciente de estar siempre alerta para cuidar al resto, lo que la obstaculizaba para concentrarse en sus propias tareas. En la cuarta sesión se constata que la procrastinación cesa y se configura un nuevo motivo de consulta: la constante sensación de peligro y miedo de la paciente. Esta se expresa tanto corporalmente, sintiendo el cuerpo tenso, como psíquicamente, estando siempre en estado de alerta. Esta sensación de peligro y el consecuente miedo se activa sin que la paciente pueda reconocer algún gatillante.

Al explorar cómo y cuándo aparecen los síntomas, la paciente comienza a relacionarlos con aprendizajes que tuvieron como origen la relación con su madre. Ella usualmente se olvidaba de las conversaciones que tenía con su hija, además de tener una relación de intermitente empatía. Cuando la paciente intentaba hacerle ver a su madre que esto ocurría,

ella lo negaba tajantemente. Esta relación le dejó el aprendizaje de que ella debe estar atenta a todo lo que dice o hace una persona con la que se está relacionando, porque existe el peligro de que la otra persona no recuerde o reconozca lo ocurrido en la relación generando que la paciente tenga la devastadora experiencia de no existir. Esta sesión fue dedicada a explorar detalladamente los contenidos de este aprendizaje y su relación con los síntomas. Finalmente, toda esta información es concordada entre el terapeuta y la paciente y es escrita en una tarjeta para que María pueda leerla entre sesiones.

En la sesión 5, María relata que la experiencia de no existir le ocurría en la relación con su madre, sino que también con su padre. Con él la experiencia sucedía cuando él se enojaba descontroladamente. En esta sesión la paciente cuenta que ha descubierto que el ser complaciente y estar siempre tensa y alerta son conductas que tendrían como objetivo evitar el sentir que no existe. Entre sesiones la paciente intentó conscientemente no tener estas conductas para darle un espacio a la experiencia de sentir que no existe. Así, al no ser complaciente, tuvo una discusión con Esteban. En donde la paciente se enojó con él porque había olvidado una conversación significativa que habían tenido recientemente. Con ayuda del terapeuta, María pudo notar que Esteban a diferencia de su madre, sí reconoció su olvido y le pidió perdón. Esta experiencia generó un nuevo conocimiento que contradecía el viejo aprendizaje, generando la yuxtaposición que se está buscando. Esta yuxtaposición es reconocida tanto por el paciente como por el terapeuta y durante el resto de la sesión se intenciona su repetición. Al final de la sesión, mientras se escribe en conjunto en una tarjeta el detalle de la yuxtaposición, se puede observar que tanto los síntomas como el viejo aprendizaje dejan de presentarse.

5.1.2 Proceso de Re-consolidación Terapéutica. En el trabajo terapéutico de María con Bruce Ecker, fue posible identificar 3 síntomas y un esquema generador de síntomas. A continuación presentará como sucedieron los pasos del PRT para estos síntomas y el su esquema. Para revisar las tablas y el detalle de los resultados de la aplicación de los instrumentos Sistema de Codificación de Desconfirmación y Sistema de Codificación de Cambio Transformacional (revisar anexo C).

Fase Preparación.

Paso A. Identificación de síntomas. Los síntomas identificados en el proceso fueron los siguientes:

D. Respuestas emocionales intensas de miedo, soledad y/o rabia como consecuencia de experimentar un conflicto interpersonal, desacuerdos y/o que una persona se olvide de algo que se dijo.

E. Conductas de hipervigilancia y complacencia compulsiva para evitar entrar en conflictos interpersonales.

F. Tensión física intensa relacionada con la expectativa de un conflicto interpersonal.

Paso B. Identificación esquema generador de síntomas. En el proceso se identificó un esquema (W) que fue relacionado con la aparición de los síntomas D, E y F. Se accede por primera vez a este esquema en la sesión 4 minuto 14:00 y en la sesión 5 se profundiza en su contenido. El primer acceso ocurre cuando se explora el síntoma E buscando entender cuál es la función que este cumple para la paciente. Allí, la paciente se conecta con intensas emociones de miedo y rabia que luego son elaboradas y ordenadas en el esquema W. Durante el proceso terapéutico el contenido del esquema se va ampliando y tanto el terapeuta como la paciente logran el consenso de que el esquema W es el siguiente:

Existe siempre el peligro de que Esteban o cualquier persona pueda enojarse, ser crítico, estar insatisfecho conmigo u olvidarse de algo que se ha dicho (...)Que esto ocurra, significa que nuestra realidad compartida es desintegrada, cayéndose a pedazos frente a mis propios ojos. tal como pasó una y otra vez con mi madre y padre (...) Esto provoca que me sumerja en una oscuridad terrorífica, en donde no existo para mi misma ni para el resto (...) Allí, me siento totalmente sola, varada, atrapada y sin esperanza de poder encontrar una salida (...) Por ello, es urgente estar en estado de alerta constante, atenta a todo lo que está ocurriendo a mi alrededor (...) Esto me permite mantener el control en la fabricación de la realidad compartida, cuidando así que esta no se desintegre y protegiéndome de ser sumergida en el terror de no existir (...) (María)

Paso C. Identificación de conocimiento contradictorio. Para el esquema W se pudo identificar un esquema contradictorio en la sesión 5 minuto 14:00, su contenido es el siguiente:

Hay personas, como mi pareja, que tienen las habilidades y la disposición de restablecer una realidad compartida en caso de que esta se vea interrumpida. Por lo que, de ocurrir, no estoy atrapada sin salida en un hoyo negro en donde no existo (...) Además, si me encuentro con personas que no tienen la capacidad o la intención de restablecer una realidad compartida, puedo simplemente alejarme de ellas. No necesito vincularse con ese tiempo de personas (María)

Fase nulificación (PECN).

Paso 1. Experiencia de acceso a esquema generador de síntomas: ¿Se puede observar una experiencia de acceso al esquema generador de síntomas W?

En la sesión 5, se observa una experiencia de acceso al esquema generador de síntomas W al mismo tiempo que se accede al esquema contradictorio (Paso 1). El acceso al

material generador de síntomas ocurre cuando la paciente relata una discusión que tuvo con su pareja. En donde él, de la misma manera en que una y otra vez ocurrió en conversaciones entre la paciente y su madre, se había olvidado de una conversación importante. Esto provocó que se reactivará el esquema W, y que la paciente se sintiera aterrorizada y alerta. Si bien esto ocurrió fuera de la sesión, mientras la paciente relata los hechos, se conecta experiencialmente con el esquema W. La siguiente viñeta describe lo ocurrido.

María: Y luego, el estaba trayendo el tema de nuevo durante la mañana y le dije “Espera un minuto, hablamos por una hora. Y tocamos temas muy personales en esa hora. Yo te hable del trabajo que estoy haciendo con Bruce y tu me compartiste algunas cosas que te habías dado cuenta de ti mismo ¿qué pasó con eso?. Ahora está eso “espera un minuto ¿donde está nuestra realidad compartida?

Terapeuta: ¡Muy bien!

María: Pero me puse a llorar, sabes, como que yo era esa parte sobre...pero me quede. Le dije “Que paso con esto? Sabes, es como ¿simplemente lo borraste?

Respuesta: Sí, se puede observar una experiencia del esquema generador de síntomas.

Paso 2. Experiencia de acceso a esquema contradictorio mientras el esquema generador de síntomas se encuentra activo. ¿Se observa la yuxtaposición entre un esquema generador de síntoma y un esquema contradictorio?

En la sesión 5 se observa una experiencia de acceso al esquema contradictorio al mismo tiempo que se experimenta el esquema generador de síntomas (Paso 2). El conocimiento contradictorio es experimentado cuando la cliente reconoce que si bien su pareja se volvió fría y distante de manera inesperada, tal como lo hacía su madre, con él si podía reparar su “realidad compartida”. Esto le permite comprender que existen personas que tienen la habilidad y disposición para reparar la realidad compartida en caso de existir desencuentros o discusiones. Por lo que de entrar nuevamente a la oscuridad terrorífica en donde no existe, ya no estaría atrapada allí sin esperanzas de salir. Como consecuencia, la paciente luego reconoce que tanto como hay personas dispuestas, también hay personas que no están dispuestas o no tienen la habilidad de reparar la relación (como su madre), con ellas sería mejor no esforzarse y alejarse.

Terapeuta: Si, ahora deja entrar eso -todas esas partes antiguas y las nuevas- no es como no ocurre de la misma manera que en el pasado (con sus padres). Estás con alguien que no abandona irreversiblemente la realidad compartida. Si ocurre, puedes

expresarlo y él va a recibirlo y reparar la realidad juntos. No estás atrapada sin esperanza cuando eso ocurre.

María: Ok, si, esa es la parte acerca de no estar atrapada sin esperanza

Terapeuta: Quizás esa es la yuxtaposición: Wow, todo este tiempo he estado atrapada sin poder hacer nada, y he estado esperando estarlo nuevamente y por eso es terrorífico. Pero, espero un momento. Con él (su pareja) no estoy atrapada sin poder hacer nada al respecto.

María: No, no lo estoy ¡No, no lo estoy! No estoy atrapada sin nada que hacer. Si, esa es una parte central: no estoy atrapada y desamparada. El (su pareja), va a hacer eso (reparar la realidad) conmigo.

Respuesta. Si, se puede observar una yuxtaposición de esquemas.

Paso 3. Repeticiones de yuxtaposición. ¿Se observan repeticiones de la yuxtaposición entre el esquema generador de síntomas A y un esquema contradictorio?

En el proceso se pudieron observar cuatro repeticiones de la yuxtaposición, apareciendo estas en los últimos 15 minutos de la sesión 5. En las cuatro experiencias hay contacto experiencial, un reconocimiento explícito del esquema generador de síntomas y del esquema contradictoria. Además, en las yuxtaposiciones se profundiza en el conocimiento contradictorio, agregando nuevos elementos. Como por ejemplo, tras reconocer la paciente que existen personas que la pueden ayudar a mantener la realidad ella, sintiéndose profundamente aliviada, dice que por primera vez siente que tiene una red de seguridad.

Respuesta: Si, se pueden evidenciar experiencias repetidas de yuxtaposición de esquemas contradictorios.

Fase de verificación (V). Para la fase de verificación de la nulificación del esquema generador de síntomas, se tomaron en consideración las siguientes 4 preguntas a modo de desglose de los 3 indicadores de cambio transformacional.

V.1 ¿Se observa cese sintomático?

Respuesta: Para los síntomas D, E y F se observó el cese sintomático en contextos en donde anteriormente se presentaban.

V.2 ¿Se observa una no reactivación del esquema W?

Respuesta: Se observó la no reactivación del esquema A en contextos en donde antes este era activado.

V.3.1 ¿Existe esfuerzo para la no reactivación del esquema W y los ceses sintomáticos?

Respuesta: En ninguna no reactivación y ceses sintomáticos se identificaron esfuerzos.

V.3.2 ¿Persisten en el tiempo la no reactivación y los ceses sintomáticos?

Respuesta: Como muestra la tabla (Ver tabla 1) es posible afirmar que el cese del síntoma D y la no reactivación del esquema W se mantienen en el tiempo al menos 5 años y 8 meses luego de que fueran observadas por primera vez en la sesión 5. Para síntoma E se puede afirmar que el cese sintomático persiste al menos 2 semanas luego de la sesión 5. Por último, no se puede afirmar que el cese sintomático del síntoma F persista en el tiempo puesto que no fue chequeado en la SS.

Tabla 1

Persistencia de la no reactivación del esquema y el cese de los síntomas registrados en las sesiones de seguimiento (SS).

Síntomas y esquema	SS1	SS2	SS3	SS4	SS5
Síntoma E	Si	Si	Si	Si	Si
Síntoma D	Si	No se aprecia	No se aprecia	No se aprecia	No se aprecia
Síntoma F	No se aprecia				
Esquema W	Si	Si	Si	Si	Si

5.1.3 Resumen. Considerando la información expuesta anteriormente (ver tabla 2), es posible afirmar que ocurrió un PECN y un cambio transformacional en el proceso terapéutico de María. Además, teniendo en cuenta la secuencia temporal en que ocurrieron estos eventos, se puede afirmar que el cambio transformacional ocurrió posteriormente a que se observan los 3 pasos del PECN. Los indicadores de cambio transformacional se presentan de manera evidente para el esquema W y el síntoma D y de manera parcial para los síntomas E y F. Para estos síntomas, si bien existe evidencia de que estos no se presentaron en contextos en donde antes sí lo hacía, al no ser chequeados con posterioridad no se puede afirmar que los cambios se mantengan en el tiempo. Si bien esto dificulta que se pueda afirmar que estos síntomas fueron nulificados, al ser posible afirmar que ocurrió un PECN para el esquema W y al ser este el esquema que estaría generando y sosteniendo los síntomas E y F. Sería posible inferir que en la medida que persista la no reactivación del esquema W, también persistirá el cese sintomático de E y F. Finalmente, se podría afirmar que en este proceso ocurrieron todos los pasos del PRT.

Tabla 2

Presencia, sesión y tiempo de los pasos del PRT para el esquema trabajado en el proceso terapéutico de la Terapia de la Coherencia.

Esquema	Paso A	Paso B	Paso C	Paso 1	Paso 2	Paso 3	Paso V
Esquema W	Si (S4, min 1)	Si (S4, min 14)	Si (S5, min 14)	Si (S5, min 11)	Si (S5, min 18)	Si (S5, min 24)	Si (S5, min 28)

5.2 Caso de la Terapia Centrada en Emociones.

5.2.1 Presentación del caso. Nancy es una mujer joven estadounidense, divorciada de un matrimonio en donde existieron abusos físicos y psicológicos. Con su ex esposo tuvieron un hijo quien vive actualmente con ella. La paciente es la hermana mayor de 3, tiene una hermana y un hermano. Al momento de la terapia se encontraba en una relación de pareja de 6 meses. La paciente tiene dos trabajos además de estar estudiando una maestría. Su proceso terapéutico con Leslie Greenberg fue de 2 sesiones, las cuales fueron grabadas con la intención de exhibir como es el trabajo terapéutico con la Terapia Centrada en Emociones.

En los primeros minutos de la primera sesión Nancy cuenta que el motivo por el cual consultó es que se siente cansada, insatisfecha con su vida y sin esperanza de que esta situación pueda cambiar. Paciente y terapeuta exploran esta sintomatología logrando dar cuenta que este malestar estaba íntimamente relacionado con una fuerte autocrítica y decepción por el estado en que se encontraba su vida luego de haberse separado de su ex pareja. El terapeuta luego le pide a la paciente hacer un diálogo de partes entre la parte que la culpa por todo lo que le ocurrió en su relación de matrimonio y la parte que es culpada. En este diálogo, la paciente logra reconocer que ella fue una víctima de las circunstancias y puede perdonarse. Producto de este diálogo aparece un segundo contenido, relacionado con deber ser perfecta que la lleva a tener un bajo autoestima y ser hipercrítica. Este contenido también se explora y trabaja a través de un diálogo de partes entre la parte que la critica y le exige ser perfecta y la parte que recibe estas críticas. Al finalizar la sesión la paciente logra reconocer que no puede ser perfecta, que lo que ha hecho ella con su vida es algo de lo que puede estar orgullosa. Además, llega a la realización de que entre más busca ser perfecta peor se siente, por lo que perseguir la perfección no valdría la pena.

El terapeuta inicia la segunda sesión consultándole a Nancy como se ha sentido luego de la primera sesión. La paciente cuenta que los síntomas de crítica extrema, culpa, baja autoestima y desesperanza no han aparecido entre sesiones. La sesión continúa historizando

el segundo contenido y se descubre que su necesidad de ser perfecta está ligada a un mandato que su madre le impuso desde que ella era pequeña. Según la paciente, su madre en un intento por protegerla, le enseñó que el mundo era un lugar peligroso y que la única manera de evitar estos peligros era haciendo exactamente lo que ella le decía que hiciera. El terapeuta vuelve a hacer un diálogo de partes, esta vez entre la paciente y la representación que la paciente tiene de su madre. En este diálogo, la paciente se conecta nuevamente con el conocimiento de que ella es una persona adulta, imperfecta, que pueda tomar sus propias decisiones y las críticas de su madre por no hacer lo que ella considera lo correcto le parecen insensatas. Al darse este diálogo emerge un tercer contenido, relacionado con la pena y el dolor que le genera que su madre la haya criticado toda su vida y la incapacidad de dejar de tener la esperanza de que su madre la trate de un modo distinto; más comprensivo y validador. Si bien Nancy logra conectarse con una incipiente rabia y decepción para con su madre y su forma de vincularse con ella, reconoce que aún le falta mucho trabajo para resolver ese contenido.

5.2.2 Proceso de Re-consolidación Terapéutica. En el trabajo terapéutico de Nancy con Leslie Greenberg, fueron posible identificar 3 síntomas y tres esquemas generadores de síntomas. A continuación se describirán estos síntomas y el esquema, además de presentar cómo sucedieron los pasos del PRT. Para revisar las tablas y el detalle de los resultados de la aplicación de los instrumentos Sistema de Codificación de Desconfirmación y Sistema de Codificación de Cambio Transformacional (revisar anexo D).

Fase Preparación.

Paso A. Identificación de síntomas. Los síntomas identificados en el proceso fueron los siguientes:

Síntoma G. La cliente se siente cansada y desesperanzada por no poder sentir alegría o satisfacción en su vida.

Síntoma H. Culpa extrema, fuerte autocrítica y baja autoestima.

Síntoma I. Tristeza intensa como consecuencia de no tener una relación cercana con su madre.

Paso B. Identificación esquema generado de síntomas. En las sesiones evaluadas se identificaron 3 esquemas generadores de síntomas: X, Y y Z.

Esquema X: En la primera sesión, la paciente cuenta que a pesar de lograr las metas que se propone, no logra sentirse satisfecha con su vida (Síntoma G). La paciente relaciona esta insatisfacción con la culpa por no poder darle un buen hogar donde vivir a su hijo luego de

haber escapado de su anterior casa en donde vivían con su ex marido. Además, la paciente se recrimina haber ignorado todos los signos que podían haberle hecho presagiar que su ex marido era una mala persona. Así, se puede ver como el esquema X es el principal generador del síntoma G y también participa en la generación del síntoma H. En la siguiente viñeta el terapeuta resumen lo contado por la paciente:

Terapeuta: Es casi como si te castigaras por no haber prestado atención a esos signos y luego la emoción es la de ser responsable por... Supongo que por el dolor causado hacia ti y hacia tu hijo por haberse involucrado con él (su ex marido)

Nancy: Exactamente

Así, el contenido del esquema X podría ser resumido como “el sufrimiento de mi hijo y el mío provocado por mi relación y ruptura con mi ex pareja es mi responsabilidad, por lo que merezco el mal momento por lo que estoy pasando (...)” (Nancy).

Esquema Y: En la mitad de la primera sesión, aparece por primera vez el esquema Y. Esto ocurre cuando la paciente reconoce que si bien le es posible perdonarse por haber elegido estar con su ex pareja, necesita que ella no vuelva a cometer errores para poder amarse y estar tranquila consigo misma. Este esquema también está asociado a la generación del síntoma H y puede ser resumido en “No puedo ser yo misma, debo ser perfecta y ser siempre mejor porque de lo contrario no merezco el amor mío ni el de mi madre (...)” (Nancy).

Esquema Z: En la segunda sesión, mientras el terapeuta guía un trabajo de diálogo de partes entre la paciente y su madre interna. Se accede por primera vez al esquema Z como reacción a una dura crítica que le hace su madre interna. Así, la paciente se conecta con una intensa pena producto de no tener la validación de su madre (Síntoma I). El contenido de este esquema puede ser resumido como “Aunque se que mi madre no es capaz de darme su aprobación y amor, no dejar de anhelarlo (...) Tampoco puedo enojarme con ella por su incapacidad “ (Nancy).

Paso C. Identificación de conocimiento contradictorio. En el proceso se identificaron conocimientos contradictorios para los esquemas X, Y y Z. A continuación se presentarán superficialmente. En el punto 2.2.2, en los pasos Pasos 2.A, 2.B y 2.C se describirán con mayor detalle.

Esquema X: El conocimiento contradictorio fue identificado en la sesión 1, en el minuto 21:00 y su contenido puede ser resumido en: “Cuando conocí a mi ex esposo estaba pasando por un momento muy difícil en mi vida y él me dio la validación y apoyo que necesitaba (...) Fui una víctima de las circunstancias” (Nancy).

Esquema Y: El conocimiento contradictorio fue identificado en la sesión 1, en el minuto 28:00 y su contenido puede ser resumido en:

No soy perfecta, voy a cometer errores porque soy un ser humano. No puedo esperar ser perfecta porque no lo soy (...) Es imposible hacer feliz a mi madre, nunca seré suficiente para ella asique tengo que parar de hacer lo que ella quiere que yo haga y empezar a hacer lo que yo quiero hacer (...) Soy una adulta y tomo buenas decisiones (Nancy).

Esquema Z. El conocimiento contradictorio fue identificado en la sesión 2 , en el minuto 20:00 y su contenido puede ser sintetizado en “Es una lastima que con mi madre jamás podremos tener una relación cercana, realmente me decepciona” (Nancy).

Fase nulificación (PECN).

Paso 1.X Experiencia de acceso a esquema generador de síntomas X :¿Se puede observar una experiencia de acceso al esquema generador de síntomas A.2?

En la sesión 1 se observa una experiencia de acceso al esquema generador de síntomas X al mismo tiempo que se accede al esquema contradictorio (Paso 1). Luego que apareciera en la sesión un acceso al esquema generador de síntomas X, el terapeuta facilitó una reactivación durante un ejercicio de un diálogo entre la paciente y la parte de ella que la culpa por el sufrimiento por el que pasaron ella y su hijo en su relación con su ex esposo. En esta reactivación del esquema X la paciente se contacta notoriamente con profunda pena y entre lágrimas ocurre el diálogo exhibido en la siguiente viñeta clínica.

Nancy: (hablándose a sí misma del pasado): Deberías haber actuado mejor, no deberías haberte involucrado con él (su ex marido) para empezar. Porque estaban todas estas señales y no te trataba bien cuando estaban recién empezando a salir.

Terapeuta: Dile cuáles eran estos signos o a que debería haberle prestado atención

Nancy: Deberías haber prestado atención al hecho de que llegaba tarde todo el tiempo, que salía a bares todo el tiempo dejándote sola en casa y que te mentía. Y, la primera vez que te pego debiste, debiste simplemente dejarlo. Debiste haberte marchado en ese preciso momento. Por eso era una estúpida, porque no lo hiciste.

Terapeuta: Si, asique es como “eres una estúpida” claro claro. Díselo nuevamente. Esto es lo que tu sientes así que...

Nancy: Eres una estúpida porque no te marchaste y terminaste la relación la primera vez que te pego y debiste haber tenido más autoestima.

Respuesta: Sí, se puede observar una experiencia del esquema generador de síntomas X.

Paso 2.X. Experiencia de acceso a esquema contradictorio mientras el esquema generador de síntomas se encuentra activo: ¿Se observa la yuxtaposición entre el esquema generador de síntoma X y un esquema contradictorio?

En la sesión 1, se observa una experiencia de acceso al esquema contradictorio al mismo tiempo que la paciente experimenta el esquema generador de síntomas X (paso 2). Aun en el ejercicio del diálogo con la parte de ella que la culpaba, el conocimiento contradictorio es experimentado cuando la cliente logra conectarse con como estaba emocionalmente cuando conoció a su ex pareja. Ella recuerda que se sentía muy mal con la muerte de su amiga en un accidente automovilístico, del cual estaba siendo culpada por su entorno. Recuerda que cuando conoció a su ex pareja, este le dio validación y apoyo en ese difícil momento. Esto la hizo comprender que ella fue una víctima de las circunstancias y que acabar en la relación abusiva con su ex-marido no fue su culpa.

Nancy: Siento que ella no estaba haciendo nada intencionalmente y que ella fue una víctima de las circunstancias.

Terapeuta: Si, si... entonces sientes algo... Digo, es un sentimiento algo más compasivo ¿cierto? Yo entiendo... Dile lo que entiendes...

Nancy: Entiendo que eso fue lo que te tuvo sintiéndote mal contigo misma y entiendo que estabas tratando de encontrar a alguien que te quisiera y que en ese momento sentiste que esa persona (su ex marido) era la persona que te amaba. Y lo siento mucho de que terminaras en esta situación.

Respuesta: Si, se puede observar una yuxtaposición de esquemas.

Paso 3.X. Repeticiones de yuxtaposición: ¿Se observan repeticiones de la yuxtaposición entre el esquema generador de síntoma X y un esquema contradictorio?

Respuesta: No se puede observar repetición de la yuxtaposición entre el esquema generador de síntomas X y un esquema contradictorio.

Paso 1.Y. Experiencia de acceso a esquema generador de síntomas Y: ¿Se puede observar una experiencia de acceso al esquema generador de síntomas Y?

En el proceso terapéutico se pueden observar en dos momentos una experiencia de acceso al esquema generador de síntomas Y -una en la sesión 1 y otra en la sesión 2- al mismo tiempo que se accede al esquema contradictorio (Paso 1). La primera experiencia de acceso al esquema Y ocurre durante un ejercicio de diálogo de partes. En él, la paciente se dice a sí misma que podrá perdonarse por haber elegido a su ex-esposo solo si no vuelve a cometer el error de no ver claramente como es una persona. En la segunda experiencia de

acceso la cliente estaba dialogando con su madre interna. Allí, se posiciona desde su madre hablándose a sí misma lo que la hace adoptar una postura hipercrítica y perfeccionista. Esto hace que se conecte con el esquema generador de síntomas Y. Entre lágrimas, se dice a sí misma en todo lo que ha decepcionado a su madre.

Nancy: No creo que pueda perdonarte o aceptarte porque...

Terapeuta: Eso, dile eso “no te acepto y no te perdono”

Nancy: No te acepto y no te perdono

Terapeuta: No te perdono porque?

Nancy: No te perdono porque no has hecho nada de las cosas que yo quería que hicieras

Terapeuta: Dile que querías que hiciera

Nancy: Yo quería que fueras la más popular del colegio. Quería que fueras la reina del baile de graduación. Quería que crecieras para tocar el violín en la orquesta sinfónica de Chicago. Quería que te casaras con una persona con mucho dinero y que tuvieras lo mejor que la vida puede ofrecer.

Respuesta: Sí, se puede observar una experiencia del esquema generador de síntomas.

Paso 2. Y Experiencias de acceso a esquema contradictorio mientras el esquema generador de síntomas Y se encuentra activo: ¿Se observa la yuxtaposición entre un esquema generador de síntoma y un esquema contradictorio?

En el proceso terapéutico se pueden observar dos experiencias de acceso a un esquema contradictorio del esquema generador de síntomas Y mientras este se encuentra activo (Paso 2). La primera experiencia de acceso al esquema contradictorio sucede mientras el terapeuta y la paciente trabajan con un diálogo de partes. El acceso al conocimiento contradictorio ocurre cuando la paciente reconoce que la demanda que se pone a sí misma de no poder cometer errores es imposible. La paciente manifiesta “no soy perfecta y no tengo porque serlo porque soy un ser humano y las personas cometen errores”. La segunda experiencia del esquema contradictorio ocurrió durante un diálogo interno de la paciente con la representación de su madre. En donde la paciente, luego ser duramente criticada por su madre, siente que las críticas son injustas y que ella no las merece. Nancy estuvo siempre dispuesta a postergarse para cumplir las expectativas de su madre y en este momento logra darse cuenta que no importaba que tanto intentara complacerla, jamás sería suficiente, por lo que debía comenzar a tomar sus propias decisiones. La siguiente viñeta clínica ilustra ese momento.

Terapeuta: ¿Qué te hace sentir?

Nancy: Me hace sentir que no es justo que ella ponga esas expectativas en mí. Trate mucho tiempo de vivir a la altura de sus expectativas, pero nunca pareció funcionar. Así que tome el camino opuesto...

Terapeuta: Díselo

Nancy: Traté... Traté de hacerte feliz y de vivir a la altura de tus expectativas. Traté de que estuvieras orgullosa de mí durante mucho tiempo y simplemente nunca fue suficiente para ti. Por eso decidí ir por el camino opuesto porque no importaba lo que hiciera, nunca estabas satisfecha con la persona que yo era.

Respuesta: Sí, se puede observar una yuxtaposición de esquemas.

Paso 3.B Repeticiones de yuxtaposición. ¿Se observan repeticiones de la yuxtaposición entre el esquema generador de síntoma Y y un esquema contradictorio?

En el proceso se pudieron observar seis repeticiones de la yuxtaposición entre el esquema generador de síntoma Y y un esquema contradictorio, tres en la sesión 1 y tres en la sesión 2. En todas las yuxtaposiciones tanto el terapeuta como la paciente reconocen ambos esquemas explícitamente y con cada yuxtaposición se profundiza en el conocimiento contradictorio. Es así, como la paciente le dice al terapeuta que no merecía que su madre la criticara de esa forma, que merecía ser querida como una persona con sus defectos y fortalezas. Además, reconoce que ella es una adulta que toma buenas decisiones y que no necesita de su madre para ello.

Respuesta: Sí, se pueden evidenciar experiencias repetidas de yuxtaposición de esquemas contradictorios.

Paso 1.Z Experiencia de acceso a esquema generador de síntomas Z. ¿Se puede observar una experiencia de acceso al esquema generador de síntomas Z?

En la sesión 2 se observa una experiencia de acceso al esquema generador de síntomas Z al mismo tiempo que se accede al esquema contradictorio (Paso 1). Este acceso a Z ocurre al final de la experiencia de acceso al esquema contradictorio de esquema Y, cuando la paciente reconoce que le era imposible para complacer a su madre. En este momento la paciente se conecta con el anhelo frustrado de recibir el amor y la aceptación de su madre. Esta verbalización es acompañada por un fuerte dolor y una gran pena. Luego el terapeuta le pide a la paciente que personifique la reacción de su madre ante ese diálogo, quien fríamente le dice que la ama pero dándole a entender realmente no lo hace. En la siguiente viñeta se representa esta escena.

Terapeuta: Y sigo intentando conseguir tu o deseando que tú... Dile que es lo que quieres

Nancy: (Entre lágrimas) Sigo intentando conseguir que estés orgullosa de mi y que simplemente me quieras por quien soy.

Terapeuta: Repite eso "Quiero que me quieras por quien yo soy"

Nancy: Quiero que me quieras por quien yo soy.

Terapeuta: De nuevo

Nancy: (ya más calmada) Quiero que me quieras por quien yo soy (...)

Terapeuta: Cambia ¿Qué dice cuando escucha esto?

Nancy: Yo si te quiero.

Terapeuta: Pero la actitud es... ¿Cuál es el mensaje que mandas?

Nancy: Realmente no te quiero, te voy a decir que te quiero porque es lo que quieres escuchar y es lo que supuestamente debo decir.

Respuesta: Sí, se puede observar una experiencia del esquema generador de síntomas

Paso 2.Z. Experiencias de acceso a esquema contradictorio mientras el esquema generador de síntomas Z se encuentra activo ¿Se observa la yuxtaposición entre un esquema generador de síntoma y un esquema contradictorio?

En la sesión 2, se observa una experiencia de acceso al esquema contradictorio al mismo tiempo que la paciente experimenta el esquema generador de síntomas Z (paso 2). El acceso a la experiencia contradictoria ocurre luego de que Nancy fuera duramente criticada por la representación de su madre interna durante un diálogo de partes. Allí, la paciente reconoce por primera vez en el proceso que es posible que nunca tenga una relación cercana con su madre y que no desea tener la relación que su madre puede ofrecerle

Terapeuta: ¿Qué sientes ante esta desaprobación?

Nancy: Siento que es una lastima que nunca vamos a poder tener una relación madre e hija cercana. Me siento decepcionada porque le das tanta importancia a pasar tiempo juntas e ir a la iglesia e ir de vacaciones familiares. No entiendo por que, si lo que sientes por mi es realmente es eso, te esfuerzas para involucrarme en esas instancias. La realidad es que pienso... No se si tengo razón pero pienso que quieres tenerme cerca para que me puedas recordar cómo he cometido errores en mi vida y para tratarme mal.

Terapeuta: Entonces me mantienes cerca para patearme

Nancy: Exacto

Terapeuta: ¿Cómo te hace sentir eso?

Nancy: No quiero que me pateen

Respuesta. Si, se puede observar una yuxtaposición de esquemas.

Paso 3.Z Repeticiones de yuxtaposición. ¿Se observan repeticiones de la yuxtaposición entre el esquema generador de síntoma Z y un esquema contradictorio?

En el proceso, en la sesión 2, se pudo observar una yuxtaposición entre el esquema generador de síntomas Z y un esquema contradictorio. La yuxtaposición es clara, con gran componente de conexión emocional, complejizando y agregando varios elementos a la primera yuxtaposición, especialmente al esquema contradictorio. En el contexto de un diálogo con su madre interna, el terapeuta invita a la paciente a verbalizar qué cosas le recienta. La paciente dice que le es muy difícil, que ella sigue viendo las cosas desde la perspectiva de su madre. En sus palabras manifiesta “Es difícil para mí enojarme cuando pienso en porque ella actúa de la manera en que lo hace”. El terapeuta le hace ver que pareciera ser que ella se pierde a sí misma al intentar comprender a su madre. Ante esto, la paciente dice “no quiero perderme a mí misma, me acabo de encontrar”, esto refleja el conocimiento contradictorio con el que se contacta, en donde ella no quiere poner a su madre primero, comprenderla y justificar su incapacidad de darle una relación de empatía y cariño. Dice que es muy duro para ella, pero que cada una tiene que vivir su propia vida y tener vidas separadas. Aunque conectarse con esta parte le otorga una sensación de alivio, la paciente reconoce que mantenerse en contacto con esta posición es difícil.

Respuesta: Sí, se pueden evidenciar experiencias repetidas de yuxtaposición de esquemas contradictorios.

Fase de verificación (V). Para la fase de verificación de la nulificación del esquema generador de síntomas, se tomaron en consideración las siguientes 4 preguntas a modo de desglose de los 3 indicadores de cambio transformacional.

V1. ¿Se observa cese sintomático?

Respuesta síntoma G: Se observó claramente un evento de cese sintomático en contextos en que antes ocurrían.

Respuesta síntoma H: Para el síntoma H se observaron 7 eventos de cese sintomático.

Respuesta síntoma I: Para el síntoma I se registró un evento de cese sintomático, pero la certeza de la observación fue moderada.

V.2 ¿Se observa una no reactivación de los esquemas?

Respuesta Esquema X: Sí, en una ocasión se observó una no reactivación del esquema en contextos en que antes lo hacían.

Respuesta Esquema Y: Sí, en tres ocasiones se observó una no reactivación del esquema en contextos en que antes se activaba.

Respuesta Esquema Z: Sí, en dos ocasiones se observó una no reactivación del esquema en contextos en que antes se activaba.

V.3.1 ¿Existe esfuerzo para la no reactivación de esquema y cese sintomático?

Respuesta: Para los síntomas G y H y esquemas X y Y no se observan esfuerzos. En el cambio, para síntoma I y esquema Z si se observan esfuerzos para la no reactivación y cese sintomático.

V.3.2 ¿Persiste en el tiempo la no reactivación de esquema y cese sintomático?

Respuesta: Si bien luego de la sesión no existieron sesiones de seguimiento. Durante las sesiones no existieron reactivación de los síntomas G y H y esquemas X y Y. Por otro lado, tanto el síntoma I y el esquema Z presentaron recaídas durante la sesión 2.

5.2.3 Resumen. Considerando la información expuesta anteriormente (Ver tabla 3) es probable que haya ocurrido un PECN y un cambio transformacional para los esquemas X y Y y los síntomas X y Y. Teniendo en cuenta la secuencia temporal, se puede afirmar que el cambio transformacional ocurrió posteriormente a que se observan los pasos PECN para los esquemas. Cabe destacar que para el esquema X no fue posible observar el paso (3) de la repetición de la yuxtaposición. En todo caso, tanto para los esquemas X y Y como para los síntomas G y H fue posible identificar claramente los indicadores de cambio transformacional: (1) La desaparición completa de uno o más síntomas trabajado y (2) La no reactivación de él o los estados emocionales que acompañaban a los síntomas en contextos en que antes lo hacían. Por otra parte, se puede identificar de manera parcial el indicador (3) Los cambios 1 y 2 persisten sin esfuerzo de mantención o prevención de recaídas. Si bien en la sesiones observadas no se evidencia esfuerzo para la no reactivación y cese sintomático, falta información que permita afirmar que estos indicadores se mantienen en el tiempo. Por consiguiente, sólo es posible afirmar de manera parcial la ocurrencia de un PRT para el esquema X y Y.

Para el caso del esquema Z y síntoma I, si bien se observaron los tres pasos del PECN, no se pudieron observar todos los indicadores del cambio transformacional. Si bien se identificaron momentos en donde el síntoma I cesaba y el esquema Z no era activado en contextos en que antes sí lo hizo, la paciente luego reconoció que estos eventos fueron producto de un esfuerzo consciente, además de observarse recaídas para el síntoma y el esquema Z en la sesión 2. Por lo que no es posible afirmar que el indicador (3) de cambio transformacional estuviera presente. Por ello, se descarta la ocurrencia de un PRT para el esquema Z.

Tabla 3

Presencia, sesión y tiempo de los pasos del PRT para los esquemas trabajados en el proceso terapéutico Terapia Centrada en Emociones.

Esquema	Paso A	Paso B	Paso C	Paso 1	Paso 2	Paso 3	Paso V
Esquema X	Si (S1. min 3)	Si (S1. min 13)	Si (S1. min 21)	Si (S1. min 17)	Si (S1. min 21)	No	Si, parcial (S1, min 24)
Esquema Y	Si (S1. min, 13)	Si (S1. min, 27)	Si (S1. min, 28)	Si (S1. min, 27)	Si (S1. min, 28)	Si (S1. min, 33)	Si, parcial (S1, min 36)
Esquema Z	Si (S2, min 9)	Si (S2, min 9)	Si (S2, min 20)	Si (S2, min 18)	Si (S2, min 20)	Si (S2, min 37)	No

(B) Segunda parte

5.3 ¿Cuáles son las principales similitudes y diferencias observadas en los síntomas y esquemas trabajados en los procesos terapéuticos?

Esquemas. En el proceso terapéutico Terapia de la Coherencia se trabaja un esquema W, el terror de la paciente de sentir que su percepción de la realidad no es compartida con otra persona. En el proceso terapéutico Terapia Centrada en Emociones, se trabajan tres esquemas. El primer esquema X, trata sobre la culpa de la paciente por el sufrimiento de su hijo y el suyo propio como consecuencia de su relación con su ex-marido. El segundo esquema Y, refiere a la necesidad de ser perfecta y no cometer errores para poder ser amada por su madre y por ella misma. El tercer esquema Z, tiene relación con la incapacidad de dejar de anhelar el amor de su madre, aun cuando ella sabe que su madre es incapaz de dárselo.

Similitudes. Estos esquemas tienen componentes interpersonales, son generados, activado y mantenidos por situaciones relacionales. Además, tanto el esquema X, como los esquemas Y y Z son esquemas que tienen en su origen conflictos con figuras de apego.

Diferencias. El esquema W funciona como una regla general de cómo funcionan las relaciones interpersonales, tiene un nivel de abstracción mayor. Los esquemas X, Y y Z funcionan como reglas de funcionamiento de relaciones interpersonales específicas, su nivel de abstracción es menor. Por otro lado, el esquema X a diferencia de los esquemas W, Y y Z no fue generado por una relación con una figura cuidadora y es el único esquema que fue originado en la adultez.

Síntomas. En el proceso Terapia de la Coherencia se trabajaron tres síntomas: (D) el miedo, rabia o pena intensa como respuesta a conflictos interpersonales; (E) conducta de hipervigilancia y de complacencia interpersonal compulsiva y (F) tensión física intensa. En el

proceso Terapia Centrada en Emociones también se trabajaron con tres síntomas: (G) insatisfacción vital y desesperanza; (H) culpa extrema, fuerte autocrítica y baja autoestima y (I) tristeza intensa como consecuencia de no tener una relación cercana con su madre.

Similitudes. Los síntomas D, E, F, H y I son síntomas que tienen su origen en la infancia de las pacientes. Por su parte los síntomas D y I son respuestas emocionales a la reexperimentación de una situación interpersonal traumática. Otra similitud se da entre los síntomas E, F y H, que son síntomas que tendrían la función de proteger a la persona de la re-experimentación de una situación traumática.

Diferencias. Si bien los síntomas D y I son respuesta emocionales a la reexperimentación de una situación interpersonal. El síntoma D puede aparecer en cualquier situación interpersonal, en cambio el síntoma I sólo aparece como consecuencia de un conflicto interpersonal con la madre de la paciente. En cuanto a los síntomas que funcionan como soluciones protectoras, el síntoma E insta a la paciente a actuar sobre su entorno, buscando mantener continuidad en un espacio intersubjetivo con las personas. Por su parte, el síntoma F es una respuesta fisiológica, automática que busca mantener a la paciente en un estado de alerta. En cambio el síntoma H insta a la paciente a modificar sus propias conductas para obtener rendimiento y, por consiguiente, amor. Finalmente, el síntoma A.2 es el resultado de situaciones contextuales desafortunadas que le ocurrieron a la paciente y las duras autocríticas del síntoma H.

5.4 ¿Se dan todos los pasos del PRT en los casos trabajados ambos modelos?

De acuerdo a lo expuesto anteriormente (ver tabla 2 y 3) es posible afirmar que solo para el esquema W se pueden asegurar que ocurren la totalidad de los pasos del PRT. Para el esquema X no fue posible observar una repetición de la yuxtaposición, aun cuando es posible que esta haya ocurrido de manera implícita. Para el esquema Y, se puede asegurar de solo de manera parcial que se dio el paso (V) porque no hay registros de su seguimiento. Finalmente para en el Z no fue posible evidenciar la no reactivación del esquema y el cese sintomático.

5.5 ¿Cuán fácil o difícil es observar los pasos del PRT en los casos trabajados con ambos modelos?

Terapia de la Coherencia. Para este caso la identificación de síntomas (Paso A) fue facilitada por la acción del terapeuta de dedicarle tiempo a explorarlos y clarificar cuál era su propósito para la paciente, en qué contextos se manifiestan y cómo lo hacían. Además la ocurrencia de estos síntomas eran chequeados constantemente a lo largo de las sesiones lo

que facilitó el paso (V). Por otra parte identificar los esquemas generadores de síntomas, los esquemas contradictorios y las yuxtaposiciones no revistió gran dificultad dado que no solo la paciente y el terapeuta se referían verbalmente a cada uno de estos eventos cuando ocurrieron sino que al final de las sesiones, se co-escribía una tarjeta con el resumen de los contenidos de estos esquemas lo que hacía más fácil identificarlos en las revisiones posteriores del material audiovisual lo que facilitó los pasos (B), (C), (1), (2) y (3). Finalmente, en las sesiones de seguimiento se le preguntó explícitamente a la paciente por la mantención de la no reactivación del esquema W y del cese sintomático de D y E (Paso V). Una dificultad fue que en estas sesiones de seguimientos no se chequeó el progreso del síntoma F de tensión física.

Terapia Centrada en Emociones. En este caso, a diferencia del caso trabajado con Terapia de la Coherencia, si se presentaron algunas dificultades para la observación de los pasos del PRT. En primer lugar en este proceso no se explicó verbalmente la ocurrencia de los pasos del PRT, lo que dificultó su identificación. En segundo lugar, en este caso se trabajaron tres esquemas cuyos contenidos están relacionados entre sí. Al no dedicarle el tiempo suficiente a explorar las particularidades de cada esquema y sus límites, provocó que en ocasiones fuera difícil distinguir en qué momento estaba experimentando cuál esquema. En tercer lugar, para este caso no hay material de seguimiento sobre el estado de la sintomatología y los esquemas luego de tratamiento, lo que evidentemente dificulta la observación del paso (V). En cuarto lugar, la observación de los pasos PRT fue dificultada dado que el entrenamiento para la observación y codificación de estos pasos se realizó observando videos de casos trabajado con Terapia de la Coherencia, que es un modelo de terapia que se estructura para facilitar los pasos PRT. Por ello, requirió un mayor esfuerzo traducir las habilidades de observación adquiridas en el entrenamiento a la observación y codificación del proceso Terapia Centrada en Emociones, modelo que no se guía por los pasos PRT.

5.6 ¿Cómo se facilita el PRT en cada proceso de psicoterapia?

Terapia de la Coherencia.

Trabajo con posición pro-síntoma. En este proceso los primeros esfuerzos del terapeuta y la paciente fueron dirigidos a explorar la sintomatología. En primer lugar se exploró el síntoma E de hipervigilancia y complacencia y el síntoma F de tensión física. En esta primera fase se buscó entender cuál podría ser la función que estaba cumpliendo la sintomatología en el presente de la paciente o qué función pudo haber cumplido en su historia. Para ello se busca

explorar qué significados, emociones y sensaciones estaban aparejadas a la sintomatología cuando esta aparece con mayor intensidad. Con este trabajo, se logra acceder al esquema W.

Trabajo con el esquema. Una vez hecho consciente el contenido del esquema generador de síntomas, terapeuta y paciente se focalizaron en buscar un conocimiento contradictorio. En un momento del proceso la paciente hace explícita esta búsqueda con la pregunta “¿Me pregunto qué conocimiento podría contradecir este esquema?” Cuando se encuentra el conocimiento, el terapeuta guió a la paciente a que experimente una yuxtaposición entre el esquema generador de síntomas y el esquema contradictorio. Luego se buscó que la yuxtaposición se repitiera la mayor cantidad de veces posible. Durante este proceso, el terapeuta constantemente chequea con la paciente la cualidad de las experiencias de los esquemas y las diferencias que hay entre ellas.

Técnicas desplegadas. El trabajo con las tarjetas fue fundamental en este proceso. Al finalizar las sesiones, el terapeuta escribió junto a la paciente los conocimientos descubiertos durante la sesión. El trabajo con la tarjeta permitió que al final de la sesiones se facilitarán varias repeticiones de la yuxtaposición. Además, al quedar como tarea que esta tarjeta fuera leída entre sesiones, es posible que se haya facilitado que ocurrieran más yuxtaposiciones durante la semana, fuera del contexto de psicoterapia.

Terapia Centrada en Emociones.

Trabajo con las emociones. Este proceso tuvo como guía el trabajo con las emociones. Desde un comienzo, el terapeuta ayudó al paciente a conectarse con sus emociones e intentar que estas fueran expresadas. Ya en las primeras intervenciones del terapeuta se buscó guiar a la cliente a focalizarse y explorar los significados de las emociones sintomáticas que la trajeron a terapia. Así, cuando en los primeros minutos de la primera sesión el terapeuta observó que la paciente estaba conteniendo sus lágrimas le dijo “Si pudieras hablar desde las lágrimas, que dirían”. Con esta pregunta, la paciente comienza a hablar sobre su sentimiento de desesperanza crónica y cansancio (paso A). El terapeuta luego orientó sus intervenciones a explorar las emociones que podrían estar en la base de ese sufrimiento. Con intervenciones como “que pareciera ser lo más doloroso de esta experiencia” o “que necesitas en este momento”, el terapeuta busca que la paciente identifique y experimenta la emoción primaria que está generando la sintomatología además de la necesidad no resuelta sobre la cual se construye esta (Paso B). La identificación de la necesidad no resuelta es fundamental para luego poder identificar un conocimiento que contradiga el de la emoción primaria, a través de la búsqueda de la consecución de esa necesidad de una nueva manera (Paso C). Con

intervenciones como “que podrías hacer para tener un poco de eso que necesitas” el terapeuta intentó orientar a la paciente a encontrar ese conocimiento contradictorio.

Técnicas desplegadas. La técnica principal que se utilizó en el proceso fue la silla vacía. En la primera parte de ambas sesiones el terapeuta buscó identificar las partes de la paciente que estaban en conflicto y luego la invitó a externalizar el diálogo interno entre esas partes utilizando la técnica de la silla vacía. Este diálogo permitió comenzar trabajando con el primer esquema X. Este diálogo comenzó siendo entre la parte que la criticaba por haber elegido mal su pareja y la parte de ella que estaba cansada e insatisfecha. Externalizar el diálogo entre estas partes permitió que la paciente reactivará el esquema y el terapeuta pudiera observar los contenidos y las emociones que aparecen cuando este estaba activo (Paso 1). Al estar en un ambiente novedoso, en donde un terapeuta se suma a la conversación guiandola, se pudo facilitar que la conversaciones entre las partes de la paciente pudiera tomar formas más adaptativas de tramitar las emociones (Paso 2). Para el caso del segundo esquema Y, el diálogo fue entre la parte de ella que le exige ser perfecta y la parte que está conforme con su desempeño. En este caso, también a través de la silla vacía, se pudo reactivar en reiteradas ocasiones la parte de ella misma que le exigía ser perfecta (Paso 1) seguido de la respuesta de su parte que estaba conforme con su desempeño y que entendía que buscar ser perfecta era imposible (Paso 2). Para este esquema, la yuxtaposición se repitió en varias ocasiones durante las sesiones (Paso 3). El diálogo con el que se trabajó el tercer esquema fue entre su madre interna hipercrítica y una parte de ella que le dolía la crítica pero no podía separarse de su madre. Para este esquema, aparece notoriamente la reactivación de la parte de la paciente que le duele recibir críticas de su madre pero que empatiza con ella y justifica su actuar. (Paso 1), y superficialmente también la paciente tomó la posición de que ella no se merece ser maltratada y que debe separarse de ella (Paso 2). Esta yuxtaposición tuvo luego un repetición (Paso 3).

Trabajo con los esquemas. En este proceso el trabajo con los esquemas consistió principalmente en su identificación, en la experimentación de la emoción que acompaña al esquema y la exploración de sus significados. Si bien los significados fueron verbalizados, faltó profundidad en su exploración. Además, aunque hubo acceso a conocimientos contradictorios, no se dedicó mucho tiempo ni esfuerzo a que estos fueran yuxtapuestos con los esquemas generadores de síntomas. Sucedió que cuando se accedía a un conocimiento contradictorio y este era yuxtapuesto con el esquema generador de síntomas, la atención del proceso pasaba al siguiente esquema. Por un lado esto permitió que en pocas sesiones se pudiera pasar de trabajar con esquemas más superficiales a esquemas que llevaban más tiempo en la vida de la paciente y revestían mayor importancia. Además, si bien esto permitió en poco tiempo trabajar

una gran cantidad de esquemas, tuvo como consecuencia que estos no fueran trabajados en profundidad.

5.7 ¿Cuáles son posibles facilitadores y obstaculizadores para el PRT en cada proceso terapéutico?

Posibles facilitadores en Terapia de la Coherencia.

Paciente. En el proceso trabajado con Terapia de la Coherencia, un gran facilitador fue que la paciente era psicoterapeuta de profesión, además de que tenía formación en el modelo de terapia de coherencia y, por lo tanto, conocía el PRT. En las sesiones se pudo observar como la paciente conscientemente tenía la intención de buscar la función de su sintomatología y los conocimientos contradictorios que permitieran la yuxtaposición. Además, tenía habilidades para conectarse y darle sentido a sus sensaciones corporales, a sus emociones y ya había tenido trabajo terapéutico propio previamente. Junto con esto, la paciente tuvo una gran disposición al trabajo, tomando un rol activo en las sesiones y haciendo las tareas que eran consensuadas al final de la sesión. Finalmente, otro facilitador del proceso fue que la paciente no tenía contacto con el contexto interpersonal en el cual fue generado el esquema, ya que los encuentros con su madre y su padre eran escasos.

Terapeuta. Otro elemento facilitador del proceso fue el hecho de que el terapeuta es uno de los fundadores del modelo Terapia de la Coherencia, siendo un terapeuta de gran experiencia y reconocimiento. Además, al trabajar con dicho modelo, las intervenciones del terapeuta tenían una intención clara de facilitar cada uno de los pasos del PRT.

Proceso. El hecho de que tanto el terapeuta como la paciente tuvieran formación en la Terapia de la Coherencia facilitó mucho el proceso. Por otro lado, el proceso terapéutico constó de 5 sesiones, en donde en las primeras 3 se trabajaron otros esquemas, lo que permitió que en la sesión 4 y 5 se trabajará exclusivamente para que se cumplieran todos los pasos del PRT para un esquema.

Posibles obstaculizadores en Terapia de la Coherencia.

Seguimiento. En los videos de seguimiento no se exploró el estado del cese sintomático del síntoma F tensión física extrema y solo una vez del síntoma de E de hipervigilancia y complacencia, lo que dificulta las conclusiones respecto al paso V.

Complacencia de la paciente. Un posible obstaculizador podría ser que los resultados exitosos paciente reportados verbalmente por la paciente pudieran deberse a una situación en donde ella se pudo haber mostrado complaciente con su psicoterapeuta el que al mismo tiempo estaba cumpliendo el rol de profesor o maestro (síntoma E).

Posibles facilitadores en Terapia Centrada en Emociones.

Paciente. Hasta antes del proceso, la paciente llevaba bastante sufriendo sin tener un espacio en donde trabajar eso. Pareciera ser que necesitaba de un espacio de terapia, puesto que se mostró bastante colaborativa con el proceso, aceptando actividades sugeridas por el terapeuta y aceptando ponerse en situación altamente vulnerable.

Terapeuta. El terapeuta que participó en el proceso de psicoterapia también es un terapeuta de vasta experiencia clínica y alto reconocimiento. No solo su competencia podría facilitar un PRT, sino que su reconocimiento puede haber instado a la paciente a generar un vínculo terapéutico más rápido.

Proceso. La sumatoria de un proceso de corta duración, una paciente necesitada de un espacio terapéutico, un terapeuta altamente competente y un buen vínculo terapéutico, género que en poco tiempo se pudiera dar un proceso en donde existe una visible colaboración y notable intensidad emocional en las temáticas que se trabajaron.

Posibles Obstaculizadores en Terapia Centrada en Emociones.

Contexto del proceso. El proceso se dio en un contexto en donde el terapeuta debía exhibir como se trabajaba con la Terapia Centrada en Emociones en dos sesiones. Esto significa que uno de los objetivos del proceso era exhibir la forma en que se podría dar el trabajo con Terapia Centrada en Emociones. Es posible que esta sea una razón por la cual se trabajó de manera superficial los esquemas X y Y, ya que es posible que el terapeuta que el terapeuta hubiese querido encontrar y contactar el aprendizaje emocional primario desadaptativo, desatendiendo otros aprendizajes más superficiales. Además de las claras limitaciones de tiempo, dado que en 2 sesiones es difícil establecer un buen trabajo terapéutico. Por último, un posible obstáculo es que las sesiones de psicoterapia se hayan dado en un set de grabación y no en una consulta de terapia.

Falta de seguimiento. En este proceso de terapia no se chequearon explícitamente el estado de la sintomatología y los esquemas durante las sesiones. Tampoco se hizo un seguimiento posterior de la persistencia de la sintomatología y las no reactivaciones de los esquemas.

Paciente. En este proceso, dos de los tres esquemas trabajados tenían como origen y factor de mantención la relación de la paciente con su madre. Es posible que haya sido un obstáculo para el proceso terapéutico que al momento de las sesiones, la paciente siga en estrecho contacto con su madre, puesto que ella cuida a su hijo todos los días mientras trabaja e interactúa con ella constantemente.

6. Discusion y conclusion

El objetivo principal de esta investigación fue explorar la relación entre los pasos de re-consolidación terapéutico 1, 2 y 3, también llamados proceso empíricamente confirmado de nulificación (PECN) y el cambio transformacional en dos procesos terapéuticos tratados con modelos de psicoterapia distintos. Para ello, se buscó observar cómo ocurrieron los pasos del proceso de re-consolidación terapéutica (PRT) en los distintos modelos de terapia. Esto, para explorar la temática y aportar insumos al estudio mayor que busca establecer causalidad entre un PECN y el cambio transformacional.

En el caso trabajado con Terapia de la Coherencia se logró observar los pasos 1, 2 y 3 (PECN) del PRT y posteriormente se identificaron indicadores de cambio transformacional. Estos indicadores permitirían afirmar que el esquema generador de síntomas W (terror de la paciente de sentir que su percepción de la realidad no es compartida con otra/s persona/s, puesto que de ser así no tendría sostén y no podría aferrarse a ninguna realidad compartida) fue nulificado y que los tres síntomas que este podría haber estado generando: síntoma D (miedo, rabia y/o pena intensa como respuesta a conflictos interpersonales), síntoma E (conducta de hipervigilancia y de complacencia interpersonal compulsiva) y síntoma F (tensión física intensa) cesaron. Las 5 sesiones de seguimiento hacen posible afirmar que la nulificación se sostuvo al menos 5 años y 8 meses después de la última sesión para el esquema W y el síntoma D. Al haber sido objeto de un seguimiento de solo 2 semanas en el caso del síntoma E y en el caso del síntoma F de no haber sido objeto de seguimiento, solo es posible asociar a corto plazo los pasos 1, 2 y 3 con la aparición de los indicadores de cambio transformacional.

Estos resultados son coherentes con reportes clínicos que indican la observación de los indicadores de cambio transformacional luego de que se presentarán los pasos 1, 2 y 3 (PECN) (Ecker, 2008, 2010, 2015, 2018, Ecker y Hulley, 2017, Ecker y Toomey, 2008, Ecker et al., 2012; Sibson y Ticic, 2014, Ticic y Kushner, 2015, Vaz y Ecker, 2020; Vermes et al., 2020). Además, son coherentes con reportes clínicos que indican que el cambio transformacional producido en terapia por un PECN se sostiene en el tiempo (Ecker, 2008, 2018, Ecker y Hulley, 2002, Högberg et al., 2011). Resultados similares fueron observados en el estudio piloto de Marquez (2021), parte de los recientes esfuerzos por generar investigación sistemática del PRT. En esta investigación, Marquez utiliza los instrumentos Sistema de Codificación de Desconfirmación y Sistema de Codificación de Cambio Transformacional para levantar información de dos procesos de psicoterapia trabajados con modelos de Terapia Gestalt. En ella también se observó la presencia de los pasos 1, 2 y 3 seguido de indicadores de cambio

transformacional en el caso de éxito terapéutico. En el otro caso, no se observaron los pasos 1, 2 y 3 y tampoco indicadores de cambio transformacional (Marquez, 2021).

Si los resultados obtenidos en el caso TC se mantienen en el tiempo, podrían apoyar la hipótesis de que un aprendizaje y sus síntomas asociados pueden ser nulificados permanentemente si se facilita un PECN en contexto de psicoterapia y que la metodología del PRT sería una forma de facilitar esta nulificación permanente o cambio transformacional (Ecker, 2018, Ecker y Vaz 2022). De existir recaídas en la sintomatología y en la activación del esquema generados de síntomas, la hipótesis de la competencia por la recuperación podría ser una explicar de mejor los procesos subyacentes a los cambios terapéuticos observados (Brewin, 2015, Miller y Matzel, 2000).

Por la falta de seguimiento de los síntomas E y F, no es posible afirmar cabalmente que todos los síntomas trabajados en el caso Terapia de la Coherencia cesaron de ocurrir. La ausencia de estos indicadores debilita el apoyo de estos resultados a la hipótesis de que el PRT podría facilitar un cambio transformacional en contextos de psicoterapia. Por otro lado, la mantención en el tiempo sin esfuerzo del cese del síntoma D y de la no reactivación del esquema W si permitirían apoyar dicha hipótesis PRT. Considerando que en el proceso terapéutico se atribuyó la generación de los síntomas E y F al esquema W, la mantención sin esfuerzo de la no reactivación del esquema W implicaría también la mantención sin esfuerzo del cese de los síntomas E y F. De todas maneras falta información para que estos resultados sean concluyentes.

En el caso del proceso trabajado con Terapia de la Coherencia, la aplicación de los instrumentos Sistema de Codificación de Desconfirmación y Sistema de Codificación de Cambio Transformacional pareciera que cumplió su función de evaluar PECN y el cambio transformacional (Ecker et al., 2021a, 2021b). El intencional y explícito chequeo de los pasos del PRT en la Terapia de la Coherencia hicieron que las experiencias de acceso al material generador de síntomas, las experiencias de acceso a los conocimientos contradictorios, las yuxtaposiciones y las no reactivación y ceses sintomáticos fueran observadas y evaluadas con relativa facilidad y certeza.

Aun así, un posible problema con estos instrumentos es que para la evaluación de la intensidad de la sintomatología se considerará principalmente las verbalizaciones del paciente en terapia. En futuras investigaciones, se podrían utilizar instrumentos para la medición de intensidad de sintomatología complementarios para tener mayor certeza e información sobre de cómo ocurre el proceso de cese sintomático. Esto parece cobrar relevancia puesto que, como se vio durante el proceso terapéutico y se explicita en el síntoma E, la paciente suele tomar una

posición complaciente con otras personas. Existe la posibilidad de que los resultados positivos del proceso, podrían deberse a actos de complacencia de la paciente con el terapeuta, repitiendo con él su sintomatología. Podría ser relevante tener en cuenta estas observaciones, para pensar formas de sortear este tipo de dificultades en investigaciones futuras.

A diferencia de los resultados del caso Terapia de la Coherencia, los resultados del caso Terapia Centrada en Emociones parecieran tener un menor grado de certeza. Esto, debido a que este modelo no utiliza explícitamente los pasos de PRT. Por ello, se ve dificultado apreciar con certeza la presencia o ausencia de estos pasos y las cualidades de estos. Es por ello que las conclusiones a las que se puede llegar con la información levantada se verían limitadas. Observaciones similares fueron presentadas en el estudio piloto con casos trabajados con Terapia Gestalt anteriormente mencionado (Marquez, 2021).

De todas maneras, parece interesante analizar críticamente la relación entre los pasos 1,2,3 (PECN) y el cambio transformacional para cada uno de los tres esquemas trabajados en el caso de la Terapia Centrada en Emociones. En primer lugar, los resultados del esquema X (culpa de la paciente por el sufrimiento de su hijo y el suyo como consecuencia de la relación con su ex-marido) indican que en las sesiones se pudo observar indicadores de cambio transformacional (No reactivación del esquema X y cese de los síntomas G y H). También, se pudieron observar el paso 1, la reactivación del esquema generador de síntomas y el paso 2, la activación del conocimiento contradictorio mientras también se encuentra activo el esquema generador de síntomas del PECN. Por otra parte, no se pudo observar de manera explícita el paso 3, repeticiones de la yuxtaposición.

Al respecto vale la pena recordar que Ecker (2018) plantea que la función del paso 1 y 2 es facilitar un PRM para desestabilizar un aprendizaje, dejándole en un estado lábil para que el contenido de este pueda ser modificado o nulificado (Ecker, 2018). Pero sería el paso 3, el que llevaría a cabo un Proceso de Actualización de la Memoria en donde los contenidos del esquema serían modificados. La sumatoria de estos dos procesos sería necesario para que ocurra el Mecanismo de Cambio de Re-consolidación de la Memoria (MCRM) y el consiguiente cambio transformacional (Ecker y Vaz, 2022). Por ello, que se hayan registrado indicadores de cambio transformacional junto con la no observación de experiencias de repetición de la yuxtaposición (Paso 3), pareciera ser una situación aparentemente inviable según la teoría. En un intento de esclarecer esta situación, son tres las hipótesis principales que se barajan para explicar la relación entre los pasos del PECN y el supuesto cambio transformacional observado.

En primer lugar es posible que hayan existido repeticiones de la yuxtaposición pero estas hayan ocurrido de manera implícita. Esto significa que la paciente pudo haber experimentado una yuxtaposición pero que esta no haya sido expresada verbalmente. Según (Ecker et al., 2021a) una yuxtaposición implícita no generaría una experiencia de desconfirmación menos significativa para el paciente, pero son yuxtaposiciones muy difíciles de detectar (Ecker et al., 2021a). Considerando que en este proceso no se hizo un esfuerzo por chequear con la paciente los pasos del PRT, existe la posibilidad que esto haya ocurrido. De ser cierta esta hipótesis, y de mantenerse en el tiempo los indicadores de cambio transformacional, estos resultados apoyarían la teoría de que un esquema y sus síntomas asociados pueden ser nulificados si se facilita un PECN en contexto de psicoterapia. Además, los resultados respaldarían la hipótesis de que un PRT podría ser observado en procesos de psicoterapia en donde se identifica cambio transformacional aun cuando el terapeuta no intencione el facilitar un PECN (Ecker, 2018, Ecker y Vaz, 2022)

La segunda hipótesis, plantea que la yuxtaposición observada (Paso 1 y 2) no fue tal. Esta hipótesis propone que la experiencia desconfirmadora puede haber diferido excesivamente de lo esperado por el aprendizaje objetivo o no lo suficiente, fallando así en generar un desajuste de expectativas que desestabilice la memoria objetivo. Generando más bien un aprendizaje contradictorio paralelo (Ecker, 2018). Esto implicaría que el cese sintomático observado se haya debido a la creación del nuevo aprendizaje “no fue mi culpa ser maltratada por mi ex marido, fui una víctima de las circunstancias” (Nancy), que compite con el aprendizaje antiguo “el dolor que nos genero a mi y ami hijo estar con mi ex marido es mi responsabilidad” (Nancy), y que al momento de ser chequeado el nuevo aprendizaje se encontrará más fácilmente accesible para la paciente, tal como lo plantea la teoría de competencia por recuperación (Brewin, 2015). Con seguimiento se podría haber respaldado o descartado con mayor certeza esta hipótesis según si se registraran o no recaídas.

La tercera hipótesis sostiene que el cambio transformacional si fue generado, pero que este no ocurrió como consecuencia de los pasos 1, 2 y 3 (PECN) sino que por otro motivo. Esto implicaría que los pasos 1, 2 y 3 (PECN) no son la única manera de generar cambio transformacional. De ser cierta esta hipótesis, sería interesante identificar cuál fue el mecanismo que permite el cambio transformacional en este caso y contrastarlo con el PRT con el objetivo de discernir cuál mecanismo cumpliría de mejor manera la función de facilitar el cambio transformacional.

Por su parte, los resultados del esquema Y (necesidad de ser perfecta y no cometer errores para poder ser amada por su madre y por ella misma) indican que los pasos 1, 2 y 3

(PECN) pudieron ser identificados en las sesiones y que posteriormente se observaron indicadores de cambio transformacional (No reactivación del esquema Y y cese del síntoma H). De mantenerse en el tiempo estos indicadores, los resultados apoyarían la hipótesis de que un esquema y sus síntomas pueden ser nulificados si se facilita un PECN en contexto psicoterapéutico. También, los resultados respaldarían la hipótesis de que aun cuando el terapeuta no tenga la intención de facilitar un PECN, los pasos del PRT podrían ser observados en procesos terapéuticos que presenten indicadores de cambio transformacional (Ecker, 2018, Ecker y Vaz, 2022). De todas maneras, al no existir seguimiento se hace difícil afirmar con certeza si lo que se observó realmente corresponde a cambio transformacional.

En cuanto al esquema Z (incapacidad de dejar de anhelar el amor de su madre, aun cuando ella sabe que su madre es incapaz de dárselo) los resultados indican que no se presentaron indicadores de cambio transformacional aun cuando sí se observaron los pasos 1, 2 y 3 (PECN). Es importante destacar que el esquema Z, podría considerarse como un esquema incompleto. Puesto que no logra explicar porque el síntoma I (Tristeza intensa como consecuencia de no tener una relación cercana con su madre) es una respuesta adaptativa, necesaria para la paciente (Ecker, 2018). Tres hipótesis se plantean en un intento de explicar la incapacidad de los pasos 1, 2 y 3 de generar un cambio transformacional en este caso.

La primera hipótesis plantea que la experiencia de desconfirmación del esquema generador de síntomas (Paso 2) aparentemente observada realmente no existió. Es posible que el conocimiento contradictorio “si esta es la relación que puedes darme, no quiero tenerte cerca (a su madre)” (Nancy), no haya podido generar la discrepancia ontológica necesaria para desestabilizar el esquema Z. Es decir, es posible que la paciente no haya tenido la experiencia de sentir, tanto el esquema generador de síntomas I y el esquema contradictorio, como reales al mismo tiempo aun cuando ambos no puedan serlo (Ecker, 2018). De haber ocurrido esto, este problema se pudo haber sorteado habiendo tenido una fase de preparación, fase en donde se explora el esquema generado de síntomas y se diseña una experiencia contradictoria acorde, más extensa y focalizada (Ecker, 2020). De ser así, pareciera ser evidente que un proceso más extenso hubiera ayudado a tener más tiempo disponible para preparar una experiencia desconfirmadora con más posibilidades de generar una yuxtaposición. De todas maneras, conjeturas más precisas se pudieron haber presentado de haber el terapeuta chequeado la ocurrencia de una discrepancia ontológica.

La segunda hipótesis sostiene que los pasos 1, 2 y 3 (PECN) se concretaron correctamente. Es decir, existió una yuxtaposición entre el esquema generador de síntomas y un esquema contradictorio capaz de generar una discrepancia ontológica. Además de una o

más repeticiones de esa yuxtaposición. Pero que estos pasos fueron incapaces de generar la desestabilización y actualización del esquema Z. Esta hipótesis sostiene que es probable que las características particulares del esquema Z hicieron que este sea un aprendizaje particularmente difícil de nulificar. Pudo haber sucedido que al ser esta una memoria antigua y probablemente aún vigente -la paciente mantiene una relación cotidiana con madre- haya necesitado de grados de reactivación y predicción de error mayores a los logrados en este proceso para poder haber sido nulificada (Ecker, 2018). Es probable que el trabajo de dos sesiones haya sido insuficiente para un esquema de estas características. También es probable que existan ciertos tipos de aprendizajes que no sean posibles de trabajar con el PRT, o que dada su dificultad, necesiten de un trabajo focalizado que intencione los pasos del PRT para que este ocurra.

La tercera hipótesis plantea que es posible que para que los pasos 1, 2 y 3 tengan la posibilidad de ser observados antes que un cambio transformacional, el contenido del esquema recuperado debe tener como mínimo una explicación de cómo y porqué los síntomas generados son necesarios para la persona (Ecker, 2018). Un esquema Z completo, podría haber sido: Aunque se que mi madre no es capaz de darme su aprobación y amor, no puedo dejar de anhelarlo y tampoco puedo enojarme con ella por su incapacidad. Si me enojo con ella y renuncio a nuestra relación significa que todo el esfuerzo que hice y el sufrimiento por el que pasé fue en vano y no creo poder aguantar ese dolor. De ser cierta esta hipótesis, señalaría un problema para el instrumento Sistema de Codificación de Desconfirmación. Puesto que si bien este señala que un esquema debe poder explicar como y porque los síntomas generados son adaptativos para la persona, dentro de su sistema de calificaciones se permite calificar experiencias de acceso a esquemas aun cuando estos requisitos no aparecen (Ver anexo A). Al respecto, cabe preguntarse cuáles serían los contenidos mínimos que deben estar presentes en la experiencia de un esquema para que esta sea considerada como un paso del PECN.

Problemas de diseño y posibles soluciones

Las diferencias observadas en el análisis de los resultados obtenidos de los casos Terapia de la Coherencia y Terapia Centrada en Emociones, principalmente en lo referido en las dificultades que en la Terapia Centrada en Emociones para tener certeza de lo que se estaba observando, parecen coincidir algunas críticas que planteó Marquez (2021) en su estudio piloto. El autor postula que es probable que no se obtenga evidencia fuerte, sobre la relación entre el PECN y un cambio transformacional, al analizar casos que no son Terapia de la Coherencia . Esto, porque posiblemente solo en este modelo terapéutico se busque

confirmar explícitamente todos los pasos del PRT (Marquez, 2021). Pareciera entonces, que el diseño utilizado en esta investigación presenta dificultades ante la situación de tener que observar los pasos PRT en modelo de terapia que no sean la Terapia de la Coherencia y que se necesita de mejoras para que estas puedan ser sorteadas. Por ello, se hace necesario analizar críticamente el diseño para poder entregar directrices para las futuras investigaciones del estudio mayor. A continuación se expondrán las principales dificultades generadas por el diseño junto con posibles maneras de que estas sean sorteadas.

En primer lugar, en el caso Terapia Centrada en Emociones existieron problemas con la muestra. Es altamente probable que el hecho de que la totalidad del proceso terapéutico fueran 2 sesiones, haya dificultado que los pasos PRT hayan podido ser observados. Además, el hecho de que fuera un proceso de psicoterapia que tuviera como objetivo la divulgación de un modelo, pudo haber provocado que el terapeuta se concentrará en desplegar técnicas y estrategias para ejemplificar, más que trabajar detenidamente los problemas que la paciente le relata. Por último, el hecho de que para el proceso Terapia Centrada en Emociones no existieran seguimiento que permitiera observar si los cambios que aparecieron en terapia se mantuvieron en el tiempo, dificultó que se pudiera llegar a alguna conclusión respecto a si el Terapia Centrada en Emociones podría generar o no cambio transformacional.

Una forma de sortear estas dificultades, es trabajar con muestras constituidas por procesos de terapia con más sesiones de trabajo, cuyo objetivo no sea la exposición de un modelo, además de tener algún mecanismo que permita tener un seguimiento del progreso de la sintomatología luego de finalizado el proceso terapéutico. Aún más, trabajar con sesiones de psicoterapia en donde el terapeuta sepa de antemano que el proceso será evaluado por el Sistema de Codificación de Desconfirmación y Sistema de Codificación de Cambio Transformacional y tenga la instrucción de chequear explícitamente la presencia o ausencia de los pasos PRT ayudaría notablemente a tener certezas sobre la relación entre los pasos 1,2,3 (PECN) y el cambio transformacional para modelos de terapia que no sean Terapia de la Coherencia. Por ejemplo, sería muy útil que se chequee si existe una discrepancia ontológica para confirmar si lo que se observa es realmente una yuxtaposición.

Otro posible problema del diseño podría surgir en el proceso de entrenamiento del Sistema de Codificación de Desconfirmación y Sistema de Codificación de Cambio Transformacional. Los videos que fueron utilizados para aprender a codificar fueron de procesos trabajados el modelo de la Terapia de la Coherencia . Es probable que parte de las dificultades para observar los pasos PRT en el caso Terapia Centrada en Emociones encuentren su respuesta en el hecho de que en el entrenamiento se trabajó exclusivamente

con modelos cuyo trabajo terapéutico se presenta de manera ordenada y coherente con los pasos PRT. Por ello, podría resultar provechoso que parte del entrenamiento consista en observar los pasos en modelos compatibles con PRT. Ecker y colaboradores (2012) analizan casos de terapia trabajados con modelos psicoterapéuticos y generan comentarios sobre cómo se presentan los pasos del PRT en cada uno de estos modelos y cuáles serían las equivalencias entre la conceptualización que hace cada modelo sobre el cambio terapéutico y los pasos PRT (Ecker et al., 2012). Profundizar en estos esfuerzos y sistematizarlos, para generar una guía de equivalencia entre los pasos del PRT y las conceptualizaciones propias de cada modelo -y que esta sea facilitada como parte del entrenamiento- podría ayudar al evaluador tener mayor precisión al observar y calificar con los instrumentos Sistema de Codificación de Desconfirmación y Sistema de Codificación de Cambio Transformacional un proceso terapéutico trabajado con un modelo compatible al PRT.

Otra dificultad observada, fue la aparente diferencia entre la facilidad con que se aplicaron los instrumentos en el caso Terapia de la Coherencia y las dificultades presentadas en la aplicación de estos instrumentos para el caso Terapia Centrada en Emociones y en la investigación piloto con casos de Terapia Gestalt (Marquez, 2021). Esta diferencia permite que surja la pregunta sobre si estos instrumentos son capaces de evaluar la presencia del PECN y el cambio transformacional en modelos terapéuticos no TC. Al necesitar estos instrumentos de confirmación verbales para que los fenómenos que se buscan observar puedan ser evaluados con altos puntajes, pareciera difícil para los otros modelos de psicoterapia, que no utilizan explícitamente los pasos del PRT, obtener altos grados de certeza en sus resultados. La pregunta sobre cómo sortear estas dificultades queda abierta para futuras investigaciones.

Finalmente, pareciera relevante preguntarse sobre la factibilidad de afirmar que los cambios producidos por el PRT puedan ser permanentes (Ecker y Vaz, 2022). Consideremos por un momento que estamos ante un caso terapéutico exitoso, en donde se produjo un cambio transformacional. Pero luego de un tiempo, la sintomatología que se creía nulificada vuelve a aparecer. Aparecen las preguntas: ¿Puede esto interpretarse como una recaída sintomática? o ¿Es esta sintomatología generada por un nuevo aprendizaje?. O, en el caso de que vuelva a aparecer un esquema que se creía nulificado ¿Será esto una recaída, aportando evidencia a que la nulificación de los esquemas realmente no es permanente? o ¿Será que las condiciones de vida del paciente hicieron que nuevamente fuera necesario generar un esquema similar al nulificado para adaptarse a su contexto?. Por último, metodológicamente parece desafiante afirmar que los cambios generados por el PRT puedan ser permanentes, aun cuando no se puedan observar eventos que puedan interpretarse como recaídas. Esto porque no está claro

cuánto tiempo tiene que durar el cambio para poder afirmar que este fue permanente. ¿Se debe hacer un seguimiento de la sintomatología y el esquema por 10 años? ¿20 años? ¿Toda la vida del paciente? Sería interesante que en futuras investigaciones estas preguntas puedan ser abordadas.

Con vistas al futuro, de ser exitosos los esfuerzos del estudio mayor de establecer causalidad entre el PECN y el cambio transformacional. Sería interesante considerar elaborar un protocolo de estrategias clínicas complementarias, que permita a terapeutas que trabajan con modelos de terapia compatibles con PRT intencionar el cambio transformacional en sus procesos, sin modificar mayormente su práctica clínica, Por ejemplo, podría ser útil que en este protocolo se explicara lo que es una discrepancia ontológica y cómo reconocerla. O, explicar el rol que ocupan las repeticiones de las yuxtaposiciones e instruir que estas se repitan la mayor cantidad de veces posible. Este protocolo podría ser general a todos los modelos compatibles o algunas consideraciones específicas a cada modelo.

7. Referencias

- Alexander, F., & French, T. (1946). *Psychoanalytic therapy; principles and application*. New York: Ronald Press.
- Andreu, J. (2002) *Las técnicas de análisis de contenido: una revisión actualizada*. Sevilla: Fundación Centro de Estudios Andaluces.
- Beckers, T., & Kindt, M. (2017). Memory Reconsolidation Interference as an Emerging Treatment for Emotional Disorders: Strengths, Limitations, Challenges, and Opportunities. *Annual review of clinical psychology*, 13, 99–121. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-032816-045209>
- Brewin, C. (2006). Understanding cognitive behaviour therapy: A retrieval competition account. *Behaviour research and therapy*, 44(6), 765–784. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2006.02.005>
- Brewin, C. (2015). Reconsolidation versus retrieval competition: Rival hypotheses to explain memory change in psychotherapy. *Behavioral and Brain Sciences*, 38, 21–22. <https://doi.org/10.1017/S0140525X14000144>
- Cuijpers, P., Reijnders, M., & Huibers, M. (2019). The Role of Common Factors in Psychotherapy Outcomes. *Annual Review of Clinical Psychology*, 15, 207–231. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-050718-095424>
- De Oliveira, L., Do-Monte, F. (2021). Understanding the dynamic and destiny of memories. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 125, 592–607. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2021.03.009>
- Dillon, A., Timulak, L., & Greenberg, L. (2018). Transforming core emotional pain in a course of emotion-focused therapy for depression: A case study. *Psychotherapy Research*, 28(3), 406-422. <https://doi.org/10.1080/10503307.2016.1233364>

- Duvarci, S., & Nader, K. (2004). Characterization of fear memory reconsolidation. *The Journal of neuroscience: the official journal of the Society for Neuroscience*, 24(42), 9269–9275. <https://doi.org/10.1523/JNEUROSCI.2971-04.2004>
- Ecker, B. (2008). Unlocking the emotional brain: Finding the neural key to transformation. *Psychotherapy Networker*, 32(5), 42–47, 60.
- Ecker, B. (2010). The brain's rules for change: Translating cutting-edge neuroscience into practice. *Psychotherapy Networker*, 34(1), 43–45, 60.
- Ecker, B. (2015). Memory reconsolidation understood and misunderstood. *International Journal of Neuropsychotherapy*, 3, 2–46. doi:10.12744/ijnpt.2015.0002-0046
- Ecker, B. (2018). Clinical Translation of Memory Reconsolidation Research: Therapeutic Methodology for Transformational Change by Erasing Implicit Emotional Learnings Driving Symptom Production. *International Journal of Neuropsychotherapy*, 6(1), 1–92. <https://doi.org/10.12744/ijnpt.2018.0001-0092>
- Ecker, B. (2020). Erasing Problematic Emotional Learnings. En Lane, R. D., & Nadel, L. (Eds.). *Neuroscience of enduring change: Implications for psychotherapy*. New York: Oxford University Press.
- Ecker, B., y Bridges, S. (2020). How the Science of Memory Reconsolidation Advances the Effectiveness and Unification of Psychotherapy. *Clinical Social Work Journal*, 48(3), 287–300. <https://doi.org/10.1007/s10615-020-00754-z>
- Ecker, B., Herrera, P., Bastianelli, L., Jasiński, M., Vaz, A. (2021a). Sistema de Codificación de Desconfirmación . Documento no publicado.
- Ecker, B., Herrera, P., Bastianelli, L., Jasiński, M., Vaz, A. (2021b). Sistema de Codificación de Cambio Transformacional (SCCT). Documento no publicado.
- Ecker, B., y Hulley, L. (2002). Deep from the Start. *Psychotherapy Networker*, 26(1), 46–49.

- Ecker, B., Hulley, L., Ticic, R. (2012). *Unlocking the emotional brain*. Nueva York: Routledge.
- Ecker, B., y Toomey, B. (2008). Depotentialization of symptom-producing implicit memory in coherence therapy. *Journal of Constructivist Psychology*, 21(2), 87–150. <https://doi.org/10.1080/10720530701853685>
- Ecker, B., & Vaz, A. (2022). Memory reconsolidation and the crisis of mechanism in psychotherapy. *New Ideas in Psychology*, 66, 100945. <https://doi.org/10.1016/j.newideapsych.2022.100945>
- Eisenberg, M., Kobil, T., Berman, D., & Dudai, Y. (2003). Stability of retrieved memory: inverse correlation with trace dominance. *Science*, 301(5636), 1102–1104. <https://doi.org/10.1126/science.1086881>
- Elsley, J., & Kindt, M. (2017). Tackling maladaptive memories through reconsolidation: From neural to clinical science. *Neurobiology of learning and memory*, 142, 108–117. <https://doi.org/10.1016/j.nlm.2017.03.007>
- Elsley, J., Van Ast, V., & Kindt, M. (2018). Human memory reconsolidation: A guiding framework and critical review of the evidence. *Psychological bulletin*, 144(8), 797–848. <https://doi.org/10.1037/bul0000152>
- Fernández, C., y Baptista, P. (2014). Capítulo 4. Estudios de caso (Centro de recursos en línea). Metodología de La Investigación, 2009, 1–31. Disponible en: http://higherred.mheducation.com/sites/1456223968/student_view0/capitulos_1_a_13.html
- Fernández, R., Pedreira, M., & Boccia, M. (2017). Does reconsolidation occur in natural settings? Memory reconsolidation and anxiety disorders. *Clinical Psychology Review*, 57, 45–58. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2017.08.004>
- Flick, U. (2004) *Introducción a la investigación cualitativa*. Madrid: Morata.

- Goldfried, M. R. (1980). Toward the delineation of therapeutic change principles. *American Psychologist*, 35(11), 991–999. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.35.11.991>
- Greenberg, L. (2004). Emotion-focused therapy. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 11(1), 3–16. <https://doi.org/10.1002/cpp.388>
- Greenberg, L. (2006). Emotion-focused therapy: A synopsis. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 36(2), 87–93. <https://doi.org/10.1007/s10879-006-9011-3>
- Greenberg, L., Robert, E., y Pos, A. (2015). La Terapia Focalizada en las Emociones: Una Visión de Conjunto. *Mentalización. Revista de Psicoanálisis y Psicoterapia*, 5, 1–19. Disponible en : <https://revistamentalizacion.com/ultimonumero/octubre-f-greenberg.pdf%0A>
- Han, D., Park, P., Choi, D., Bliss, T., & Kaang, B. (2022). The essence of the engram: Cellular or synaptic?. *Seminars in cell & developmental biology*, 125, 122–135. <https://doi.org/10.1016/j.semcdb.2021.05.033>
- Haubrich, J., Bernabo, M., Baker, A., & Nader, K. (2020). Impairments to Consolidation, Reconsolidation, and Long-Term Memory Maintenance Lead to Memory Erasure. *Annual Review of Neuroscience*, 43(1), 297-314 doi:10.1146/annurev-neuro-091319-024636
- Hernández, R., Fernández, C., Baptista, M. (2014). *Metodología de la investigación*. México D. F.: McGraw Hill.
- Högberg, G., Nardo, D., Hällström, T., & Pagani, M. (2011). Affective psychotherapy in post-traumatic reactions guided by affective neuroscience: memory reconsolidation and play. *Psychology research and behavior management*, 4, 87–96. <https://doi.org/10.2147/PRBM.S10380>
- Jasiński, M., Paz, C., & Feixas, G. (2016). La terapia de la coherencia: un enfoque constructivista apoyado por la neurociencia contemporánea. *Acción Psicológica*, 13(1), 131. <https://doi.org/10.5944/ap.13.1.16137>

- Kazdin A. E. (2007). Mediators and mechanisms of change in psychotherapy research. *Annual review of clinical psychology*, 3, 1–27. <https://doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.3.022806.091432>
- Lane, R., Ryan, L., Nadel, L., & Greenberg, L. (2015). Memory reconsolidation, emotional arousal, and the process of change in psychotherapy: New insights from brain science. *Behavioral and Brain Sciences*, 38, 1–64. <https://doi.org/10.1017/S0140525X14000041>
- Lee, J., Nader, K., & Schiller, D. (2017). An Update on Memory Reconsolidation Updating. *Trends in Cognitive Sciences*, 21(7), 531–545. <https://doi.org/10.1016/j.tics.2017.04.006>
- Lewis, D.(1979). Psychobiology of active and inactive memory. *Psychological Bulletin*, 86(5), 1054–1083. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.86.5.1054>
- Lewis, D., Misanin, J. R., y Miller, R. R. (1968). Recovery of memory following amnesia. *Nature*, 220(5168), 704–705. <https://doi.org/10.1038/220704a0>
- Marquez, A. (2021). *Relación entre indicadores de cambio transformacional y la metodología de reconsolidación terapéutica* (Tesis de Magíster) Universidad de Chile, Chile.
- McNally, S., Timulak, L., & Greenberg, L. (2014). Transforming emotion schemes in emotion focused therapy: A case study investigation. *Person-Centered & Experiential Psychotherapies*, 13(2), 128-149. <https://doi.org/10.1080/14779757.2013.871573>
- Miller, R., & Matzel, L. (2000). Memory involves far more than 'consolidation'. *Nature reviews. Neuroscience*, 1(3), 214–216. <https://doi.org/10.1038/35044578>
- Nader, K., Schafe, G., & Le Doux, J. (2000). Fear memories require protein synthesis in the amygdala for reconsolidation after retrieval. *Nature*, 406(6797), 722–726. <https://doi.org/10.1038/35021052>
- Pedreira, M., Pérez-Cuesta, L., y Maldonado, H. (2004). Mismatch between what is expected and what actually occurs triggers memory reconsolidation or extinction. *Learning & memory*, 11(5), 579–585. <https://doi.org/10.1101/lm.76904>

- Phelps, E., & Hofmann, S. (2019). Memory editing from science fiction to clinical practice. *Nature*, 572(7767), 43–50. <https://doi.org/10.1038/s41586-019-1433-7>
- Pincus, H., & England, M. (2015). Improving the Quality of Psychosocial Interventions for Mental and Substance Use Disorders: A Report From the IOM. *JAMA*, 314(12), 1227–1228. <https://doi.org/10.1001/jama.2015.9212>
- Przybylski, J., & Sara, S. (1997). Reconsolidation of memory after its reactivation. *Behavioural Brain Research*, 84(1-2), 241–246. [https://doi.org/10.1016/S0166-4328\(96\)00153-2](https://doi.org/10.1016/S0166-4328(96)00153-2)
- Popik, B., Amorim, F., Amaral, O., & De Oliveira, L. (2020). Shifting from fear to safety through deconditioning-update. *eLife*, 9, e51207. <https://doi.org/10.7554/eLife.51207>
- Ryan, T., Roy, D., Pignatelli, M., Arons, A., & Tonegawa, S. (2015). Memory. Engram cells retain memory under retrograde amnesia. *Science*, 348(6238), 1007–1013. <https://doi.org/10.1126/science.aaa5542>
- Sánchez, M. (2005) Uso metodológico de las tablas de contingencia en la ciencia política. *Espacios Públicos*, 8(16), 60-84. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=67681605>
- Schiller, D., Monfils, M., Raio, C., Johnson, D., Ledoux, J., & Phelps, E. (2010). Preventing the return of fear in humans using reconsolidation update mechanisms. *Nature*, 463(7277), 49–53. <https://doi.org/10.1038/nature08637>
- Sibson, P. & Tivic, R. (2014). Remembering in order to forget. *Therapy Today*, 25(2), 26–29. Disponible en: <https://bit.ly/2gGWd7G>
- Tivic, R., & Kushner, E. (2015). Deep release for body and soul: Memory reconsolidation and the Alexander technique. *The Neuropsychotherapist*, 10, 24–28. doi:10.12744/tnpt(10)024-028

- Timulak, L. (2015). *Transforming emotional pain in psychotherapy: An emotion-focused approach*. New York: Routledge.
- Toomey, B., y Ecker, B. (2007). Of neurons and knowings: Constructivism, coherence psychology, and their neurodynamic substrates. *Journal of Constructivist Psychology*, 20(3), 201–245. <https://doi.org/10.1080/10720530701347860>
- Vaz, A., & Ecker, B. (2020). Memory reconsolidation in psychotherapy for severe perfectionism within borderline personality. *Journal of clinical psychology*, 76(11), 2067–2078. <https://doi.org/10.1002/jclp.23058>
- Vermes, J. S., Ayres, R., Goés, A. S., Real, N., Araújo, Á. C., Schiller, D., Neto, F. L., et al. (2020). Targeting the reconsolidation of traumatic memories with a brief 2-session imaginal exposure intervention in post-traumatic stress disorder. *Journal of Affective Disorders*, 276, 487–494. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.06.052>

8. ANEXOS

Anexo A. Sistema de codificación de desconfirmación.

El sistema de codificación de desconfirmación permite detectar eventos particulares en los videos de las sesiones de terapia y evaluar el grado de intensidad y certeza de eventos específicos de experiencias de acceso a material que contribuye a la producción de síntomas, como creencias, expectativas, significado, y experiencias de desconfirmación que producen un reconocimiento que la realidad no se comporta de acuerdo a esas las creencias, expectativas y significados. Son cuatros los eventos que se registran y califican en el Sistema de Codificación de Desconfirmación:

1. Nueva experiencia de acceso

Es una nueva experiencia de acceso, subjetivamente sentida y verbalizada, de una verdad personal que obliga al cliente a producir síntomas. Esta verdad personal, también llamada material generador de síntomas, puede consistir en creencias, expectativas, significados atribuidos, necesidades, propósitos, actitudes, reglas o técnicas de autoprotección. Además de los sentimientos, emociones y respuestas somáticas asociadas. Esta experiencia es nueva en tanto el material no se encontraba plenamente consciente. Para esta experiencia, el sistema de clasificación contiene los siguientes ítems:

1.1 La verbalización explícita del cliente de la conciencia preexistente de la causa subyacente de los síntomas.

0	1	2	3	4
No hay verbalización	Verbalización vaga y breve	Verbalización específica pero mínima	Verbalización específica y básica	Verbalización matizada y evidente

Se debe otorgar una calificación por encima de 0 solo si las palabras del cliente indican que él / ella ya tiene una visión genuina de los problemas personales subyacentes, pero no si el cliente simplemente expresa una noción genérica y común de una causa subyacente.

1.2 La verbalización explícita del cliente del material recién recuperado.

0	1	2	3	4
No hay verbalización	Verbalización vaga y breve	Verbalización específica pero mínima	Verbalización específica y básica	Específica sobre cómo el síntoma es necesario.

1.3 La profundidad de la experiencia subjetiva del cliente del material recuperado y verbalizado recientemente.

0= Ninguna. Ejemplo: la voz del cliente es plana y nada de los características no verbales indica que el material es experimentado, aun cuando el cliente reconoce cognitivamente la importancia del material

1 = Pobre

2 = Moderada. Ejemplo: El cliente habla en una voz suave, luego se queda silente por varios segundo mientras mira el suelo, luego dice en con voz débil “Si, eso se siente realmente verdadero” El cambio de tono de voz, que haya estado cabizbajo en silencio y sus propias palabras indican que está experimentado subjetivamente el material.

3 = Firme

4= Fuerte. Ejemplo: El cliente mira al suelo, inhala largamente y en su respiración, la expresión facial y tono de piel cambian. Está silente por varios segundo e inhala largamente de nuevo y luego dice, con una voz quebrada. “Si, realmente eso se siente real. Y mi estómago está apretado por el miedo”. Luego se disuelve en lágrimas.

1.4 Sentimiento de importancia del material recién recuperado.

0	1	2	3	4
No hay indicación	Indicación baja	Indicación breve y leve	Indicaciones leve pero sostenida	Indicación fuerte y evidente

1.5 Interrupción del cliente de la experiencia del material generador de síntomas

0= Sin interrupción: Los indicadores no verbales de la experiencia subjetiva continua y luego gradualmente se disipa de una manera natural, sin tener una interrupción abrupta.

1= Interrupción afectiva parcial: La experiencia afectiva del cliente es súbitamente parcialmente disminuida, pero no es disminuida su reconocimiento cognitivo/verbal del material. El cliente puede o no expresar verbalmente disconformidad con el material.

2= Interrupción afectiva total: La experiencia afectiva del cliente es súbitamente interrumpida totalmente, pero no es disminuida su reconocimiento cognitivo/verbal del material. El cliente puede o no expresar verbalmente disconformidad con el material.

3= Interrupción cognitiva parcial: La experiencia afectiva del cliente es súbitamente interrumpida totalmente y el reconocimiento cognitivo/verbal es parcialmente oscurecido. El cliente no tiene conciencia de algún disconfort con el material y aun habla de algún aspecto del material

4= Interrupción cognitiva total: Tanto el contacto afectivo como cognitivo del material desaparece súbitamente. El cliente podría tener conciencia de algún disconfort con el material y aún habla de algún aspecto del material. Marcadores de disociación pueden ser observados.

2. Experiencia de acceso simultáneo

Es una experiencia directa y sentida de un material generador de síntomas sobre el que se tomó conciencia en el curso de la terapia, que se produce al mismo tiempo que una experiencia de desconfirmación. Los elementos a calificar son los mismos que para las nuevas experiencias de acceso, por lo que se utilizan las mismas escalas de calificación:

2.1 La verbalización explícita del cliente de la conciencia preexistente de la causa subyacente de los síntomas.

0	1	2	3	4
No hay verbalización	Verbalización vaga y breve	Verbalización específica pero mínima	Verbalización específica y básica	Verbalización matizada y evidente

Se debe otorgar una calificación por encima de 0 solo si las palabras del cliente indican que él / ella ya tiene una visión genuina de los problemas personales subyacentes, pero no si el cliente simplemente expresa una noción genérica y común de una causa subyacente.

2.2 La verbalización explícita del cliente del material recién recuperado.

0	1	2	3	4
No hay verbalización	Verbalización vaga y breve	Verbalización específica pero mínima	Verbalización específica y básica	Específica sobre cómo y porqué es necesario el síntoma.

2.3 La profundidad de la experiencia subjetiva del cliente del material recuperado y verbalizado recientemente.

0= Ninguna. Ejemplo: la voz del cliente es plana y nada de los características no verbales indica que el material es experimentado, aun cuando el cliente reconoce cognitivamente la importancia del material

1 = Pobre

2 = Moderada. Ejemplo: El cliente habla en una voz suave, luego se queda silente por varios segundo mientras mira el suelo, luego dice en con voz débil "Si, eso se siente realmente verdadero" El cambio de tono de voz, que haya estado cabizbajo en silencio y sus propias palabras indican que está experimentado subjetivamente el material.

3 = Firme

4= Fuerte. Ejemplo: El cliente mira al suelo, inhala largamente y en su respiración, la expresión facial y tono de piel cambian. Está silente por varios segundo e inhala largamente de nuevo y luego dice, con una voz quebrada. "Si, realmente eso se siente real. Y mi estómago está apretado por el miedo". Luego se disuelve en lágrimas.

2.4 Sentimiento de importancia del material recién recuperado.

0	1	2	3	4

No hay indicación	Indicación baja	Indicación breve y leve	Indicaciones leve pero sostenida	Indicación fuerte y evidente
-------------------	-----------------	-------------------------	----------------------------------	------------------------------

2.5 Interrupción del cliente de la experiencia del material generador de síntomas

0= Sin interrupción: Los indicadores no verbales de la experiencia subjetiva continua y luego gradualmente se disipa de una manera natural, sin tener una interrupción abrupta.

1= Interrupción afectiva parcial: La experiencia afectiva del cliente es súbitamente parcialmente disminuida, pero no es disminuida su reconocimiento cognitivo/verbal del material. El cliente puede o no expresar verbalmente disconformidad con el material.

2= Interrupción afectiva total: La experiencia afectiva del cliente es súbitamente interrumpida totalmente, pero no es disminuida su reconocimiento cognitivo/verbal del material. El cliente puede o no expresar verbalmente disconformidad con el material.

3= Interrupción cognitiva parcial: La experiencia afectiva del cliente es súbitamente interrumpida totalmente y el reconocimiento cognitivo/verbal es parcialmente oscurecido. El cliente no tiene conciencia de algún disconfort con el material y aun habla de algún aspecto del material

4= Interrupción cognitiva total: Tanto el contacto afectivo como cognitivo del material desaparece súbitamente. El cliente podría tener conciencia de algún disconfort con el material y aún habla de algún aspecto del material. Marcadores de disociación pueden ser observados.

3. Experiencia de desconfirmación simultánea

Consiste en una experiencia directa y lúcida que contradice una unidad específica de material generador de síntomas, mientras que el material generador de síntomas también se experimenta. Este sistema de clasificación contiene los siguientes ítems:

3.1 Certeza de la yuxtaposición: experiencia concurrente tanto del material generador de síntomas como de un conocimiento vívido que lo contradice.

0	1	2	3	4
---	---	---	---	---

Poco probable pero posible	Incierto pero probable	Muy probable	Definitivo	Definitivo y potente
----------------------------	------------------------	--------------	------------	----------------------

0 = La yuxtaposición es posible, pero parece poco probable porque hubo más de 5 minutos entre las indicaciones de que el cliente estaba experimentando el material generador de síntomas y las indicaciones de que el cliente estaba experimentando el conocimiento contradictorio, y no había ninguna indicación de que el cliente estuviera experimentando ambos a la vez.

1 = La yuxtaposición es incierta, pero algo probable porque hubo menos de 5 minutos entre las indicaciones separadas de las dos experiencias.

2 = La yuxtaposición es muy probable porque la experiencia del cliente del conocimiento contradictorio ocurrió claramente mientras el cliente experimentaba el material generador de síntomas, aunque ni el cliente ni el terapeuta comentaron sobre la yuxtaposición ni se refirieron a ambos lados de la yuxtaposición en ningún comentario.

3 = La yuxtaposición es definitiva porque el cliente o el terapeuta se refirieron explícitamente al material generador de síntomas y al conocimiento contradictorio en un solo conjunto de comentarios.

4 = La yuxtaposición es definitiva y potente porque los comentarios del cliente indicaron explícitamente la efectividad de los conocimientos contradictorios en la desconfirmación y la despotenciación del material generador de síntomas.

3.2 La verbalización explícita del conocimiento contradictorio por parte del cliente

0	1	2	3	4
No hay verbalización	Verbalización vaga y breve	Verbalización específica pero mínima	Verbalización específica y básica	Específica y minuciosa

0 = No verbalización por parte del cliente con respecto al conocimiento contradictorio. (Esta calificación se usa solo si el terapeuta realizó la verbalización del conocimiento contradictorio del cliente).

1 = Verbalización breve y vaga, como, por ejemplo, "Eso pone una nueva luz en las cosas".

2 = Verbalización mínima, breve pero específica, como, por ejemplo, "Eso pone una nueva luz en las cosas. Sabes, nunca se me ocurrió que no merecía las críticas de papá". (Esto contradice la creencia de la vida del cliente, que genera síntomas, de que él merecía las críticas frecuentes, duras, denigrantes y vergonzosas de su padre).

3 = Especificación, verbalización básica, como, por ejemplo, "Eso pone una nueva luz en las cosas. Sabes, nunca se me ocurrió que no merecía las críticas de papá. En realidad, es un poco molesto verlo porque significa que todas esas críticas fueron algún tipo de abuso".

4 = Verbalización específica y minuciosa, como, por ejemplo, "Eso pone una nueva luz en las cosas. Sabes, nunca se me ocurrió que no merecía las críticas de papá. En realidad, es un poco molesto verlo, porque significa que todas esas críticas fueron algún tipo de abuso. ¿Me estaba bajando como él se sentía muy bien consigo mismo? En realidad, es bastante perturbador ver de repente sentirme como un pedazo de mierda toda mi vida fue realmente una carga de mierda que me tiró, para sentirse bien. Ahora me siento enojada".

3.3 La profundidad subjetiva de la experiencia yuxtaposición del cliente, ya sea que la cualidad subjetiva sea positiva (como un sentimiento de alivio, alegría o risa alegre) o negativa (como un sentimiento de preocupación, enojo, pérdida o consternación).

0	1	2	3	4
No hay signos de alguna cualidad sentida	Pobre	Leve	Firme	Fuerte

0 = No hay indicaciones de ninguna experiencia afectiva y / o somática de la yuxtaposición.

1 = Indicaciones escasas de experiencia afectiva y / o somática.

2 = Indicaciones leves de experiencia afectiva y / o somática.

3 = Indicaciones firmes de experiencia afectiva y / o somática.

4 = Indicaciones fuertes de intensa experiencia afectiva y / o somática.

3.4 Expresiones de sorpresa o disonancia del cliente en la respuesta inicial a la yuxtaposición.

0	1	2	3	4
Ninguna	Ligera, breve sorpresa	Leve sorpresa	Firme sorpresa	Fuerte sorpresa

0 = No hay expresión visible de sorpresa o disonancia en palabras, tono de voz, expresión facial, respiración, lenguaje corporal

1 = Expresión ligera, momentánea de sorpresa o disonancia (como el ceño fruncido momentáneamente y la expresión de "Hnh")

2 = Expresión leve de sorpresa o disonancia (como un tono de voz ligeramente intrigado o sorprendido cuando el cliente verbaliza el conocimiento contradictorio)

3 = Expresión firme de sorpresa o disonancia (como un tono de voz que es claramente intrigado o sorprendido cuando el cliente verbaliza el conocimiento contradictorio, con la expresión facial correspondiente e inequívoca, ya sea que el cliente esté contento o angustiado por la sorpresa de esta yuxtaposición)

4 = Expresión fuerte de sorpresa o disonancia (como palabras, tono de voz y expresión facial que expresan claramente un asombro genuino y fuerte ante la nueva realidad que se ha abierto repentinamente a través de la yuxtaposición).

4. Experiencia de desconfirmación simultáneas repetidas

Consiste una o más repeticiones de una experiencia de desconfirmación simultánea más adelante en la misma sesión. Este sistema de clasificación contiene los siguientes ítems:

4.1 Verbalización explícita del material generador de síntomas por parte del terapeuta y/o cliente.

0	1	2	3	4
Sin verbalización	Verbalización vaga y breve	Verbalización breve pero específica	Verbalización específica y experiencial	Revisión experiencial + metacognitiva

0 = No verbalización en absoluto de esta mitad de la yuxtaposición (el material generador de síntomas), pero el cliente parece ser subjetivamente consciente de ello, en su opinión.

1 = Referencia verbal breve, vaga y no específica, como por ejemplo un terapeuta que dice: "Esto es muy diferente de lo que siempre has esperado" o "Esto no es lo que siempre has asumido que significaba cuando algo es difícil."

2 = Verbalización breve pero específica, como un terapeuta que dice: "Y antes de ahora, siempre asumiste que hacer algo difícil significa que te estás quedando corto y realmente mereces la decepción de tu padre".

3 = Verbalización explícita y extendida con indicios experienciales específicos, como un terapeuta que dice: "Y antes, siempre has asumido que es difícil hacer algo que significa que te estás quedando corto y realmente mereces la decepción de tu padre, como el momento en el que probaste el salto con garrocha y no pudiste hacerlo al principio, y sentiste miedo de ir a casa y enfrentar a tu padre y sentir su decepción y sentir la vergüenza que te invadía. Algo realmente difícil tenía un significado tan grande y terrible para ti".

4 = Verbalización explícita y extendida con indicios experienciales específicos, como en el nivel de calificación 3 anterior, además de guiar al cliente para que vuelva a visitar y volver a habitarlo de manera imaginada, ahora con conciencia metacognitiva del material generador de síntomas que gobierna el estado de ánimo y / o comportamiento.

4.2. Verbalización explícita del conocimiento contradictorio por parte del terapeuta y / o cliente

0	1	2	3	4
No hay verbalización	Verbalización breve e inespecífica	Verbalización breve y específica	Verbalización específica y amplia	Verbalización específica, amplia y con repetición.

0 = No hay verbalización explícita del conocimiento contradictorio en absoluto, solo una referencia vaga y momentánea a él, como, por ejemplo, "Lo que te diste cuenta pone una nueva luz sobre las cosas".

1 = Verbalización momentánea con una especificidad mínima y parcial, como un terapeuta que dice: "Lo que te diste cuenta del verdadero significado de la decepción de papá pone una nueva luz en las cosas".

2 = Expresión verbal breve y específica, como un terapeuta que dice: "¿Cómo es ahora para ti tener esta nueva claridad sobre la "decepción" de papá cuando algo fue difícil para ti? Este reconocimiento de que todo el tiempo era su necesidad de demostrar su superioridad ¿No es algo que hayas merecido en absoluto?"

3 = Verbalización específica y extendida, que incluye una referencia a una instancia importante, como un terapeuta que dice: "¿Cómo es ahora para ti tener esta nueva claridad sobre la "decepción" de papá cuando algo fue difícil para ti? Este reconocimiento de que todo el tiempo, ¿Era su necesidad de demostrar su superioridad, no es algo que alguna vez mereciste? ¿Como cuando tuviste esa dificultad inicial con el salto con garrocha?"

4 = Específico, verbalización extendida con una repetición experiencial de una instancia pasada importante, como un terapeuta que dice: "¿Cómo es ahora para ti tener esta nueva claridad sobre la "decepción" de papá cuando algo fue difícil para ti? Este reconocimiento de que todo el tiempo, fue su necesidad de demostrar su superioridad, ¿no es algo que hayas merecido en absoluto? Acaba de llamarlo su necesidad "patética", así que puede tomarse unos segundos ahora para recordar la dificultad inicial que tuvo con el salto con garrocha, y ver esa mirada decepcionada en la cara de papá, pero ahora veo esa mirada como su patética necesidad de demostrar su superioridad, ¿no evidencia de que eres inadecuado?"

3. Calidad experiencial de la yuxtaposición repetida.

0	1	2	3	4
No hay signos de calidad del sentido	Escasa	Leve	Firme	Fuerte

0 = No hay indicaciones de ninguna experiencia afectiva y / o somática de la yuxtaposición repetida.

1 = Indicaciones escasas de experiencia afectiva y / o somática.

2 = Indicaciones leves de experiencia afectiva y / o somática.

3 = Indicaciones firmes de experiencia afectiva y / o somática.

4 = Indicaciones fuertes de intensa experiencia afectiva y / o somática.

Anexo B. Sistema de codificación de cambio transformacional.

El sistema de codificación de cambio transformacional permite detectar los marcadores distintivos del cambio transformacional en los videos de las sesiones de terapia y calificar la precisión de estos marcadores cuando ocurren. En este sistema de codificación, los marcadores de cambio transformacional son de los siguientes 4 tipos:

1. Desaparición de uno o más de los síntomas del cliente (un comportamiento no deseado, estado mental o trastorno somático). Este sistema de clasificación contiene los siguientes ítems:

1.1 ¿Hubo identificación previa de los síntomas desaparecidos en esta o en una sesión anterior?

Y	N	?
Si	Np	No se sabe

1.2 Certeza del cliente sobre la desaparición (ya sea en sus propias palabras o en la respuesta del cliente a los comentarios del terapeuta sobre la desaparición).

1	2	3	4
Pobre	Leve	Firme	Fuerte

1 = Pobre

2 = Leve: Por ejemplo, el cliente dice: "Y más tarde en el día me di cuenta de que no me enojé con él esta vez como siempre lo he hecho".

3 = Firme

4 = Fuerte: Por ejemplo, el cliente dice: “De inmediato me di cuenta de que no me enojé con él esta vez como siempre lo hago cuando él hace eso, y en cambio me sentí triste de que no pudiéramos conectarnos en esa área, y luego sentí, '¡Guau, soy capaz de cambiar!' Me sentí realmente genial por eso”.

1.3 No esfuerzo de la no ocurrencia de los síntomas.

0	1	2	3	4
Falso	Poco claro	Posible	Probable	Definitivo

0 = Falso porque el cliente describió hacer un esfuerzo (hacer una práctica o acción) que el cliente cree que evitó que ocurriera el síntoma.

1 = No está claro porque el cliente dijo que algunas circunstancias inusuales podrían haber causado la no ocurrencia.

2 = Posible porque nada de lo indicado por el cliente o el terapeuta indica claramente si la no ocurrencia fue fácil o como resultado de algún esfuerzo.

3 = Probable porque la sorpresa del cliente o la alegría relajada con respecto a la no ocurrencia parece implicar que no se hizo ningún esfuerzo para prevenir el síntoma.

4 = Definitivo porque el cliente declaró explícitamente que la no ocurrencia fue sin esfuerzo en una situación en la que los síntomas ocurrirían previamente.

1.4 Intensidad de los síntomas antes de la desaparición.

0	1	2	3	4
No hay indicación	Leve	Moderado	Fuerte	Severo

Estas clasificaciones utilizan la escala de unidades subjetivas de angustia, que es una escala de 0 a 10 para que los clientes califiquen la intensidad de su estado de angustia.

0 = El cliente no ha dado ninguna indicación de intensidad.

1 = Leve: 1-3

2 = Moderado: 4-6

3 = Fuerte: 7-8

4 = Severo: 9-10

1.5 ¿Durante cuánto tiempo existieron los síntomas en la vida del cliente?

0	1	2	3	4
No se sabe	Desde hace 1 año o menos	Desde hace 15 años o menos	Desde la adolescencia	Desde la infancia

1.6 ¿Ausente de dónde o cuándo ocurrió anteriormente?

Y	N	?
Si	No	No se sabe

2. Desaparición de toda reactivación del núcleo subyacente de ese síntoma: creencia / auto-estado / ego-estado / parte / esquema emocional / subpersonalidad / narrativa / complejo

Este sistema de clasificación contiene los siguientes ítems:

2.1 Certeza del cliente sobre la desaparición del esquema (ya sea en las propias palabras del cliente o en la respuesta del cliente a los comentarios del terapeuta sobre la desaparición).

1	2	3	4
Pobre	Leve	Firme	Fuerte

1 = Pobre.

2 = Leve: Por ejemplo, el cliente dice: "Y luego me di cuenta de que no me ponía raro [o no esperaba ser criticado] como siempre lo he hecho antes".

3 = Firme.

4 = Fuerte: por ejemplo, el cliente dice: "De inmediato me di cuenta de que no me ponía raro [o no esperaba ser criticado] como siempre lo he hecho antes, y en cambio me sentí triste porque mi madre necesita criticar en lugar de ser amable o amorosa, y luego sentí: '¡Guau, soy capaz de cambiar!' Me sentí realmente bien por eso "".

2.2 No esfuerzo de no reactivación del esquema.

0	1	2	3	4
Falso	Poco claro	Posible	Probable	Definitivo

0 = Falso porque el cliente describió hacer un esfuerzo (hacer una práctica o acción) que el cliente cree que impidió que el esquema se reactivara.

1 = No está claro porque el cliente dijo que algunas circunstancias inusuales podrían haber causado la no reactivación.

2 = Posible porque nada de lo indicado por el cliente o el terapeuta indica claramente si la no reactivación fue fácil o como resultado de algún esfuerzo.

3 = Probable porque la sorpresa del cliente o la alegría relajada con respecto a la no reactivación parece implicar que no se hizo ningún esfuerzo para evitar el esquema.

4 = Definitivo porque el cliente declaró explícitamente que la no reactivación fue fácil en una situación en la que el esquema se reactivaría previamente.

2.3 Intensidad del esquema antes de la desaparición.

0	1	2	3	4
No hay indicación	Leve	Moderado	Fuerte	Severo

Estas clasificaciones utilizan la escala de unidades subjetivas de angustia, que es una escala de 0 a 10 para que los clientes califiquen la intensidad de su estado de angustia.

0 = Sin indicación de intensidad

1 = Leve: 1-3

2 = Moderado: 4-6

3 = Fuerte: 7-8

4 = Grave: 9-10

2.4 ¿Durante cuánto tiempo existieron los síntomas en la vida del cliente?

0	1	2	3	4
No se sabe	Desde hace 1 año o menos	Desde hace 15 años o menos	Desde la adolescencia	Desde la infancia

Anexo C Tablas Terapia de Coherencia

1.Tablas Sistema de Codificación de Desconfirmación Esquema A.1

1.1 Tabla nueva experiencias de acceso A.1

NUEVAS EXPERIENCIAS DE ACCESO					
Experiencias directas del cliente de material generador de síntomas que había estado fuera de la conciencia					
Verbalización explícita de conciencia preexistente:		0			
Etiqueta de contenido	Ítems a calificar	Calificación #1	Calificación #2	Calificación #3	Calificación #4
A.1	Tiempo	S4 14:00/30:00	S4 33:30/48:45	S5 0:30/8:00	S5 11:15/28:00
	Verbalización explícita del material recién recuperado	4	4	4	4
	Profundidad de la experiencia del material recién recuperado.	4	4	4	4
	Sentimiento de importancia del material recién recuperado	4	4	4	4
	Interrupción de la experiencia por parte del cliente	0	0	0	0

1.2 Tabla Experiencia de acceso concurrente A.1

EXPERIENCIA DE ACCESO CONCURRENTE				
La experiencia del cliente de material generador de síntomas al mismo tiempo que el acceso a conocimiento contradictorio				
Verbalización explícita de conciencia preexistente:		0		
Etiqueta de contenido	Ítems a calificar	Calificación #1	Calificación #2	Calificación #3
A.1	Tiempo	S5 11:15/22:30		
	Verbalización explícita del material recién recuperado	4		
	Profundidad de la experiencia del material recién recuperado.	4		"
	Sentimiento de importancia del material recién recuperado	4		"
	Interrupción de la experiencia por parte del cliente	0		"

1.3 Tabla Experiencia de desconfirmación simultánea A.1

EXPERIENCIA DE DESCONFIRMACIÓN SIMULTÁNEA				
La experiencia del cliente de conocimiento contradictorio en yuxtaposición con el material generador de síntomas				
Verbalización explícita de conciencia preexistente:		0		
Etiqueta de contenido	Ítems a calificar	Calificación #1	Calificación #2	Calificación #3
A.1	Tiempo	S5 18:00/22:20		
	Certeza de la yuxtaposición	4		
	Verbalización explícita del conocimiento contradictorio por parte del cliente	4		"
	Profundidad de la experimentación de yuxtaposición	4		"

Expresión de sorpresa o disonancia	0		
---------------------------------------	---	--	--

1.4 Tabla Experiencia de yuxtaposición repetidas A.1

EXPERIENCIAS DE YUXTAPOSICIÓN REPETIDAS (S5) Repeticiones de la experiencia de yuxtaposición					
Verbalización explícita de conciencia preexistente:		0			
Etiqueta de contenido	Ítems a calificar	Calificación #1	Calificación #2	Calificación #3	Calificación #4
A.1	Verbalización explícita del material generador de síntomas por el terapeuta y / o cliente y tiempo	3 (25:40/ 27:30)	2 (32:50/33:02)	4 (37:40/44:25)	4 48:00/50:00
	Verbalización explícita del conocimiento contradictorio por parte del terapeuta y / o cliente y tiempo	4 (23:50/27:55)	3 (31:43/33:00)	4 (37:00/44:00)	4 50:00/57:00
	Calidad experiencial de la yuxtaposición repetida.	3	3	4	3

2. Tablas Sistema de Codificación de Cambio Transformacional esquema A.1

2.1 No ocurrencia de un síntoma

2.1.1 No ocurrencia de síntoma A.1

CESE SINTOMÁTICO			
Síntoma que dejó de ocurrir	A.1 Respuestas emocionales intensas de miedo, soledad y/o rabia como consecuencia de experimentar un conflicto interpersonal, desacuerdos y/o que una persona se olvide de algo que se dijo.		
Ítems a calificar	Calificación #1	Calificación #2	Calificación #3
Sesión y tiempo	S5 28:00/32:00	S5 47:00/47:30	S5 54:00/56:00
Certeza del cliente sobre la desaparición	3	3	2
No-esfuerzo de la no aparición de síntomas	3	3	3

Intensidad de los síntomas antes de la desaparición	4	4	4
¿Durante cuánto tiempo existieron los síntomas?	4	4	4
Contexto específico de la no ocurrencia	Terapia	Terapia	Terapia

2.1.1 No ocurrencia de síntoma B.1

CESE SINTOMÁTICO			
Síntoma que dejó de ocurrir	B.1 Conductas de hipervigilancia y complacencia compulsiva para evitar entrar en conflictos interpersonales.		
Ítems a calificar	Calificación #1	Calificación #2	Calificación #3
Sesión y tiempo	S5 33:00/34:00		
Certeza del cliente sobre la desaparición	3		
No-esfuerzo de la no aparición de síntomas	3		
Intensidad de los síntomas antes de la desaparición	4		
¿Durante cuánto tiempo existieron los síntomas?	4		
Contexto específico de la no ocurrencia	Terapia		

2.1.1 No ocurrencia de síntoma C.1

CESE SINTOMÁTICO			
Síntoma que dejó de ocurrir	C.1 Tensión física intensa relacionada con la expectativa de un conflicto interpersonal.		
Ítems a calificar	Calificación #1	Calificación #2	Calificación #3
Sesión y tiempo	S5 22:00/22:40		
Certeza del cliente sobre la desaparición	3		

No-esfuerzo de la no aparición de síntomas	3		
Intensidad de los síntomas antes de la desaparición	4		
¿Durante cuánto tiempo existieron los síntomas?	4		
Contexto específico de la no ocurrencia	Terapia		

2.2 No reactivación de un esquema

2.2.1 Esquema A.1

NO REACTIVACIÓN DE ESQUEMA			
Etiqueta de contenido:	A.1		
Ítems a calificar	Calificación #1	Calificación #2	Calificación #3
Sesión y tiempo	S5 28:00/33:20	S5 40:00/46:00	S5 50:00/56:40
Certeza del cliente sobre la no reactivación	3	4	4
No-esfuerzo de la no reactivación del esquema	3	4	3
Intensidad del esquema antes de la no reactivación	4	4	4
¿Durante cuánto tiempo existió el esquema?	4	4	4
Contexto específico de la no reactivación	Terapia	Terapia	Terapia

Anexo D. Tablas Terapia Centrada en Emociones.

1. Tablas DCS

1.1 Tablas esquema A.2

1.1.1 Tabla nueva experiencia de acceso esquema A.2

NUEVA EXPERIENCIA DE ACCESO				
La experiencia del cliente de material generador de síntomas al mismo tiempo que el acceso a conocimiento contradictorio				
Verbalización explícita de conciencia preexistente:		0		
Etiqueta de contenido	Ítems a calificar	Calificación #1	Calificación #2	Calificación #3
A.2	Tiempo	S1 13:00/16:00	S1 17:10/20:50	
	Verbalización explícita del material recién recuperado	3	4	
	Profundidad de la experiencia del material recién recuperado.	3	4	“
	Sentimiento de importancia del material recién recuperado	3	4	“
	Interrupción de la experiencia por parte del cliente	0	0	“

1.1.2 Tabla experiencia de acceso concurrente esquema A.2

EXPERIENCIA DE ACCESO CONCURRENTE				
La experiencia del cliente de material generador de síntomas al mismo tiempo que el acceso a conocimiento contradictorio				
Verbalización explícita de conciencia preexistente:		0		
Etiqueta de contenido	Ítems a calificar	Calificación #1	Calificación #2	Calificación #3
A.2	Tiempo	S1 17:00/25:00		
	Verbalización explícita del material recién recuperado	4		
	Profundidad de la experiencia del material recién recuperado.	4		“
	Sentimiento de importancia del material recién recuperado	4		“
	Interrupción de la experiencia por parte del cliente	0		“

1.1.3 Tabla experiencia experiencia de desconfirmación simultánea esquema A.2

EXPERIENCIA DE DESCONFIRMACIÓN SIMULTÁNEA				
La experiencia del cliente de conocimiento contradictorio en yuxtaposición con el material generador de síntomas				
Verbalización explícita de conciencia preexistente:			0	
Etiqueta de contenido	Ítems a calificar	Calificación #1	Calificación #2	Calificación #3
A.2	Tiempo	21:00/25:30		
	Certeza de la yuxtaposición	3		
	Verbalización explícita del conocimiento contradictorio por parte del cliente	4		"
	Profundidad de la experimentación de yuxtaposición	4		"
	Expresión de sorpresa o disonancia	2		"

1.2. Tablas esquema B.2

1.2.1 Tabla Nueva experiencia de acceso esquema B.2

NUEVA EXPERIENCIA DE ACCESO					
La experiencia del cliente de material generador de síntomas al mismo tiempo que el acceso a conocimiento contradictorio					
Verbalización explícita de conciencia preexistente:			0		
Etiqueta de contenido	Ítems a calificar	Calificación #1	Calificación #2	Calificación #3	Calificación #4
B.2	Tiempo	S1 27:00/27:30	S1 39:00/40:00	S2 7:00/9:00	S2 17:00/26:00
	Verbalización explícita del material recién recuperado	2	4	2	4
	Profundidad de la experiencia del material recién recuperado.	2	4	3	"4
	Sentimiento de importancia del material recién recuperado	2	4	4	"4
	Interrupción de la experiencia por parte del cliente	0	0	0	0

1.2.2 Tabla experiencia de acceso concurrente esquema B.2

EXPERIENCIA DE ACCESO CONCURRENTE				
La experiencia del cliente de material generador de síntomas al mismo tiempo que el acceso a conocimiento contradictorio				
Verbalización explícita de conciencia preexistente:		0		
Etiqueta de contenido	Ítems a calificar	Calificación #1	Calificación #2	Calificación #3
B.2	Tiempo	S1 27:00/27:30	S2 13:40/17:00	
	Verbalización explícita del material recién recuperado	2	3	
	Profundidad de la experiencia del material recién recuperado.	3	4	"
	Sentimiento de importancia del material recién recuperado	3	4	"
	Interrupción de la experiencia por parte del cliente	0	0	"

1.2.3 Tabla experiencia de desconfirmación simultánea esquema B.2

EXPERIENCIA DE DESCONFIRMACIÓN SIMULTÁNEA				
La experiencia del cliente de conocimiento contradictorio en yuxtaposición con el material generador de síntomas				
Verbalización explícita de conciencia preexistente:		0		
Etiqueta de contenido	Ítems a calificar	Calificación #1	Calificación #2	Calificación #3
B.2	Tiempo	S1 28:40/31:00	S2 16:50/18:00	
	Certeza de la yuxtaposición	3	2	
	Verbalización explícita del conocimiento contradictorio por parte del cliente	3	2	"
	Profundidad de la experimentación de yuxtaposición	4	4	"
	Expresión de sorpresa o disonancia	3	2	"

1.2.4 Tablas experiencias de yuxtaposición repetidas esquema B.2

EXPERIENCIAS DE YUXTAPOSICIÓN REPETIDAS (S1)				
Repeticiones de la experiencia de yuxtaposición				
Verbalización explícita de conciencia preexistente:		0		
Etiqueta de contenido	Ítems a calificar	Calificación #1	Calificación #2	Calificación #3
B.2	Verbalización explícita del material generador de síntomas por el terapeuta y / o cliente y tiempo	3 (33:00/34:00)	4 (39:00/40:00)	3 (42:00/42:30)
	Verbalización explícita del conocimiento contradictorio por parte del terapeuta y / o cliente y tiempo	3 (34:00/36:00)	4 (40:10/41:40)	3 (42:20/42:30)
	Calidad experiencial de la yuxtaposición repetida.	4	4	2

EXPERIENCIAS DE YUXTAPOSICIÓN REPETIDAS (S2)				
Repeticiones de la experiencia de yuxtaposición				
Verbalización explícita de conciencia preexistente:		0		
Etiqueta de contenido	Ítems a calificar	Calificación #4	Calificación #5	Calificación #6
B.2	Verbalización explícita del material generador de síntomas por el terapeuta y / o cliente y tiempo	4 (27:20/32:00)	3 (35:00/36:00)	2 (47:00/48:00)
	Verbalización explícita del conocimiento contradictorio por parte del terapeuta y / o cliente y tiempo	3 (27:20/32:00)	3 (36:00/36:20)	4 (47:00/48:00)
	Calidad experiencial de la yuxtaposición repetida.	4	2	2

1.3.Tablas esquema C.2

1.3.1 Tabla nueva experiencia de Acceso esquema C.2

NUEVA EXPERIENCIA DE ACCESO				
La experiencia del cliente de material generador de síntomas al mismo tiempo que el acceso a conocimiento contradictorio				
Verbalización explícita de conciencia preexistente:		0		
Etiqueta de contenido	Ítems a calificar	Calificación #1	Calificación #2	Calificación #3
C.2	Tiempo	S2 9:00/13:00	S2 40:00/44:00	
	Verbalización explícita del material recién recuperado	3	3	
	Profundidad de la experiencia del material recién recuperado.	3	2	“
	Sentimiento de importancia del material recién recuperado	4	4	“
	Interrupción de la experiencia por parte del cliente	0	0	“

1.3.2 Tabla experiencia de acceso concurrente esquema C.2

EXPERIENCIA DE ACCESO CONCURRENTE				
La experiencia del cliente de material generador de síntomas al mismo tiempo que el acceso a conocimiento contradictorio				
Verbalización explícita de conciencia preexistente:		0		
Etiqueta de contenido	Ítems a calificar	Calificación #1	Calificación #2	Calificación #3
C.2	Tiempo	S2 18:00/19:00		
	Verbalización explícita del material recién recuperado	2		
	Profundidad de la experiencia del material recién recuperado.	3		“
	Sentimiento de importancia del material recién recuperado	4		“
	Interrupción de la experiencia por parte del cliente	0		“

1.3.3 Tabla experiencia de desconfirmación simultánea esquema C.2

--

EXPERIENCIA DE DESCONFIRMACIÓN SIMULTÁNEA				
La experiencia del cliente de conocimiento contradictorio en yuxtaposición con el material generador de síntomas				
Verbalización explícita de conciencia preexistente:		0		
Etiqueta de contenido	Ítems a calificar	Calificación #1	Calificación #2	Calificación #3
C.2	Tiempo	S.2 20:00/21:00		
	Certeza de la yuxtaposición	2		
	Verbalización explícita del conocimiento contradictorio por parte del cliente	3		"
	Profundidad de la experimentación de yuxtaposición	2		"
	Expresión de sorpresa o disonancia	2		"

1.3.4 Tabla experiencia de yuxtaposición repetida esquema C.2

EXPERIENCIAS DE YUXTAPOSICIÓN REPETIDA				
Repeticiones de la experiencia de yuxtaposición				
Verbalización explícita de conciencia preexistente:		0		
Etiqueta de contenido	Ítems a calificar	Calificación #1	Calificación #2	Calificación #3
C.2	Verbalización explícita del material generador de síntomas por el terapeuta y / o cliente y tiempo	S2 3 (37:00/37:30)		
	Verbalización explícita del conocimiento contradictorio por parte del terapeuta y / o cliente y tiempo	S2 2 (38:00/40:00)		
	Calidad experiencial de la yuxtaposición repetida.	2		

2. Tablas Sistema de Codificación de Cambio Transformacional.

2.1. Tablas cese sintomático

2.1.1 Tablas cese sintomático síntoma A.2

CESE SINTOMÁTICO			
Síntoma que dejó de ocurrir	A.2 La cliente se siente cansada y desesperanzada por no poder sentir alegría o satisfacción en su vida		
Ítems a calificar	Calificación #1	Calificación #2	Calificación #3
Sesión y tiempo	S2 0:00/1:00		
Certeza del cliente sobre la desaparición	4		
No-esfuerzo de la no aparición de síntomas	4		
Intensidad de los síntomas antes de la desaparición	4		
¿Durante cuánto tiempo existieron los síntomas?	0		
Contexto específico de la no ocurrencia	Rutina diaria		

2.1.2 Tablas cese sintomático síntoma B.2

CESE SINTOMÁTICO (S1)				
Síntoma que dejó de ocurrir	B.2 Culpa extrema, fuerte autocrítica y baja autoestima.			
Ítems a calificar	Calificación #1	Calificación #2	Calificación #3	Calificación #4
Sesión y tiempo	S1 27:30/27:35	S1 37:00/38:00	S1 40:00/41:30	S1 43:30/44:40
Certeza del cliente sobre la desaparición	2	3	4	2
No-esfuerzo de la no aparición de síntomas	2	3	3	2
Intensidad de los síntomas antes de la desaparición	4	4	4	4
¿Durante cuánto tiempo existieron los síntomas?	0	0	0	0

Contexto específico de la no ocurrencia	Terapia	Terapia	Terapia	Terapia
--	---------	---------	---------	---------

CESE SINTOMÁTICO (S2)			
Síntoma que dejó de ocurrir	B.2 Culpa extrema, fuerte autocrítica y baja autoestima..		
Ítems a calificar	Calificación #5	Calificación #6	Calificación #7
Sesión y tiempo	S2 0:00/1:00	S2 35:00/36:00	S2 47:00/48:00
Certeza del cliente sobre la desaparición	4	3	3
No-esfuerzo de la no aparición de síntomas	4	4	2
Intensidad de los síntomas antes de la desaparición	4	4	4
¿Durante cuánto tiempo existieron los síntomas?	0	0	0
Contexto específico de la no ocurrencia	Rutina diaria	Terapia	Terapia

2.1.3 Tablas cese sintomático síntoma C.2

CESE SINTOMÁTICO			
Síntoma que dejó de ocurrir	C.2 Tristeza intensa como consecuencia de no tener una relación cercana con su madre.		
Ítems a calificar	Calificación #1	Calificación #2	Calificación #3
Sesión y tiempo	S2 20:00/21:00		
Certeza del cliente sobre la desaparición	2		
No-esfuerzo de la no aparición de síntomas	2		
Intensidad de los síntomas antes de la desaparición	4		

¿Durante cuánto tiempo existieron los síntomas?	0		
Contexto específico de la no ocurrencia	Terapia		

2.2 Tablas de no reactivación de esquemas

2.2.1 Tabla de no reactivación esquema A.2

NO REACTIVACIÓN DE ESQUEMA			
Etiqueta de contenido:	A.2		
Ítems a calificar	Calificación #1	Calificación #2	Calificación #3
Sesión y tiempo	S1 23:30/25:30		
Certeza del cliente sobre la no reactivación	3		
No-esfuerzo de la no reactivación del esquema	2		
Intensidad del esquema antes de la no reactivación	4		
¿Durante cuánto tiempo existió el esquema?	2		
Contexto específico de la no reactivación	Terapia		

2.2.2 Tabla de no reactivación esquema B.2

NO REACTIVACIÓN DE ESQUEMA				
Etiqueta de contenido:	B.2			
Ítems a calificar	Calificación #1	Calificación #2	Calificación #3	Calificación #4
Sesión y tiempo	S1 36:00/38:00	S1 40:30/42:20	S2 45:00/47:30	
Certeza del cliente sobre la no reactivación	3	3	3	
No-esfuerzo de la no reactivación del esquema	3	3	3	

Intensidad del esquema antes de la no reactivación	4	4	4	
¿Durante cuánto tiempo existió el esquema?	4	4	4	
Contexto específico de la no reactivación	Terapia	Terapia	Terapia	

2.2.3 Tabla de no reactivación esquema C.2

NO REACTIVACIÓN DE ESQUEMA			
Etiqueta de contenido:	C.2		
Ítems a calificar	Calificación #1	Calificación #2	Calificación #3
Sesión y tiempo	S2 20:00/21:00	S2 38:00/39:00	
Certeza del cliente sobre la no reactivación	2	4	
No-esfuerzo de la no reactivación del esquema	2	2	
Intensidad del esquema antes de la no reactivación	4	4	
¿Durante cuánto tiempo existió el esquema?	4	4	
Contexto específico de la no reactivación	Terapia	Terapia	

