



**UNIVERSIDAD DE CHILE FACULTAD
DE CIENCIAS SOCIALES ESCUELA
DE POSTGRADO**

**RELACIÓN ENTRE INDICADORES DE CAMBIO TRANSFORMACIONAL Y LA
METODOLOGÍA DE RECONSOLIDACIÓN TERAPÉUTICA**

Tesis para optar al grado de Magíster en Psicología Clínica de Adultos

ÁLVARO IGNACIO MÁRQUEZ SILVA

**Profesor
guía:
Pablo
Herrera
Salinas
Informantes:
Roberto
Arístegui
Mario
Laborda**

Santiago de Chile, año 2021

**RELACIÓN ENTRE INDICADORES DE CAMBIO TRANSFORMACIONAL Y
LA METODOLOGÍA DE RECONSOLIDACIÓN TERAPÉUTICA**

RESUMEN

En el contexto del interés histórico por encontrar un mecanismo que pueda explicar los cambios transformacionales en psicoterapia, esta investigación toma la propuesta de Bruce Ecker de proceso de reconsolidación terapéutica para aportar a esta misión. El objetivo es estudiar la relación entre los indicadores del cambio transformacional y los pasos del proceso de reconsolidación terapéutica B, 1, 2 y 3. El marco metodológico de esta investigación es exploratorio descriptivo. La selección de la muestra es de dos procesos de psicoterapia, uno con indicadores de éxito terapéutico y otro con indicadores de fracaso terapéutico. Estos procesos psicoterapéuticos se realizaron con el modelo gestáltico. Los instrumentos de análisis de datos utilizados son los manuales: “Sistema de Codificación de Desconfirmación” y “Sistema de Codificación de Cambio Transformacional”. Los resultados obtenidos indican la presencia de indicadores de cambio transformacional precedidos por los pasos de reconsolidación terapéutica en el caso de éxito terapéutico, no así en el caso de fracaso terapéutico. Sin embargo, la evidencia de los resultados no es elevada debido a que en los casos de terapia evaluados no se utilizan los pasos del proceso de reconsolidación terapéutica de manera explícita, por lo que falta mayor certeza de alguna información. Adicionalmente, modelos teóricos y clínicos relacionados con la reconsolidación de la memoria también mostraron factibilidad para explicar algunos resultados.

PALABRAS CLAVE

Proceso de reconsolidación terapéutica, cambio transformacional, reconsolidación de la memoria.

DEDICATORIA

Esta tesis se la dedico especialmente a mi mujer Margarita Navarro Young, quien me inspiró a tomar este desafío y me apoyó en todo el proceso. Muchas gracias por tu amor y dedicación. Así también, esta investigación es en honor a nuestro/a hijo/a estrella, a quien amamos con todo nuestro corazón.

Además, se la dedico a mis padres y a mi familia por la ayuda de toda la vida.

AGRADECIMIENTOS

Agradezco especialmente a Pablo Herrera por su guía y apoyo en el proceso de esta tesis.

Además, expreso mi gratitud por el valioso aporte de los profesores informantes Roberto Arístegui y Mario Laborda.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I: TEORÍA DE LA RECONSOLIDACIÓN DE LA MEMORIA	7
Cómo se borra un aprendizaje.....	8
CAPÍTULO II: EXPLICACIÓN ALTERNATIVA A LA TEORÍA DE RECONSOLIDACIÓN DE LA MEMORIA	10
Competencia por recuperación	10
Debate entre almacenamiento versus recuperación de la memoria.....	11
CAPÍTULO III: PROCESO DE RECONSOLIDACIÓN TERAPÉUTICA	13
Memoria Semántica.....	13
Cambio transformacional versus cambio contrarrestante	14
Ejemplo clínico.....	15
Pasos del Proceso de Reconsolidación Terapéutica	16
CAPÍTULO IV: MODELOS CLÍNICOS ALTERNATIVOS RELACIONADOS AL PROCESO DE RECONSOLIDACIÓN TERAPÉUTICA	19
Modelo de cambio Lane-Ryan-Nadel-Greenberg (LRNG).....	19
Modelo de Experiencia Emocional Correctiva	20
Modelo Aprendizaje Inhibitorio	22
HIPÓTESIS Y PREGUNTAS	27
OBJETIVOS	28
Objetivo General:.....	28
Objetivos Específicos:	28
METODOLOGÍA	29
Diseño de investigación	29
<i>Diseño General</i>	29
<i>Participantes o Muestra</i>	29
<i>Instrumentos de Recolección de Datos</i>	¡Error! Marcador no definido.
<i>Instrumentos de Análisis de Datos</i>	31
<i>Procedimiento de análisis</i>	32
Consideraciones Éticas	33
RESULTADOS	34
Caso 1.....	34
Problema 1: El dolor por dar en adopción a su hija K.....	35
Fase de Preparación.....	35

Recuperación del esquema 1 del aprendizaje implícito (Paso B de fase de recuperación).....	35
Secuencia de Borrado.....	36
Desestabilización del esquema 1 del aprendizaje implícito (Paso 1 de secuencia de borrado)	36
Desestabilización del esquema 1 del aprendizaje implícito (Paso 2 de secuencia de borrado)	37
Anulación del esquema 1 del aprendizaje implícito (Paso 3 de secuencia de borrado)	38
Fase de Preparación.....	39
Recuperación del esquema 2 del aprendizaje implícito (Paso B de fase de recuperación).....	39
Secuencia de Borrado.....	41
Reactivación del esquema 2 del aprendizaje implícito (Paso 1 de la secuencia de borrado)	41
Desestabilización del esquema 2 del aprendizaje implícito (Paso 2 de secuencia de borrado)	42
Anulación del esquema 2 de aprendizaje implícito (Paso 3 de secuencia de borrado)	43
Fase de verificación (V)	44
Desaparición del síntoma.....	44
Persistencia en la desaparición del síntoma.....	46
Desaparición del esquema 1.....	48
Persistencia de la desaparición del esquema 1	49
Desaparición del esquema 2.....	50
Persistencia de la desaparición de esquema 2	52
Resumen	53
Problema 2: Frustración en el rol de madre.....	54
Fase de Recuperación	55
Recuperación del esquema del aprendizaje implícito (Paso B de fase de recuperación).....	55
Secuencia de Borrado.....	57
Desestabilización del esquema de aprendizaje implícito (Paso 1 de secuencia de borrado)	57
Desestabilización del esquema de aprendizaje implícito (Paso 2 de secuencia de borrado)	58
Anulación del esquema de aprendizaje implícito (Paso 3 de secuencia de borrado)	59
Fase de verificación (V)	61
Desaparición del síntoma.....	61

Desaparición del esquema.....	62
Persistencia de la desaparición del síntoma.....	63
Persistencia de la desaparición del esquema	65
Resumen	66
Problema 3: La rabia que siente a su madre	67
Fase de Preparación.....	67
Recuperación del esquema del aprendizaje implícito (Paso B de fase de recuperación).....	67
Secuencia de Borrado.....	68
Desestabilización del esquema de aprendizaje implícito (Paso 1 de secuencia de borrado)	68
Desestabilización del esquema de aprendizaje implícito (Paso 2 de secuencia de borrado)	69
Anulación del esquema de aprendizaje implícito (Paso 3 de secuencia de borrado)	70
Fase de verificación (V)	72
Desaparición del síntoma.....	72
Desaparición del esquema.....	73
Persistencia de la desaparición del síntoma.....	74
Resumen	76
Caso 2.....	77
Problema 1: La culpa por realizarse un aborto	78
Fase de Preparación.....	79
Recuperación del esquema del aprendizaje implícito (Paso B de fase de recuperación).....	79
Problema 2: Ansiedad	81
Problema 3: Sentirse juzgada	81
DISCUSIÓN	84
CONCLUSIONES	88
BIBLIOGRAFÍA	92
ANEXOS	97
Anexo 1: Sistema de codificación de desconfirmación (SCD)	97
Anexo 2: Sistema de codificación de cambio transformacional (SCCT).....	106
Anexo 3: Transcripciones de sesiones de psicoterapia caso 1.....	115
Problema 1: Dolor por no estar con hija que dio en adopción.....	115
Problema 2: Frustración por su rol de madre.....	118
Problema 3: Rabia con su madre.....	124

INTRODUCCIÓN

Una de las preocupaciones en el campo de la psicología clínica es buscar un mecanismo empíricamente validado que permita comprender por qué y cómo específicamente 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).

En el curso de la historia de la psicología clínica, una de las respuestas entregadas, que consta con una larga tradición, es el concepto experiencia emocional correctiva (EEC) surgido en 1946 por Alexander y French. El concepto de EEC intenta dar una explicación acerca de cómo se producen los cambios en psicoterapia. Los autores plantean que al revivir en circunstancias más favorables situaciones emocionales problemáticas del pasado se pueden reparar su influencia traumática original (Alexander y French, 1946). En este contexto, el concepto de reconsolidación de la memoria podría cumplir el rol de actualización del concepto de EEC.

Ecker (2018) propone el mecanismo de la reconsolidación de la memoria, que tiene respaldo empírico en las neurociencias, como una respuesta plausible a los desafíos anteriores. La reconsolidación de la memoria es un tipo de neuroplasticidad que puede desestabilizar la memoria emocional, que es la base de síntomas clínicos en una amplia variedad de casos que presentan los pacientes en la clínica. Una vez borrado este aprendizaje emocional implícito, desaparecerían los síntomas que sostiene.

Es importante señalar que la teoría de reconsolidación de la memoria no tiene una aceptación unánime en la comunidad científica (Lee, Nader, Schiller, 2017). La explicación alternativa a la teoría de reconsolidación de la memoria es la de competencia por recuperación, que postula que la memoria objetivo no se borra, sino que se crean aprendizajes alternativos que compiten con los aprendizajes de la memoria objetivo para su manifestación (Miller y Matzel, 2000; Nader, Schafe y LeDoux, 2000; Miller, Matzel, 2006; Brewin, 2015)

La metodología de reconsolidación de la memoria aplicada a la clínica recibe el nombre de Proceso de Reconsolidación Terapéutica (PRT). Este proceso consiste en los siguientes pasos: (A) identificar el síntoma que se quiere cambiar, (B) recuperar el aprendizaje del esquema emocional que está a la base del síntoma, (C) identificar conocimientos contradictorios accesibles al aprendizaje original. Luego, (1) se reactiva el esquema emocional necesitado de síntomas, a su vez, (2) se activa el conocimiento incompatible a través de experiencia de yuxtaposición, finalmente, (3) se repiten estas experiencias de yuxtaposición del paso anterior. En la última etapa de verificación, (V) se realiza la comprobación de los cambios a través de la observación de marcadores clave: cese del síntoma, no reactivación del aprendizaje objetivo y permanencia sin esfuerzo. (Ecker, Hulley, Ticic, 2012; Ecker, 2018, 2020).

La metodología de reconsolidación de la memoria sería aplicable a cualquier síntoma generado por algún aprendizaje emocional. Algunos de los síntomas que pueden ser eliminados según los reportes clínicos son: depresión, comportamiento agresivo, problemas de aflicción y pérdida, agorafobia, abuso de alcohol, alucinaciones, ansiedad, baja autoestima, problemas de déficit de atención, ataques de pánico, codependencia, sintomatología de trauma, comportamientos compulsivos, procrastinación, problemas sexuales, problemas familiares e infantiles, problemas relacionados con la comida, apego inseguro, adicción, perfeccionismo, entre otros síntomas (Ecker *et al.*, 2012, p. 80; Ecker 2018).

El objetivo del proceso de reconsolidación terapéutica, como mecanismo de cambio transformacional, es el cese completo, duradero y sin esfuerzo de todos los síntomas, es decir, de todas las circunstancias, de comportamientos no deseados, estados de ánimo y / o perturbación somática que se ha producido de manera continua o en respuesta a ciertos contextos o señales. La aplicación de esta metodología produciría cambios transformacionales estables en el tiempo y evitaría recaída sintomática de los pacientes (Ecker, 2018).

Al investigar esta meta-metodología en su aplicación clínica permitiría estudiar cómo ocurren específicamente los cambios en distintas terapias, ya que sería una

metodología transversal a los enfoques que utilicen el principio de transformación del aprendizaje implícito que mantiene los síntomas.

Su aplicación psicoterapéutica postula que puede considerarse como factor común para distintos enfoques en psicoterapia, por lo que también se inserta en el enfoque humanista por los siguientes factores característicos de este enfoque: a) es una metodología experiencial, que b) identifica el significado profundo de los aprendizajes emocionales y c) da importancia a la relación terapéutica como una base necesaria facilitadora para llevar a cabo la metodología. (Ecker, Hulley, Ticc, 2014). Algunos de los enfoques con los que se ha propuesto su compatibilidad son: Terapia Gestalt, Terapia Centrada en Emociones, Psicoterapia de Focusing, Terapia de Sistema de Familia Interna, Terapia de la Coherencia, entre otros (Ecker *et al.*, 2012, p. 27).

En este contexto de buscar un mecanismo que pueda explicar los cambios transformacionales en psicoterapia, los enfoques experienciales plantean como objetivo común transformar los esquemas de aprendizajes implícitos. Como ejemplo, Timulak (2015), desde el modelo de Terapia Centrada en las Emociones, plantea transformar el dolor emocional en psicoterapia a través de ayudar al cliente a identificar el núcleo de las experiencias emocionales difíciles, reconociendo sus necesidades conectadas al dolor central que no se han satisfecho, y respondiendo a estas necesidades subyacentes del cliente, lo que permite transformar los esquemas o aprendizajes emocionales implícitos.

Lane, Ryan, Nadel y Greenberg (2015), proponen una explicación de cambio psicoterapéutico transformador en una variedad de enfoques que trascienden los enfoques experienciales. Plantean como mecanismo de cambio la actualización de memorias emocionales a través de un proceso de reconsolidación que incorpora nuevas experiencias emocionales.

En el modelo propuesto de reconsolidación terapéutica hay resultados alentadores de la utilidad clínica para producir un cambio transformacional (Bolitho, 2017; Ecker, 2008, 2010, 2015, 2018; Ecker y Hulley, 2017; Ecker y Toomey, 2008; Ecker et al., 2012; Högberg, Nardo, Hällström, y Pagani, 2011; Lasser, y Greenwald, 2015;

Shapiro, 2002; Shapiro y Maxfield, 2002; Sibson y Tivic, 2014; Tivic y Kushner, 2015) esto es, la desaparición completa y permanente de los síntomas a través de la actualización de su aprendizaje emocional subyacente, aunque solo hay investigación de laboratorio y reportes anecdóticos de aplicación clínica. No hay estudios empíricos en el contexto de proceso de psicoterapia. (Ecker, 2020).

El enfoque reduccionista de laboratorio lleva a los neurocientíficos a simplificar sus modelos para controlar las variables. Este contexto de laboratorio no da cuenta de la realidad dinámica que se produce en un proceso de psicoterapia. Además, estos estudios de laboratorio, controlados, ocupan un protocolo estándar que no es generalizable a las diferentes realidades. (Ecker, 2018; Elsey y Kindt, 2017; Nader, Hardt y Lanius, 2014). Los estudios de laboratorio son lejanos del contexto experiencial, fenomenológico que se experimenta en psicoterapia. Por otro lado, los reportes y evidencia anecdótica no dan cuenta de cómo se produce la aplicación específica de esta metodología en el contexto de un proceso completo de psicoterapia.

Si bien hay algunos estudios de caso de Terapia Centrada en Emociones que exploran el cambio transformacional (McNally, Timulak, Ladislav, Greenberg, 2014; Dillon, Timulak, Greenberg, 2016), estos no utilizan la metodología del PRT. Por lo tanto, es importante que existan estudios en la práctica clínica para investigar cómo se produce la aplicación específica del PRT en una investigación empírica en el contexto de psicoterapia y evaluar sus aportes a la utilidad clínica.

Además, hay enfoques clínicos, como el modelo Lane-Ryan-Nadel-Greenberg (LRNG) (Lane, et al., 2015; Lane, 2018), el modelo de aprendizaje inhibitorio (Sewart y Craske, 2019) y el modelo de experiencia emocional correctiva (Alexander y French, 1946; Goldfried, 1980; Castonguay y Hill, 2012) que tienen similitudes con el modelo de reconsolidación terapéutica (incluso el modelo LRNG explicita que utiliza el mecanismo de reconsolidación de la memoria), pero no utilizan los mismos pasos para generar cambio transformacional. Por lo que queda abierto el desafío para investigar todos estos enfoques, identificar cuál es que logra más respaldo de la evidencia y consigue mayor utilidad clínica.

Los pasos de la secuencia de transformación del PRT, que presentan respaldo de la neurociencia, posibilitarían el cambio transformacional mediante la observación de los marcadores que verifican el cambio. Por lo que se puede conjeturar que estos pasos de transformación siempre aparecerían en la psicoterapia en que se presenten los marcadores de cambio transformacional, pudieran o no reconocer estos pasos el terapeuta o el paciente (Ecker et al., 2014, p. 179).

Esta investigación de carácter exploratorio que se basará en el análisis de dos estudios de caso, está inserta en una investigación mayor (en proceso de diseño), de una serie de estudios de caso, que pretende contribuir a evaluar la correlación señalada de manera empírica, que sería de gran utilidad porque podría significar un avance importante en el campo de la psicoterapia por varias razones (Ecker, 2019):

La verificación de la correlación a través de sistemas de terapia ampliamente diferentes sería una fuerte evidencia de un proceso fundamental y bien definido de cambio transformacional que podría considerarse un factor común universal en la psicoterapia.

La verificación de la correlación lograría la identificación de un mecanismo de cambio buscado en la psicoterapia. Los marcadores de cambio transformacional son los mismos marcadores que utilizan los neurocientíficos para confirmar el borrado debido a la reconsolidación de la memoria en estudios de laboratorio con sujetos humanos, por lo que la fuerte correlación constituiría evidencia de que la reconsolidación de la memoria podría entenderse como uno de los posibles mecanismos responsables del cambio transformacional producido en la terapia.

Se demostraría la validez y el valor del marco reconsolidación de la memoria / proceso de reconsolidación terapéutica que aportaría en la unificación e integración del campo de la psicoterapia.

El paradigma de la "experiencia emocional correctiva" se podría confirmar rigurosamente y afinar aún más.

Se establecería que un factor específico podría ser muy potente terapéuticamente. El factor específico identificado como potente sería el procedimiento específico que consiste en facilitar los pasos 1-2-3 del PRT, la secuencia de borrado.

CAPÍTULO I: TEORÍA DE LA RECONSOLIDACIÓN DE LA MEMORIA

El modelo predominante de formación de memoria postula que las memorias pueden pasar de un estado de corto plazo, relativamente inestable, a una forma más robusta y a largo plazo. Este proceso es conocido como consolidación. El estado de consolidación de memoria sería dependiente del tiempo, durante el cual el rastro de memoria naciente es vulnerable a la interferencia. Una vez que este proceso de consolidación celular ha tenido lugar, los recuerdos son generalmente insensibles a las manipulaciones (Elsey, Van Ast, Kindt, 2018).

La investigación relacionada con la memoria ha identificado un tipo innato de neuroplasticidad en el cerebro, conocido como reconsolidación de la memoria, que se puede entender como la reactivación de una memoria almacenada en el cerebro tras lo cual la memoria entra en un estado transitorio e inestable, durante el cual la memoria puede modificarse o interrumpirse, y que requiere un proceso de reestabilización dependiente del tiempo para volver a consolidarse y persistir (Lee, Nader, Schiller, 2017; Elsey et al., 2018, Ecker, 2020).

La investigación sobre la reconsolidación de la memoria humana ha arrojado una gran cantidad de hallazgos consistentes con el fenómeno de la reconsolidación (Lee, et al., 2017; Elsey et al., 2018, Ecker, 2018).

Lee et al. (2017) plantean que hay tres líneas de evidencia apoyan la existencia la consolidación y reconsolidación de la memoria. En primer lugar, el rendimiento puede verse afectado si se administran tratamientos amnésicos como el choque electroconvulsivo o los inhibidores de la síntesis de proteínas después del aprendizaje o la reactivación de la memoria. En segundo lugar, el rendimiento puede verse afectado si se produce un nuevo aprendizaje competitivo después del aprendizaje inicial o la reactivación de la memoria. En tercer lugar, la retención se puede mejorar mediante la administración de varios compuestos después del aprendizaje inicial o la reactivación de la memoria. Estas tres manipulaciones son efectivas solo cuando se administran poco después de un nuevo aprendizaje o su reactivación y no cuando se administran después de un retraso.

Lee et al. (2017) refieren que el hecho de que las intervenciones de reconsolidación puedan conducir al debilitamiento, modificación o fortalecimiento de la memoria es consistente con una visión adaptativa de la reconsolidación, un mecanismo que permite la actualización de la memoria. La reconsolidación permitiría la actualización de los recuerdos para mantener su relevancia frente a circunstancias cambiantes.

Dentro del proceso de reconsolidación, durante la ventana de tiempo de reestabilización de la memoria puede ocurrir: extinción, contracondicionamiento o interferencia. Estos procesos pueden proporcionar nueva información que luego se incorpora a la memoria (extinción, contracondicionamiento), o competir por recursos e interferir con el re-almacenamiento de la memoria, dificultando así recuperaciones posteriores (Lee et al., 2017).

Es importante señalar que las investigaciones reportan que la reactivación de la memoria por sí sola no es suficiente para desbloquear las sinapsis que codifican un aprendizaje objetivo. Para que se produzca la desestabilización de la memoria se requiere la reactivación del aprendizaje objetivo más una experiencia adicional de un desajuste entre lo que espera el aprendizaje reactivado y lo que realmente se percibe. Esta segunda experiencia consiste en un conocimiento que difiere significativamente de lo que espera la memoria objetivo reactivada y predice cómo funciona el mundo, por lo que se produce un error de predicción o violación de expectativas (Wasserman y Wasseman, 2019; Ecker, 2020). Ecker (2020) señala que incluso luego de confirmaciones acumuladas del requisito de desajuste, la inferencia errónea de que los recuerdos se reconsolidan después de cada reactivación continuó siendo promulgada durante más de una década por muchos investigadores de neurociencia.

Cómo se borra un aprendizaje

Se podrían borrar los aprendizajes objetivo desestabilizados de dos maneras: 1) bloqueo farmacológico de los procesos celulares y moleculares necesarios para que se produzca la reestabilización (reconsolidación) y 2) contraaprendizaje conductual que actualiza (reescribe) el aprendizaje objetivo. El bloqueo farmacológico

interrumpe el proceso de reconsolidación neurofisiológica en sí. Se evita que el aprendizaje objetivo se vuelva a consolidar. El borrado a través del contraaprendizaje (actualización del comportamiento) solo interrumpe el contenido del aprendizaje objetivo, no el proceso de reconsolidación en sí. El aprendizaje objetivo se consolida, pero con un contenido modificado. Si el aprendizaje objetivo no es desajustado y desconsolidado antes de la experiencia de contraaprendizaje, el contraaprendizaje se codifica por separado y solo compite con el aprendizaje objetivo, como en la extinción, en lugar de reescribir y borrar el aprendizaje objetivo (Ecker, 2020).

La secuencia tripartita de las experiencias de reactivación, desajuste y contra aprendizaje Ecker (2018, 2020) la denomina como “Proceso de borrado empíricamente confirmado” (PBEC). El PBEC se propone como una metodología empírica y no teórica para aplicar directamente en psicoterapia la investigación sobre la reconsolidación de la memoria.

La metodología de reconsolidación de la memoria proporcionaría una explicación basada en la evidencia de cómo las intervenciones clínicas producen los cambios. En el proceso de reconsolidación de la memoria se puede desestabilizar la codificación neural de los aprendizajes emocionales. Esta desestabilización, a su vez, permite que los aprendizajes asociados se borren y produzca la desaparición de los síntomas asociados (Ecker, 2020).

CAPÍTULO II: EXPLICACIÓN ALTERNATIVA A LA TEORÍA DE RECONSOLIDACIÓN DE LA MEMORIA

Competencia por recuperación

La reconsolidación de la memoria no es un proceso universalmente aceptado (Lee et al., 2017). La principal teoría alternativa al proceso de reconsolidación de la memoria es la de competencia por recuperación, que plantea que la memoria no se borra como propone la teoría de la reconsolidación de la memoria, sino que lo que ocurre es una dificultad para recuperar la memoria (Miller y Matzel, 2000; Nader, et al., 2000; Miller y Matzel, 2006; Brewin, 2015).

Miller y Matzel (2000) señalan que lo que se ve afectado por las intervenciones disruptivas poco después del entrenamiento y después de la reactivación posterior al entrenamiento es la preparación para la recuperación posterior. La teoría de competencia por la recuperación propone que los recuerdos que se suponen perdidos después de interrumpir su consolidación inicial pueden recuperarse por diferentes métodos. Las manipulaciones disruptivas no interfieren con la consolidación de la memoria sino con la capacidad de recuperar la memoria (Nader et al., 2000).

Miller y Matzel (2006) plantean que la teoría de recuperación es la única explicación contemporánea que puede explicar tres fenómenos básicos: la labilidad de viejos recuerdos reactivados, efectos recordatorios y efectos de memoria residual. Además, postulan que los datos existentes favorecen una consolidación sináptica muy rápida (milisegundos), con amnesia experimental que refleja, al menos en parte, déficits en la recuperación en lugar del almacenamiento inicial de información.

Brewin (2015) propone que la visión alternativa al proceso de reconsolidación es que las representaciones no pueden alterarse permanentemente y que tales intervenciones crean nuevos recuerdos que dejan el original intacto. Si los recuerdos antiguos o nuevos determinan el comportamiento se decide mediante un proceso de competencia de recuperación, en el que el recuerdo más accesible tiene la mayor influencia. Postula que la psicoterapia crea nuevos recuerdos que compiten con los existentes. El aprendizaje produce una variedad de nuevas

representaciones que pueden colaborar o competir con los recuerdos existentes para controlar el comportamiento.

Brewin (2015) señala que entre las ventajas de un enfoque de recuperación de la competencia se encuentran que no asume un sistema de memoria muy maleable que está constantemente sujeto a cambios. En términos evolutivos, parece mejor tener un sistema de memoria que sea capaz de mantener un registro permanente de eventos muy estresantes o amenazantes, porque esta información podría ser crítica para la supervivencia. Otra ventaja es la explicación a las recaídas que es un hecho común incluso después de una psicoterapia exitosa. Esto es difícil de explicar si se supone que la memoria subyacente se ha actualizado permanentemente. Considera que es más coherente con la idea de que la recuperación se produce mediante la creación de estructuras de memoria alternativas estables, pero que la memoria original sigue siendo capaz de reactivarse en circunstancias específicas.

Debate entre almacenamiento versus recuperación de la memoria

Por lo general, se considera que los efectos duraderos son consistentes con una modificación inducida por la reconsolidación de la traza de memoria original, mientras que la capacidad de recuperar una traza de memoria supuestamente interrumpida o modificada se ve típicamente como evidencia a favor de un déficit temporal en la recuperación, sin ningún cambio real a la traza de memoria reactivada (Elsley et al., 2018).

Elsley et al. (2018) señalan que no observar la expresión de una memoria no es sinónimo de pérdida de memoria. Siempre es posible que las pruebas continuas o un tipo diferente de señal de recuperación produzca la recuperación, lo que significa que no podemos inferir la pérdida de memoria por la ausencia de expresión de memoria. Señalan que no existe un ensayo de comportamiento que pueda establecer firmemente la pérdida de memoria, o incluso la modificación directa de un rastro de memoria. Además, plantean que la recuperación de memoria posterior no es invariablemente una prueba de que un rastro de memoria no fue interrumpido o modificado por un proceso de reconsolidación. Consideran que incluso si una

traza de memoria se modifica realmente a través de la reconsolidación, partes de la traza que se retienen podrían resultar suficientes para recuperar la memoria o facilitar la formación de una nueva memoria, cuya expresión de comportamiento es muy similar a la original.

Lee et al. (2017) critican las explicaciones alternativas al proceso de reconsolidación de la memoria debido a que tienden a sobreinterpretar las observaciones individuales, extendiendo la explicación de un solo estudio a toda la literatura. Sostienen que esta generalización de la interpretación es innecesaria e injustificada. En cambio, las observaciones centrales que desencadenaron la explicación alternativa pueden verse de manera constructiva desde una perspectiva clínica.

Lee et al. (2017) sostienen que investigación futura debería centrarse en si las fallas representan un defecto para desestabilizar la memoria o una falta de actualización del comportamiento a través del proceso de reestabilización. Esto puede ser posible identificando marcadores específicos de desestabilización y reestabilización de la memoria.

Elsley et al. (2018), plantean que la utilidad clínica de un procedimiento basado en la reconsolidación no se basa necesariamente en si representa o no una demostración definitiva de la reconsolidación, sino en si puede producir el resultado deseado: aliviar efectivamente la carga de la enfermedad mental. Una implicancia de este planteamiento sugiere que uno de los principales focos de la investigación de los procesos terapéuticos basados en la reconsolidación podría ser su utilidad clínica, centrándose en mejorar la eficacia y eficiencia de estos procesos psicoterapéuticos para producir cambios transformacionales y duraderos que permitan una ayuda efectiva, que es lo que los consultantes buscan lograr en psicoterapia, más que en si estos cambios se producen por el mecanismo de reconsolidación de la memoria o por el mecanismo de competencia por la recuperación.

CAPÍTULO III: PROCESO DE RECONSOLIDACIÓN TERAPÉUTICA

El proceso de reconsolidación terapéutica (PRT) es la aplicación clínica de la teoría de reconsolidación de la memoria. El PRT permitiría recuperar y luego transformar los esquemas emocionales implícitos que requieren los síntomas de los pacientes, que se formaron de manera adaptativa en una etapa más temprana de la vida. Con esta metodología se podrían eliminar una gran cantidad de síntomas, junto con heridas emocionales menos visibles, patrones de apego y "partes" problemáticas. (Ecker, et al., 2012).

Memoria Semántica

El modelo clínico de reconsolidación de la memoria propuesto por Ecker trabaja con la memoria semántica, la cual está compuesta por patrones generalizados, reglas, modelos mentales, expectativas y significados. Ecker (2018) considera que la memoria semántica parece ser el objetivo del proceso de actualización y borrado, incluso cuando la memoria con la que se trabaja en terapia es una experiencia en la memoria episódica, la cual almacena experiencia personal y eventos particulares. Por ejemplo, en un episodio de estrés post traumático, en el que se recuerdan los eventos a través de la memoria episódica, es el significado que tiene ese evento lo que lo convierte en perturbador, no el hecho en sí, por lo tanto, al cambiar la memoria semántica del evento, puede variar su efecto traumático. La memoria episódica puede servir como un portal para el conocimiento semántico que gobierna la calidad emocional de la experiencia. La actualización de la memoria semántica cambiaría el significado personal codificado de la experiencia, que a su vez cambiaría la reacción generada por el incidente en la memoria episódica.

Ecker y Bridges (2020) señalan que no surgirían problemas éticos con el borrado de la memoria semántica porque dicho borrado se produce sobre un modelo mental del mundo obsoleto que se construyó sobre la base de experiencias particulares, lo que no causa ningún deterioro de la memoria autobiográfica y episódica de esas experiencias.

Según Nadel (2020), la literatura sobre el cambio en los sistemas semánticos también sugiere que ante la adición de información incongruente la memoria semántica se puede dividir en nuevos subesquemas (o subcategorías). No necesariamente en todos los casos de actualización de la memoria semántica esta se borraría. En el proceso de actualización de la memoria semántica, posibles alternativas de resultados serían: modificación, crear una nueva categoría, debilitamiento, borrado, fortalecimiento o permanencia (Lane, Smith y Nadel, 2020).

Nadel (2020) señala que los cambios lentos son más efectivos en los sistemas que almacenan conocimiento conceptual y esquemático. Esto significa que los guiones y esquemas, incluidas las rutinas de acción, pueden no cambiarse y actualizarse tan fácilmente como en el caso de los recuerdos episódicos. Esto podría tener sentido, ya que el conocimiento semántico es la suma de múltiples experiencias y, por lo tanto, es más probable que proporcione predicciones válidas en las que basar las acciones actuales y futuras.

Cambio transformacional versus cambio contrarrestante

La metodología de reconsolidación de memoria produciría un tipo de cambio transformacional, el cual consiste en una cesación completa, duradera y sin esfuerzo, en todas las circunstancias de una conducta y / o estado de ánimo no deseados y / o trastornos somáticos que han aparecido de manera persistente, particularmente en ciertos contextos o en respuesta a ciertas señales. El cambio transformacional elimina la fuente del problema, a través de nuevos aprendizajes elimina los aprendizajes problemáticos. El cese de los síntomas es rápido y completo. No está sujeto a recaídas. Se puede permanecer libre de síntomas sin esfuerzo. Además, se produciría un aumento del sentido del yo unificado y de plenitud (Ecker, 2018; Ecker et al., 2012).

En contraste, el cambio contrarrestante (regulación emocional o cognitiva) consiste en la creación de un aprendizaje y una respuesta destinada a anular y suprimir la respuesta no deseada. Contrarrestar es un intento de prevenir el síntoma al hacer que ocurra un estado más deseado en su lugar. Intentar prevenir o reducir un

síntoma con métodos contrarrestantes dejarían intacto el material de la memoria subyacente, por lo que coloca a un cliente de terapia propenso a las recaídas, la respuesta no deseada puede seguir apareciendo, por lo que generalmente se requeriría un esfuerzo contrarrestante continuo de manera indefinida. La reducción de síntomas sería lenta e incremental. Permanecería un sentimiento persistente de un yo dividido y conflicto interno. La estrategia de contrarrestar sería la que predomina en el campo de la psicoterapia (Ecker, 2018; Ecker et al., 2012).

El proceso de re consolidación terapéutica propuesto por Ecker, promueve que las personas tomen conciencia de sus aprendizajes emocionales implícitos, y luego yuxtapone esta nueva conciencia con conocimientos de los que eran conscientes anteriormente, pero que no se habían relacionado con el aprendizaje previamente inconsciente. Esta falta de conexión puede deberse a que los aprendizajes implícitos no pueden ponerse en contacto directo con el conocimiento consciente, porque no se almacenan de la misma manera en el cerebro. Solo haciendo que alguien sea consciente de sus aprendizajes implícitos, esta nueva conciencia puede ponerse en contacto con otro conocimiento consciente. Al hacerlo, esto puede crear una percepción y la oportunidad de ser consciente de la situación de una manera nueva, tener un mapa mental que antes no estaba disponible. Esto significa que la comprensión explícita, que involucra al hipocampo, ahora puede competir mejor con la conducta aprendida implícitamente, que no era dependiente del hipocampo (Lane et al, 2020).

Ejemplo clínico

Un paciente siente ansiedad al caminar por la calle cuando hay muchas personas. Se le pide que reviva este episodio ahora sintiendo tranquilidad, aquí se aplica la técnica de privación del síntoma que sirve para descubrir el aprendizaje implícito que sostiene el síntoma que era inconsciente hasta ese momento. El paciente siente molestia al vivir esta experiencia y descubre que si anda con tranquilidad caminando en la calle cuando hay muchas personas sería vulnerable a recibir ataques, lo que asoció a experiencias pasadas de caminar por su colegio en que

sufrió acoso y ataques. En este momento el paciente se dio cuenta también que cuando adulto nunca había sufrido un ataque de las personas al caminar por la calle, por lo que pudo contrarrestar ahora en su consciencia ambos aprendizajes: caminar por la calle recibiendo ataques, caminar por la calle no recibiendo ataques. Ambos aprendizajes ahora conscientes son contradictorios, no pueden ser verdaderos los dos a la vez. Por lo que se produce un desajuste, que permitiría que se inicie el proceso de reconsolidación de memoria y la actualización del aprendizaje objetivo al repetir ambas experiencias a la vez: caminar siendo atacado por la gente y caminar no siendo atacado. El aprendizaje se actualiza y ahora percibe como real y verdadero el hecho de poder caminar por la calle no siendo atacado, por lo que su ansiedad asociada desaparece.

Pasos del Proceso de Reconsolidación Terapéutica

Ecker et al. (2012) proponen un proceso clínico de siete pasos, que designan a esta metodología como el proceso de reconsolidación terapéutica, o PRT, y la proponen como un mapa universal del proceso terapéutico para utilizar la reconsolidación de la memoria para producir un cambio transformacional. Ecker (2018) considera el PRT como una meta-metodología que está determinada por el funcionamiento innato del cerebro. El desaprendizaje y el borrado profundo son el resultado de una experiencia de contra-aprendizaje, que puede organizarse de cualquier manera concreta que sea adecuada para desconfirmar el aprendizaje destinatario, y no está restringida a ningún procedimiento o protocolo concreto en particular (Ecker, 2018).

La experiencia clínica en la realización del PRT muestra que un esquema o aprendizaje emocional que genera síntomas tendría dos secciones principales: el conocimiento de un problema, es decir, la vulnerabilidad a un sufrimiento específico, y el conocimiento de una solución, que es la manera urgente de tratar de evitar ese sufrimiento (Ecker, 2018).

El proceso de reconsolidación terapéutica presenta los siguientes pasos (Ecker, 2018):

Fase de preparación

A. *Identificación del síntoma.* Consiste en el reconocimiento y etiquetado de los comportamientos específicos, somáticos, emociones y / o pensamientos que desea eliminar, e identificar cuándo suceden estas experiencias no deseadas.

B. *Recuperación del esquema de aprendizaje implícito.* Se refiere a llevar a la conciencia explícita al aprendizaje emocional y a la memoria que mantiene el síntoma y luego integrar los conocimientos y sentimientos recién conscientes en su rutina de conciencia diaria como una verdad emocional personal.

C. *Identificación del conocimiento incompatible.* Consiste en encontrar experiencias pasadas, presentes o crear nuevas en las que el cliente tiene un conocimiento directo que es contrario a los aprendizajes que se recuperaron en el Paso B, de manera que ambos no pueden ser verdaderos.

Secuencia de borrado

1. *Reactivación del esquema de aprendizaje implícito.* A través de métodos experienciales se guía la atención del cliente hacia las características clave del esquema de la memoria implícita.

2. *Desestabilización del esquema de aprendizaje implícito.* Consiste en guiar una experiencia inicial del conocimiento contradictorio que se encontró en el Paso C, mientras que el esquema de la memoria implícita permanece reactivado desde el Paso 1. El cliente experimenta una primera yuxtaposición del material y el conocimiento contradictorio es una experiencia de falta de coincidencia, que es necesaria para desestabilizar el aprendizaje implícito.

3. *Anulación del esquema de aprendizaje implícito.* Se realizan varias repeticiones del aprendizaje contrario durante la sesión. Esto logra la anulación del esquema o la memoria original.

Fase de verificación

V. *Verificación de borrado del esquema de aprendizaje implícito.* (a) El comportamiento sintomático identificados por el cliente, ha dejado de ocurrir en todas las situaciones en las que se gatillaba. (b) No se reactiva el esquema de aprendizaje implícito en respuesta a cualquier indicio o contexto que lo haya evocado previamente. Los cambios (a) y (b) persisten en todas las circunstancias, sin recaídas y sin ningún esfuerzo o medidas tomadas para mantenerlos.

CAPÍTULO IV: MODELOS CLÍNICOS ALTERNATIVOS RELACIONADOS AL PROCESO DE RECONSOLIDACIÓN TERAPÉUTICA

Hay modelos teóricos y clínicos alternativos relacionados al proceso de reconsolidación terapéutica propuesto por Bruce Ecker. A continuación, se revisarán algunos de ellos y se complementarán con las reflexiones que Ecker realiza.

Modelo de cambio Lane-Ryan-Nadel-Greenberg (LRNG)

La idea central del modelo LRNG es que el cambio terapéutico se debe a la actualización de memorias emocionales anteriores a través de un proceso de reconsolidación de la memoria que incorpora nuevas experiencias emocionales (Lane, et al., 2015).

El modelo LRNG propone para el cambio duradero el proceso de reconsolidación de las memorias episódicas / semánticas (que son interactivas) de manera que las respuestas emocionales asociadas y el comportamiento se conviertan en más adaptativos (Lane, et al., 2020).

Esta teoría plantea que los elementos esenciales del cambio terapéutico consisten en: (1) reactivar los viejos recuerdos; (2) participar en nuevas experiencias emocionales que se incorporan a estos recuerdos reactivados a través del proceso de reconsolidación; y (3) reforzar la estructura de la memoria integrada mediante la práctica de una nueva forma de comportarse y experimentar el mundo en una variedad de contextos (Lane, et al., 2015; Lane, 2018).

Lane, et al. (2015) proponen un modelo de memoria integrada, que establece que siempre que se activa la memoria episódica, la memoria semántica o la emoción, las otras dos también se activan. La teoría del cambio que proponen sostiene que lo que distingue entre las diferentes modalidades de psicoterapia es cómo se accede al modelo de memoria integrada. Por ejemplo, la psicoterapia psicodinámica y el psicoanálisis entran preferentemente en esta matriz interactiva a través de recuerdos episódicos, mientras que la terapia cognitivo-conductual, entra preferentemente en ella a través de recuerdos semánticos y pensamientos

asociados. Las nuevas experiencias emocionales contribuyen a la memoria episódica de un episodio e interactúan y modificarían la memoria semántica.

El modelo LRNG plantea que la emoción es una forma particularmente potente de actualizar los recuerdos porque la plasticidad sináptica, que es la base molecular para codificar los recuerdos, se ve reforzada por los neurotransmisores y hormonas que se activan mediante la excitación emocional (Lane, 2018).

En respuesta al modelo LRNG, Ecker (2020) señala que, en terapia, para el cambio transformacional, el aprendizaje objetivo es el esquema o modelo implícito de la realidad (el contenido semántico) subyacente al síntoma manifestado, no la emoción que surge de esa interpretación de la realidad. Es el modelo el que se desautoriza y desaparece, no la emoción. El contenido semántico específico es el objetivo del cambio a través de la desconfirmación y la anulación, no la emoción que lo acompaña.

Ecker (2020) agrega que la fenomenología observada en psicoterapia no respalda la opinión de que la excitación emocional es causal en el proceso de cambio transformacional, sino más bien que la emoción surge secundariamente de ese proceso de cambio y lo acompaña. Es decir, el proceso de cambio transformacional hace que ocurra la emoción, no al revés.

Lane et al. (2020), reconocen que la emoción no es estrictamente necesaria para el cambio duradero. Sostienen que las expectativas, recuerdos se pueden revisar y reconsolidar sin necesidad que esté presente la emoción.

Modelo de Experiencia Emocional Correctiva

El concepto de experiencia emocional correctiva (EEC) surgió con Alexander y French en 1946, como un esfuerzo dentro del contexto de psicoterapia psicoanalítica para identificar, en función de la experiencia clínica y las observaciones, cómo se produce el cambio transformador.

Para que ocurra una EEC se requiere la activación de una situación problemática o traumática y luego que se materialice una respuesta diferente a la esperada, que

contradiga las expectativas que se tenían. Estos dos pasos podrían formar una yuxtaposición que crea un desajuste en la memoria. Además, la EEC enfatiza la naturaleza experiencial del proceso y reconoce que el desajuste crucial de las expectativas no se produce necesariamente solo por la experiencia del terapeuta con el cliente.

Goldfried (1980) en su afán de que el concepto se convierta en transteórico, utiliza el concepto experiencia correctiva (EC). Propuso que las EC son un factor común en muchas formas diferentes de psicoterapia e inició el estudio de las EC como una forma de identificar los principios del cambio terapéutico.

En el año 2012, veintisiete académicos de psicoterapia de diversas orientaciones teóricas se reunieron para analizar y agrupar sus últimas conceptualizaciones, observaciones clínicas e investigaciones sobre eventos de cambio transformacional en psicoterapia (Castonguay y Hill, 2012). Los autores concuerdan en que las experiencias que desconfirman los aprendizajes emocionales existentes e inducen cambios transformacionales son de naturaleza diversa y no son necesariamente emocionales o interpersonales.

Según Ecker (2018, 2020), el proceso de reconsolidación terapéutica se puede considerar un desarrollo que actualiza y especifica estos conceptos con larga tradición de EEC y EC. La EEC disiente de PRT al considerar que la yuxtaposición ocurre solo en las interacciones interpersonales. Además, el PRT difiere de la definición original de EEC en que ésta no espera un cambio transformacional en una sola sesión, sin embargo, según el PRT sí puede darse un cambio transformacional en una sola sesión.

A diferencia de los conceptos de EEC y EC, el marco PBEC / PRT proporcionaría una explicación tanto del mecanismo de producción de síntomas (a través del aprendizaje implícito emocional adaptativo) como del mecanismo de cese de los síntomas (a través del desaprendizaje y la eliminación del conocimiento implícito a través del proceso de reconsolidación de la memoria). Además, difiere de EEC y EC en la designación de eventos de cambio transformacional como "correctivos", ya que esto perpetúa una concepción patológica de la producción de síntomas que son

inconsistentes con la neurociencia del aprendizaje y el desaprendizaje implícitos. Por último, PRT aporta que la desconfirmación, que es el ingrediente crucial para el cambio de transformación, requiere condiciones específicas para la implementación clínica. Esto es, que en la desconfirmación el cliente tenga la experiencia nueva e inesperada al mismo tiempo que experimenta la antigua expectativa o atribución de significado y debe contradecir ese aprendizaje emocional con una alta especificidad (Ecker, 2018).

Modelo Aprendizaje Inhibitorio

Sewart y Craske (2019) postulan que, dentro del modelo actualizado de aprendizaje inhibitorio de exposición, se postula que la extinción es el proceso crítico que resulta en reducciones a largo plazo del miedo. Para reducir o eliminar la respuesta condicionada (RC), el estímulo condicionado (EC) debe disminuir su estatus como predictor de estímulo incondicionado (EI). Esto se logra mediante la extinción del miedo, que implica presentar repetidamente el EC sin EI. La relación EC-EI original no se borra durante la extinción, sino más bien, se desarrolla una relación secundaria en la que el EC ya no predice que EI como resultado de la extinción.

La asociación EC-EI original podría descubrirse de varias formas: recuperación espontánea (el resurgimiento de una respuesta condicionada previamente extinguida después de un retraso); renovación del contexto (la renovación del miedo condicional puede ocurrir si el contexto circundante es cambiado entre la extinción y la repetición de la prueba); si se producen presentaciones de EI sin señalización entre la extinción y la repetición de la prueba (eventos adversos posteriores a la terapia de exposición pueden llevar a un regreso del miedo al estímulo temido anteriormente); rápida readquisición de la RC si los emparejamientos EC-EI se repiten después de la extinción (Seward y Craske, 2019).

Para combatir el regreso del miedo, los modelos de aprendizaje inhibitorio de exposición se enfocan en optimizar la fuerza y durabilidad de la relación EC-noEI. Se pueden implementar diferentes estrategias para mejorar el aprendizaje inhibitorio. Estos métodos incluyen mejorar el aprendizaje inhibitorio a través de (a)

violación de expectativas, (b) eliminación de señales de seguridad, (c) enfoque de atención, (d) extinción más profunda, (e) variabilidad del estímulo, (f) extinción reforzada ocasional y mejora de la recuperación de aprendizaje inhibitorio a través de (g) contextos múltiples y (h) señales de recuperación (Seward y Craske, 2019).

Para el propósito del presente estudio, se explorará específicamente la estrategia utilizada de violación de expectativas. Para mejorar el aprendizaje de la extinción durante la exposición se requiere que los ejercicios de exposición estén diseñados para violar al máximo las expectativas elevadas de un individuo con respecto a los resultados aversivos previstos. La violación de la expectativa postula que el desajuste entre la expectativa y el resultado de una situación dada es crítico para el nuevo aprendizaje. La violación de la expectativa conduce al desarrollo de expectativas inhibitorias alternativas que competirán con las expectativas excitadoras actuales. Cuanto más se puedan violar las expectativas en una exposición dada, más fuertes serán las expectativas inhibitorias que compiten con las expectativas excitadoras. (Seward y Craske, 2019).

Para abordar esta posición, Ecker (2020) señala que está bien establecido que la reconsolidación y la extinción son fenómenos distintos y mutuamente excluyentes. Plantea que es necesario diferenciar el protocolo de extinción convencional y el protocolo de extinción posterior a la recuperación, ya que este último tiene formas de contra-aprendizaje que son más adecuadas para el aprendizaje objetivo que se aborda. El protocolo de extinción posterior a la recuperación llevaría a cabo el proceso de borrado empíricamente confirmado, es decir, proporciona experiencias bien definidas de reactivación, desajuste y contra aprendizaje, según sea necesario para que se produzcan los borrados.

El principio operativo es que un procedimiento de aprendizaje o contraprendizaje particular puede tener efectos neurológicos y de comportamiento completamente diferentes dependiendo de si se lleva a cabo durante la ventana de reconsolidación o no. La experiencia del desajuste (error de predicción) es lo que desencadena la desestabilización y la reconsolidación. Cuando la reactivación de la memoria más el no refuerzo crean una experiencia de desajuste, se desencadena la

reconsolidación, mientras que cuando la reactivación más el no refuerzo ocurren sin crear una experiencia de desajuste, comienza el proceso de extinción. Por lo tanto, para comprender qué causa el desencadenamiento de la reconsolidación versus la extinción, sería necesario comprender por qué la reactivación sin refuerzo crea desajuste en algunas circunstancias, pero no en otras (Ecker, 2015).

La composición específica del aprendizaje objetivo sería lo que determina qué experiencias funcionan y cuáles no funcionan eficazmente como experiencias de desajuste y contraaprendizaje (Ecker, 2020).

Por lo tanto, si el aprendizaje inhibitorio utiliza la estrategia de violación de expectativas, podría tener más probabilidades de crear un desajuste del aprendizaje objetivo, por lo que se desencadenaría el proceso de reconsolidación de la memoria en vez de un proceso de extinción convencional. Esto daría como resultado el borrado del aprendizaje objetivo generador de síntomas, en vez de crear un aprendizaje competitivo.

Además, Ecker (2020) agrega que muchos de los aprendizajes específicos encontrados en la terapia no consisten en una expectativa desencadenada por un evento, y para tales casos el protocolo de extinción posterior a la reactivación probablemente no podría proporcionar un contra-aprendizaje efectivo.

Paradigma Constructivista

Esta investigación se rige por un paradigma constructivista, el cual plantea como tesis principal que la persona es quien crea y construye su propio significado de las cosas. Asimismo, la realidad es producto de su propia creación, y considera que el conocimiento es una recopilación de construcciones humanas. Las personas construyen activamente modelos de atribución de significado al mundo que varían de una persona a otra y que evolucionan en función de su experiencia (Feixas y Villegas, 1990).

La metodología de la reconsolidación de la memoria llevada al ámbito clínico comparte la visión del ser humano como agente activo que construye la realidad experiencial con la que vive y actúa de forma personal. Además, busca descubrir cómo construye su realidad especialmente de manera implícita. Plantea que los síntomas son coherentes con su base de construcciones inconscientes de la realidad, que en algún momento fueron adaptativos y que siguen activos. El rol del terapeuta no es oponerse al síntoma, que es la respuesta más adaptativa que tuvo el cliente en su momento, sino que guía al cliente a descubrir vivencialmente los esquemas implícitos que le dan sentido al síntoma. El objetivo es modificar estas construcciones para que el síntoma pierda sentido y de esta manera se borre. (Jasinski, Paz, Feixas, 2016).

Terapia Gestalt

El PRT pretende explicar el cambio transformacional a través de su metodología que trasciende los distintos enfoques de psicoterapia. Intenta convertirse en un factor común que explique el cambio transformacional en los distintos modelos psicoterapéuticos. Por lo tanto, los cambios transformacionales que se puedan evidenciar en psicoterapia gestáltica se deberían poder explicar por el modelo de PRT. Además, de manera específica, la terapia gestáltica utiliza un método experiencial a través del cual busca significados implícitos, marco que se ajuste a la metodología del PRT.

La terapia gestáltica fue fundada por Fritz y Laura Perls en la década de los 40. Postula el método fenomenológico del darse cuenta, que consiste en que las personas adquieran una comprensión profunda y precisa de lo que están haciendo, cómo lo están haciendo y cómo pueden cambiar, y que aprendan a aceptarse y valorarse a sí mismos (Yontef, 1996).

La experiencia directa es la herramienta para darse cuenta, y va más allá de la primera experiencia, busca seguir enfocando con mayor profundidad y amplitud. Las técnicas de la terapia gestáltica son tareas experimentales, que permiten expandir y profundizar la experiencia directa (Yontef, 1996).

Uno de los objetivos de la terapia gestáltica es lograr la integración para facilitar el crecimiento y la autonomía. En este sentido, una de las tareas de la terapia es lograr que la persona se dé cuenta de partes previamente alienadas, las pruebe, las considere y de este modo las asimile o rechace. Esto implica la integración de las polaridades y también implica pasar del apoyo ambiental al autoapoyo (Yontef, 1996).

La terapia gestáltica intenta devolver al organismo la capacidad de autorregulación orgánica, que se refiere a la capacidad del organismo de darse cuenta de los cambios que se producen en su campo (organismo-ambiente), que son relevantes para satisfacer sus necesidades y mantener el equilibrio homeostático (Herrera, 2003).

HIPÓTESIS Y PREGUNTAS

La hipótesis del estudio mayor (al que contribuye este estudio exploratorio) es la siguiente:

Si existe un cambio transformacional en un paciente, éste se produce solo después de la implementación de los pasos de la metodología de reconsolidación terapéutica B, 1, 2 y 3.

La investigación presente consiste en 2 estudios de caso, en la cual se pretende explorar la relación entre los marcadores de cambio transformacional y los pasos de la metodología de reconsolidación terapéutica B, 1, 2 y 3, que serían necesarios y suficientes para producir un cambio transformacional. Uno de los casos corresponderá a un paciente que tiene indicadores de éxito terapéutico (cambio transformacional), y el otro paciente que tiene indicadores de fracaso terapéutico o ausencia de cambio transformacional.

La elección de estos casos se debe al contraste que se conjetura. Por un lado, la paciente con indicadores de éxito terapéutico se presume que podría evidenciar los pasos de reconsolidación terapéutica B, 1, 2 y 3 que conllevan a un cambio transformacional. Por otro lado, se conjetura que la paciente con indicadores de fracaso terapéutico no presentaría los pasos de reconsolidación terapéutica B, 1, 2 y 3, ni evidenciaría los indicadores de cambio transformacional.

OBJETIVOS

Objetivo General:

Explorar la relación entre los indicadores de cambio transformacional y los pasos de re consolidación terapéutica B, 1, 2 y 3.

Objetivos Específicos:

1. Indagar la relación entre los pasos de re consolidación terapéutica B, 1, 2 y 3 con los indicadores de cambio transformacional en una paciente con indicadores de éxito terapéutico.
2. Explorar la relación entre los pasos de re consolidación terapéutica B, 1, 2 y 3 con los indicadores de cambio transformacional en una paciente con indicadores de fracaso terapéutico.
3. Indagar si al observar un cambio transformacional en una paciente se pueden observar los pasos de re consolidación terapéutica B, 1, 2 y 3 como precedentes.

METODOLOGÍA

Diseño de investigación

Diseño General

El marco metodológico de esta investigación es exploratorio descriptivo que, por una parte, permite examinar un tema o problema de investigación poco estudiado, y a su vez, busca especificar las propiedades, las características del fenómeno que se analiza (Hernández, Fernández, Baptista, 2014). Esta investigación forma parte de un pilotaje inicial para un estudio correlacional mayor que está en diseño.

Participantes o Muestra

La selección de la muestra es intencionada en que se trabajarán con 2 casos. Un caso en que exista éxito terapéutico, en el que se podría apreciar un cambio transformacional. Y otro caso en que haya claros indicadores de ausencia de éxito terapéutico y resultados moderados o nulos en alcanzar los objetivos terapéuticos.

Instrumentos de Recolección de Datos

Se utilizarán videos y test de un estudio del Centro de Terapia Gestáltica dirigido por Pablo Herrera que aplica la Terapia Gestáltica en diferentes cuadros de ansiedad (Herrera, Mstibovsky, Roubal y Brownell, 2018).

Este estudio utiliza el diseño de series temporales de caso único, que es apoyado por la Asociación Americana de Psicología (APA) para estudiar la eficacia y apoyar empíricamente un método de tratamiento. En el diseño de las series temporales un solo caso es estudiado longitudinalmente en diferentes etapas, antes, durante y luego de la intervención psicoterapéutica. Se considera un experimento porque se compara al paciente con y sin intervención. Se recolectan datos de línea de base, se evalúan los problemas del paciente (variable dependiente) sin intervención (condición de control) y se recolectan datos durante y después de la intervención

para la comparación (condición de intervención). En este diseño el paciente funciona como su propio control (Herrera et al., 2018).

Para evaluar la presencia y ausencia de éxito terapéutico se ocuparon los siguientes indicadores:

Target Complaints. (Battle, Imber & Hoehn-Saric, 1966). Es un instrumento que mide el grado en que los problemas del paciente le molestan cada día. El paciente define los problemas que presenta y que le gustaría trabajar en la terapia y les da una puntuación. Luego de su construcción inicial (en conjunto con el terapeuta), el paciente puntúa los 3 problemas principales diariamente. El rango de puntaje es de 1-10 y cada queja es analizada individualmente. La confiabilidad de este instrumento es alta, pero carece de más datos de validez (Herrera et al., 2018).

OQ-45 (Lambert et al, 1996). es un cuestionario autoadministrable que se utiliza para medir el bienestar general del paciente. El cuestionario cuenta con 45 ítems, divididos en 3 sub-escalas: “síntomas o malestar subjetivo”, “relaciones interpersonales” y “rol social-laboral”. Según las normas chilenas, el puntaje de corte es 73 (para evaluar si el paciente tiene un malestar mayor o menor al de la población general) y el índice de cambio confiable es 17 (para evaluar si la mejora es clínicamente significativa), basado en la adaptación chilena de Bergen y de la Parra (Herrera et al., 2018).

BDI (Beck, Steer y Brown, 1996). Inventario de Depresión de Beck es un cuestionario autoadministrado de 21 preguntas de respuesta múltiple. Se utiliza para detectar y evaluar la severidad de una depresión. Los puntos de corte son (a) 0-9 depresión mínima, (b) 10-18 depresión media, (c) 19-29 depresión moderada, (d) 30-63 depresión severa.

Escala de Ansiedad de Hamilton (Hamilton, 1959). Es una entrevista estructurada que se usa para evaluar la ansiedad somática y psíquica del cliente. Está conformada por 14 ítems divididos en subescalas de ansiedad somática y psíquica. Utiliza los siguientes puntajes de corte: (a) 0-5 sin ansiedad, (b) 6-14 ansiedad baja, (c) 15-30 ansiedad moderada, y (d) ≥ 31 ansiedad severa. Presenta una buena consistencia interna y acuerdo inter-evaluador (Herrera et al., 2018).

Client Change Interview (Elliot, 1999). Entrevista semi-estructurada que evalúa 3 tópicos principales: “cambios observados durante la psicoterapia (positivos y negativos)”, “atribuciones sobre esos cambios” y “aspectos de la terapia que han ayudado y otros que no lo han hecho”.

La *Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional MINI* (mINI 6.0; Sheehan et al., 2010) es una entrevista estructurada que se utiliza para evaluar 17 trastornos comunes del eje I utilizando los criterios del DSM-IV. Fue administrado por un psicoterapeuta o un psiquiatra entrenado en DSM-IV para corroborar el diagnóstico del paciente (Herrera et al., 2018).

Instrumentos de Análisis de Datos

Los instrumentos de análisis de datos son los manuales: “Sistema de Codificación de Desconfirmación” (SCD) (Ecker, 2019a) y “Sistema de Codificación de Cambio Transformacional” (SCCT) (Ecker, 2019b). (Ver anexos para más detalle).

Estos manuales tendrán el consenso de 2 psicoterapeutas jueces que evaluarán las sesiones de los 2 casos para su validación.

Las instrucciones de estos 2 sistemas de calificación están diseñadas para ser utilizadas por los evaluadores de video que son psicoterapeutas y están escritas de una manera que no se basan en ningún marco teórico o sistema en particular de psicoterapia. Es decir, las instrucciones están diseñadas para una implementación precisa, que no se ve afectada por la orientación teórica del psicoterapeuta evaluador.

El SCD permite detectar eventos particulares en los videos de las sesiones de terapia y evaluar el grado de intensidad o definición de estos eventos específicos cuando ocurren. Estos eventos son:

- Experiencias de acceso consciente al material que anteriormente se encontraba fuera de la conciencia y que contribuye directamente a la producción de síntomas, como creencias básicas, expectativas, significados, etc.

- Experiencias de desconfirmación que producen un lúcido reconocimiento de que la realidad no se comporta de acuerdo con las creencias, expectativas, significados, etc.

El SCCT 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 tres tipos, que se clasifican por separado:

- Desaparición de uno o más de los síntomas del cliente (un comportamiento no deseado, estado mental o trastorno somático).
- Desaparición de toda reactivación del estado propio subyacente de ese síntoma / estado del ego / parte / esquema emocional / subpersonalidad / narrativa / complejo.
- Permanencia sin esfuerzo de estos dos cambios una vez que suceden.

Procedimiento de análisis

El análisis consistirá en explorar los pasos del PRT en 2 casos psicoterapéuticos, uno con éxito terapéutico y otro sin éxito terapéutico. Se analizarán los siguientes pasos:

Fase de Preparación

1. Ver las sesiones de los dos procesos psicoterapéuticos, elegir tres síntomas (problemas) por cada uno de los procesos (Paso A).
2. Evaluar todas las sesiones de los procesos e identificar el significado experiencial de los síntomas (problemas) elegidos en A (Paso B).
3. Identificar significados experienciales incompatibles con B (Paso C).

Secuencia de Borrado

4. Explorar la conexión experiencial de los pacientes con el significado de los síntomas del Paso A (Paso 1).

5. Percibir la activación experiencial de los pacientes con significados incompatibles, a la vez que mantienen activo los significados de los síntomas (Paso 2).
6. Explorar la repetición experiencial concurrente de los significados incompatibles (Paso 3)

Fase de Verificación de Borrado

7. Explorar los indicadores de cambio transformacional en los 2 casos (Paso V).

Consideraciones Éticas

Los datos fueron recolectados con el consentimiento informado de los participantes. Éstos accedieron a que sus datos puedan ser analizados para investigaciones futuras.

Los resultados solo fueron vistos por el equipo de investigación. Se protegió el anonimato de los participantes. Los datos fueron completamente confidenciales y se guardaron en distintos lugares que los videos. Además, se codificaron los datos de identificación. Esta investigación tiene la aprobación del Comité de Ética de la Universidad de Chile.

RESULTADOS

Caso 1

La paciente es una mujer de 52 años, dueña de casa, casada y tiene cinco hijos. En su infancia sufre de violencia por parte de sus padres y hermanos. A los 13 años queda embarazada de su hija "V", la que es criada por su madre ya que la paciente comienza a trabajar. A los 24 años queda embarazada nuevamente y no tuvo el apoyo de su familia, lo que la llevó a vivir en la calle con su segunda hija "K", la que a los pocos meses de nacida dio en adopción a unos amigos de la familia y no la volvió a ver. Después conoció a su esposo, se casó y tuvo a tres hijos.

La cliente refiere como motivo de consulta: "Tengo muchos problemas con mis hijas, estoy llorona e irritable y no sé cómo manejar la situación que estoy viviendo, estoy durmiendo muy poco". Se acordaron los siguientes problemas a tratar en terapia: Problema 1: El dolor por dar en adopción a su hija K. Problema 2: Frustración en el rol de madre. Problema 3: La rabia que siente a su madre. El proceso terapéutico duró 8 sesiones.

En cuanto a resultados terapéuticos, el test de Hamilton muestra presencia de ansiedad severa (puntaje 34) antes del iniciar la terapia, y ansiedad baja (7 puntos) al finalizar la terapia. MINI dio como diagnóstico principal Trastorno de Ansiedad Generalizada. En la evaluación de Nivel de Bienestar General (OQ-45), la cliente comienza con la escala de angustia sintomática con un nivel de malestar (71 puntos), finalizando con un nivel bajo (18 puntos). En relaciones interpersonales y su rol social disminuyó de manera considerable (15 a 5 puntos) y (14 a 3 puntos) respectivamente. La diferencia de 53 puntos entre el inicio y el término de la terapia en la sub escala de angustia sintomática fue significativa, considerando que una diferencia de 17 puntos es un índice de cambio confiable.

La terapia fue breve y de alto impacto. En solo 8 sesiones la cliente mejoró en sus síntomas de ansiedad, bienestar general y quejas específicas. Es por eso que se seleccionó esta terapia como un ejemplo probable de cambio transformacional.

A continuación, se explorarán los tres problemas (síntomas) principales tratados en terapia, la relación entre los indicadores de cambio transformacional y los pasos de reconsolidación terapéutica.

Problema 1: El dolor por dar en adopción a su hija K

El primer problema se refiere al dolor que presenta la paciente por haber dado en adopción a su hija K. Se puede hipotetizar que este problema podría hacer referencia a 1 síntoma: dolor por no estar con su hija, y 2 esquemas sostenedores de síntomas (explicado más adelante con viñetas): 1) Si busco a mi hija ella me rechazará. 2) Si mi hija me rechaza no lo voy a poder tolerar.

Fase de Preparación

Recuperación del esquema 1 del aprendizaje implícito (Paso B de fase de recuperación)

¿Se puede apreciar una experiencia del esquema que mantiene el síntoma?

A continuación, se presentan los cuadros del protocolo “Sistema de codificación de desconfirmación” (SDC):

Código del cliente:	Fecha de la sesión (2017-04-18):						
NUEVAS EXPERIENCIAS DE ACCESO							
Experiencias directas del cliente de material generador de síntomas que había estado fuera de la conciencia							
Etiqueta de contenido	Artículos a calificar	Tiempo #1	Clasificación	Tiempo #2	Clasificación	Tiempo #3	Clasificación
Si busco a mi hija ella me rechazará. S1 32:59 “tengo miedo... que me rechace, por eso no quiero buscarla”	Verbalización explícita de la conciencia preexistente	32:59	0				
	Verbalización explícita de material recién recuperado	“	2	“		“	
	Profundidad de la experiencia del material recién recuperado.	“	3	“		“	
	Sentimiento de importancia del material recién recuperado	“	4	“		“	

Como se puede ver en el cuadro, no se aprecia alguna verbalización explícita de la conciencia preexistente de este material, por eso la clasificación de 0, y tampoco hay una indagación por parte de la terapeuta. Es decir, no se puede detectar si la paciente tenía o no conciencia anterior de este material verbalizado.

Hay una verbalización específica, pero mínima de la paciente en relación al material recién recuperado, por esto la calificación 2.

S1 32:59 “tengo miedo... que me rechace, por eso no quiero buscarla (a su hija dada en adopción)”

Presenta una expresión no verbal clara y no interrumpida en cuanto a la profundidad de su experiencia (puntaje 3). En cuanto al sentimiento de la paciente sobre el significado personal del material que ha tomado conciencia, se aprecia no verbalmente señales de importancia en el nivel fuerte y aparente (puntaje 4).

Respuesta: Sí, se puede apreciar una experiencia de material generador de síntomas según el protocolo SCD.

Secuencia de Borrado

Desestabilización del esquema 1 del aprendizaje implícito (Paso 1 de secuencia de borrado)

¿Se observa la experiencia de un esquema generador de síntoma?

Código del cliente:		Fecha de la sesión (2017-04-18):		
EXPERIENCIA DE ACCESO SIMULTÁNEO				
La experiencia del cliente de material generador de síntomas al mismo tiempo que el acceso a conocimiento contradictorio				
Etiqueta de contenido	Igual que el primer acceso nuevo?	Artículos a calificar	Tiempo	Clasificación
Si busco a mi hija ella me rechazará. S1 32:59 “tengo miedo... que me rechace, por eso no quiero buscarla”	Sí	Verbalización explícita de la conciencia preexistente	32:59	0
		Verbalización explícita de material recuperado	“	2
		Profundidad de experiencia del material generador de síntomas	“	3
		Sensación de importancia del material recuperado.	“	4

Verbalización explícita de la conciencia preexistente: se asume que no tiene porque no se explicita, no se chequea por parte del terapeuta.

Este cuadro se refiere a la experiencia generadora de síntomas que se presenta al mismo tiempo que la experiencia contradictoria. En este cuadro se repite la misma experiencia que en el cuadro anterior, por lo mismo tiene la misma clasificación.

Respuestas:

Sí, se puede observar una experiencia de un esquema generador de síntoma.

Desestabilización del esquema 1 del aprendizaje implícito (Paso 2 de secuencia de borrado)

¿Se observa, al mismo tiempo que el esquema generador de síntoma la yuxtaposición con un esquema contradictorio?

Código del cliente:	Fecha de la sesión (2017-04-18):		
EXPERIENCIA DE DESCONFIRMACIÓN SIMULTÁNEA La experiencia del cliente de conocimiento contradictorio en yuxtaposición con el material generador de síntomas			
Etiqueta de contenido	Etiqueta de contenido	Tiempo	Clasificación
Si busco a mi hija ella me rechazará. Hablo con mi hija y no me rechaza. "Si llegara a pasar eso de que K me comprenda y se allegara al lado mío se pondría contento mi corazón".	Certeza de la yuxtaposición	35:44	2
	La verbalización explícita del conocimiento contradictorio por parte del cliente	"	1
	Profundidad de experimentación de la yuxtaposición	"	3
	Expresiones de sorpresa o disonancia	"	2

En este cuadro se aprecia la experiencia contradictoria que aparece al mismo tiempo que la experiencia generadora de síntomas. Entre ambas experiencias hay intervalo de tiempo de 2:45. La yuxtaposición es muy probable (puntuación 2) 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.

S1 35:44 “Si llegara a pasar eso de que K (hija dada en adopción) me comprenda y se allegara al lado mío se pondría contento mi corazón. Mi corazón sería feliz. No se angustiaría más. No lloraría más. Se pondría feliz”.

Existe una verbalización breve y vaga, ya que, al expresar la experiencia contradictoria, no explicita la experiencia generadora de síntomas, por lo tanto, tiene puntuación 1. Presenta una expresión no verbal clara y no interrumpida en cuanto a la profundidad de su experiencia (puntaje 3). Además, la paciente presenta una expresión leve y momentánea de sorpresa, por lo tanto, se puntuó con 2.

Respuesta:

a) “Se puede inferir que la experiencia de yuxtaposición entre un esquema generador de síntoma y un esquema contradictorio es probable, aunque no se aprecia de manera tan explícita”.

Anulación del esquema 1 del aprendizaje implícito (Paso 3 de secuencia de borrado)

¿Se observan repeticiones de experiencias de yuxtaposición entre ambos esquemas?

Código del cliente:	Fecha de la sesión (2017-04-18):						
EXPERIENCIAS DE DESCONFIRMACIÓN SIMULTÁNEAS REPETIDAS							
Repeticiones de la experiencia de yuxtaposición							
Etiqueta de contenido	Artículos a calificar	Rep #1	Rep #1	Rep #2	Rep #2	Rep #3	Rep #3
		Tiempo	Clasif.	Tiempo	Clasif.	Tiempo	Clasif.
Si busco a mi hija ella me rechazará. Hablo con mi hija y no me rechaza.	Verbalización explícita del material generador de síntomas por el terapeuta y / o cliente	40:29	0				
	Verbalización explícita del conocimiento contradictorio por parte del terapeuta y / o	“	0	“		“	

	cliente						
	Calidad experiencial de la yuxtaposición repetida	"	2	"		"	

En esta repetición de experiencia de desconfirmación no se explicita la experiencia generadora de síntomas, por lo que presenta una puntuación de 0. No se evidencia verbalización explícita del conocimiento contradictorio, solo hay una referencia en que habla con su hija K y no la está rechazando, por lo tanto, se puntúa 0.

S1 40:29 "K me despido de ti, que algún día vamos a estar juntas, que vamos a tener contacto porque mi corazón ya no da más, porque yo he sufrido mucho, yo con mi corazón hemos llorado mucho y quiero que nos encontremos".

Además, la calidad de experiencia de yuxtaposición repetida muestra señales leves de experiencia afectiva y somática (puntuación 2).

Respuesta: Es posible que exista una repetición de experiencia de yuxtaposición de ambos esquemas, aunque no es evidente.

Fase de Preparación

Recuperación del esquema 2 del aprendizaje implícito (Paso B de fase de recuperación)

A continuación, se presenta el segundo esquema que sostiene el síntoma de dolor por no estar con su hija adoptiva.

¿Se puede apreciar una experiencia del esquema que mantiene el síntoma?

Código del cliente:	Fecha de la sesión (2017-04-18):						
NUEVAS EXPERIENCIAS DE ACCESO							
Experiencias directas del cliente de material generador de síntomas que había estado fuera de la conciencia							
Etiqueta de contenido	Artículos a calificar	Tiempo #1	Clasificación	Tiempo #2	Clasificación	Tiempo #3	Clasificación
Si mi hija me rechaza no lo voy a poder tolerar.	Verbalización explícita de la conciencia preexistente	33:39	0				
	Verbalización explícita de material recién recuperado	"	2	"		"	
	Profundidad de la experiencia del material recién recuperado.	"	3	"		"	
	Sentimiento de importancia del material recién recuperado	"	3	"		"	

En el primer ítem de este cuadro, la puntuación es 0, ya que no se registra verbalización explícita de conciencia preexistente. Se presenta una verbalización explícita precisa, pero mínima del material recién recuperado.

33:39 *“Va a llorar mucho mi corazón, el corazón se va a angustiar más (si su hija la rechaza)”*

Presenta una expresión no verbal clara y no interrumpida en cuanto a la profundidad de su experiencia (puntaje 3). Por último, el sentimiento de importancia del material recién recuperado es leve y sostenido, por esto la puntuación 3.

Respuesta: Sí, se identifica otro esquema que puede estar sosteniendo el síntoma.

Secuencia de Borrado

Reactivación del esquema 2 del aprendizaje implícito (Paso 1 de la secuencia de borrado)

¿Se observa una experiencia del esquema generador de síntoma?

Código del cliente:		Fecha de la sesión (2017-04-18):		
EXPERIENCIA DE ACCESO SIMULTÁNEA				
La experiencia del cliente de material generador de síntomas al mismo tiempo que el acceso a conocimiento contradictorio				
Etiqueta de contenido	Igual que el primer acceso nuevo?	Artículos a calificar	Tiempo	Clasificación
Si mi hija me rechaza no lo voy a poder tolerar.	Sí	Verbalización explícita de la conciencia preexistente	33:39	0
		Verbalización explícita de material recuperado	"	2
		Profundidad de experiencia del material generador de síntomas	"	3
		Sensación de importancia del material recuperado.	"	3

Verbalización explícita de la conciencia preexistente: se asume que no tiene porque no se explicita, no se chequea por parte del terapeuta.

Este cuadro se refiere a la experiencia generadora de síntomas que se presenta al mismo tiempo que la experiencia contradictoria. En este cuadro se repite la misma experiencia que en el cuadro anterior, por lo mismo tiene la misma clasificación.

Respuestas:

Sí, se puede observar una experiencia del esquema generadora de síntoma.

Desestabilización del esquema 2 del aprendizaje implícito (Paso 2 de secuencia de borrado)

¿Se observa la yuxtaposición entre un esquema generador de síntoma y un esquema contradictorio?

Código del cliente:	Fecha de la sesión (2017-04-18):		
EXPERIENCIA DE DESCONFIRMACIÓN SIMULTÁNEA La experiencia del cliente de conocimiento contradictorio en yuxtaposición con el material generador de síntomas			
Etiqueta de contenido	Etiqueta de contenido	Tiempo	Clasificación
Si mi hija me rechaza no lo voy a poder tolerar. Si mi hija me rechaza lo voy a poder tolerar; mi corazón es fuerte	Certeza de la yuxtaposición	33:33	3
	La verbalización explícita del conocimiento contradictorio por parte del cliente	34:14	2
	Profundidad de experimentación de la yuxtaposición	"	3
	Expresiones de sorpresa o disonancia	"	2

La yuxtaposición presenta claridad porque el cliente y el terapeuta se refirieron explícitamente al material generador de síntomas y al conocimiento contradictorio en un solo conjunto de comentarios, por esto la puntuación 3.

33:33 T: *“¿Qué le va a pasar al corazón si ella te rechaza?”*

33:39 *“Va a llorar mucho mi corazón, el corazón se va a angustiar más”*

33:53 T: *“¿Qué más le puede pasar?... “Le puede pasar algo más o él es fuerte y te va a acompañar en este dolor”.*

34:14 *“Yo pienso que me va a acompañar mi corazón. Tantos años que lo he tenido llorando, sufriendo, él va a seguir conmigo”.*

34:43 T: *“¿Qué más sientes que te dice tu corazón?”*

34:46 *Suspiro. “Que sea fuerte”.*

La verbalización explícita del material contradictorio por parte de la paciente es mínima, breve y específica, se refiere a algo que se pide a sí misma ser, y esto pudiera implicar vivirlo como experiencia, por esto la puntuación 2. Presenta una

expresión no verbal clara y no interrumpida en cuanto a la profundidad de su experiencia (puntaje 3). En cuanto a la expresión de sorpresa o disonancia, se observa una leve disonancia (puntuación 2).

Respuesta: Es probable que se genere la yuxtaposición entre los esquemas.

Anulación del esquema 2 de aprendizaje implícito (Paso 3 de secuencia de borrado)

¿Se observan repeticiones de experiencias de yuxtaposición entre ambos esquemas?

Código del cliente:	Fecha de la sesión (2017-04-18):						
EXPERIENCIAS DE DESCONFIRMACIÓN SIMULTÁNEAS REPETIDAS							
Repeticiones de la experiencia de yuxtaposición							
Etiqueta de contenido	Artículos a calificar	Rep #1	Rep #1	Rep #2	Rep #2	Rep #3	Rep #3
		Tiempo	Clasif.	Tiempo	Clasif.	Tiempo	Clasif.
Si mi hija me rechaza no lo voy a tolerar. Voy a poder soportarlo. "Que me acompañe mi corazón hasta que yo busque a K (su hija)".	Verbalización explícita del material generador de síntomas por el terapeuta y / o cliente	38:01	0				
	Verbalización explícita del conocimiento contradictorio por parte del terapeuta y / o cliente	"	1	"		"	
	Calidad experiencial de la yuxtaposición repetida	"	1	"		"	

No existe una verbalización explícita del material generador de síntoma, aunque la paciente parece ser subjetivamente consciente de ello (puntuación es 0). Se presenta verbalización explícita del conocimiento contradictorio momentánea con mínima especificidad por parte de la paciente, en la hipótesis que su verbalización implique una vivencia experiencial que implica empoderamiento para soportar la angustia, por esto la puntuación 1.

37:24 T: “Muy bien, entonces ahora quiero que llegues a un acuerdo con tu corazón. ¿Qué van a hacer ahora con este dolor? ¿Van a esperar un tiempo? ¿Van a trabajar para lograr ese objetivo en un tiempo más? ¿Se van a seguir acompañando no sabes hasta cuándo?”

38:01: Suspiro. “Que me acompañe mi corazón hasta que yo busque a K (su hija). Que me aguante con la penita, con el dolor, hasta que la busque a ella. Al tiro no, ni mañana, pero lo tengo que hacer.”

La calidad de la experiencia de yuxtaposición pobre, por esta razón la puntuación es 1.

Respuesta: Es posible que ocurra una experiencia de yuxtaposición repetida, aunque no es del todo evidente.

Fase de verificación (V)

Desaparición del síntoma

¿Se aprecia la desaparición del síntoma?

A continuación, se presentan los cuadros del protocolo del “Sistema de codificación de cambio transformacional” para esta experiencia:

Código del cliente:	Fecha de sesión (2017-04-18):						
DESAPARICIÓN DE UN SÍNTOMA							
Síntoma (s) que dejó de ocurrir	Artículos a calificar	Tiempo # 1	Clasificación	Tiempo # 2	Clasificación	Tiempo # 3	Clasificación
Dolor por no estar con su hija.	¿Identificación previa de los síntomas desaparecidos?	0:44	Y				
	Certeza del cliente sobre la desaparición.	43:26	2				
	Esfuerzo de la no aparición de síntomas	43:26	3				
	Intensidad de los síntomas antes de la desaparición	28:34	3				
	¿Durante cuánto tiempo existieron los síntomas?	3:08	3				
	¿Ausente dónde o cuándo ocurrió anteriormente?	43:26	Y				

<p>[Si corresponde] Ingrese las palabras del cliente que indican la ausencia del síntoma en la (s) situación (es) donde ocurrió anteriormente: 43:26 "Más tranquila. Más tranquila porque me voy con la ilusión de que conversé con ella (hija), que ella está tranquila y ahora no tengo miedo de buscarla (lágrimas). Yo sé que vamos a conversar, vamos a conversar tranquilas" S2 1:32 "Más tranquila".</p>
<p>¿Desaparición de <i>todos o no todos los contextos</i>? Probable en todos los contextos.</p>
<p>Si no todos los contextos, ¿en qué contexto continúan ocurriendo los síntomas?</p>

En el primer ítem del cuadro de desaparición de un síntoma, se observa que hay identificación previa de los síntomas, por esto se clasifica Y. Se observa una certeza leve sobre la desaparición del síntoma, por esto la puntuación 2.

43:24 T: *“¿Cómo te quedas?”*

43:26 *“Más tranquila. Más tranquila porque me voy con la ilusión de que conversé con ella (hija), que ella está tranquila y ahora no tengo miedo de buscarla (lágrimas). Yo sé que vamos a conversar, vamos a conversar tranquilas”*

En el ítem esfuerzo por la no aparición de síntomas se puntúa 3, ya que es probable que no haya existido esfuerzo para la no aparición de síntoma. La intensidad del síntoma antes de la desaparición se puntúa 3, es decir, fuerte. Lo síntomas existieron desde la etapa de adolescencia o adultez temprana, cuando tuvo que dar en adopción a su hija, por esto se puntuó 3. El síntoma ya no se manifestó en la misma sesión de terapia, por esto la calificación Y.

Respuesta: Sí, se aprecia la desaparición del síntoma dolor por no estar con su hija.

Persistencia en la desaparición del síntoma

¿Se aprecia persistencia en la desaparición del síntoma?

PERSISTENCIA DE DESAPARICIÓN DE UN SÍNTOMA							
Síntoma (s) clasificados como no ocurridos en una sesión anterior	Artículos a calificar	Tiempo # 1	Clasificación	Hora # 2	Clasificación	Hora # 3	Clasificación
Dolor por no estar con su hija.	¿Es esta otra no ocurrencia o una reaparición de un síntoma?	S 2 1:33	no	S 8 10:07			
	La certeza del cliente sobre la no ocurrencia continua o la reaparición del síntoma	"	2	"	3	"	
	Esfuerzo de la no aparición de síntomas	"	3	"	3	"	
	Intensidad de reaparición del síntoma	"	0	"	0	"	
	¿El mismo o diferente contexto que la primera no ocurrencia?	"	Mismo	"	Mismo	"	
Ingrese las palabras del cliente que indican que la no ocurrencia se produjo en situaciones donde el síntoma ocurrió anteriormente: "Más tranquila"							
Indique el contexto de esta no ocurrencia o reaparición del síntoma: Sesión de terapia, probablemente en todos los contextos.							

En este cuadro se aprecia la no ocurrencia del síntoma en la segunda sesión, en la que la paciente señala que se siente más tranquila.

S2 1:29 T: Cuéntame cómo has andado en la semana.

1:33 Más tranquila. Ya no pienso tanto en relación a la K (hija que dio en adopción). Siempre pensaba qué me iba a decir si yo la busco. Ya me he olvidado de eso, ya ando más tranquila. Tengo fe que me va a ir bien cuando converse con ella.

La certeza de la no ocurrencia del síntoma es leve, por esto la puntuación 2. El esfuerzo por la no aparición es probable, por el relajo al expresarlo por parte de la paciente (puntuación 3). La intensidad de reaparición del síntoma se clasifica con 0 porque no reaparece el síntoma. La no ocurrencia de la no aparición del síntoma se da en el mismo contexto de psicoterapia, es probable que se dé en todos los contextos por los comentarios de la paciente, aunque no hay un chequeo más exhaustivo por parte de la terapeuta.

En el tiempo #2, la paciente refiere a la desaparición de su síntoma de dolor por no estar con su hija que dio en adopción. En la pre terapia la paciente puntuó nivel de dolor 10 (en escala de 1 a 10) y en la octava sesión lo clasificó en 1.

S 8 10:07 Terapeuta: “Entonces tenemos el primer problema es cuánto dolor por mi hija K, cierto. Y tú la primera vez pusiste un 10, llegaste con un 10 cierto, que era el dolor máximo. Si hoy tuvieras que decir cuánto dolor, qué nivel pondrías”.

Paciente: “1”.

La certeza de esta desaparición del síntoma es fuerte (puntuación 3). El esfuerzo por no reaparición es probable por la tranquilidad al expresarlo la paciente (clasificación 3). La no reaparición del síntoma se da en el mismo contexto de psicoterapia, probablemente también se da en todos los contextos.

Respuesta: Se puede apreciar la persistencia de la desaparición del síntoma en ambos tiempos.

En cuanto a Target Complaints en una escala de 1 a 10 y la pregunta: “¿Cuánto dolor sentí hoy por mi hija K?” los resultados fueron:

Semana	Número de sesión de terapia	Promedio Target Complaints
01	Pre terapia	10
02	Pre terapia	10
03	Sesión 1	7.9
04	Sesión 2	6.9
05	Sesión 3	4.3
06	Sesión 4	3.9
07	Sesión 5	3.0
08	Sesión 6	1.3
09	Sesión 7	1.0
10	Sesión 8	1.0
11	Día de cierre - post terapia	1.0
12	Post terapia	1.0
Seguimiento al 4° mes	Post terapia	1.0

Desaparición del esquema 1

¿Se observa la desaparición del esquema que mantenía el síntoma?

DESAPARICION DE UN ESQUEMA							
Palabras del cliente que describen material de esquema que ya no se siente verdadero	Artículos a calificar	Tiempo # 1	Clasificación	Tiempo # 2	Clasificación	Tiempo # 3	Clasificación
Con contenido específico. Si busco a mi hija ella me rechazará. Hablo con mi hija y no me rechaza.	<i>Certeza del cliente sobre la desaparición.</i>	41:48	3	43:26	3		
	<i>Esfuerzo de no reactivación del esquema</i>	"	3		3		
	<i>Intensidad del esquema antes de la desaparición</i>	32:59	2	"	2		
	<i>¿Durante cuánto tiempo existió el esquema?</i>		0	"	0		
¿Desaparición de todos o no todos los contextos? No hay información.							
Si no todos los contextos, ¿en qué contextos continúa reactivando el esquema?							

En este cuadro de desaparición del esquema que sustentaba el síntoma de miedo de rechazo si buscaba a su hija que dio en adopción, en el primer ítem “certeza del cliente sobre la desaparición” se puntúa 3, que significa fuerte en los 2 tiempos.

S1 41:41 T: “¿De qué te das cuenta?”

41:48 “De que puedo hacerlo, puedo buscarla, que para que yo deje de sufrir tengo que buscarla, tenemos que conversar, que no lo hice de mala entregársela a ellos, yo no quería que tuviera mala vida, no quería que siguiera durmiendo bajo un camión conmigo y que ella me entienda que no lo hice por mala, que no lo hice porque no la quería tener conmigo, no podía.”

S1 43:24 T: “¿Cómo te quedas?”

43:26 “Más tranquila. Más tranquila porque me voy con la ilusión de que conversé con ella, que ella está tranquila y ahora no tengo miedo de buscarla (lágrimas). Yo sé que vamos a conversar, vamos a conversar tranquilas.”

En el siguiente ítem, “esfuerzo de no reactivación del esquema” en ambos tiempos se puntúa 3, que quiere decir que es probable que no haya existido esfuerzo por la

reaparición del esquema, ya que la alegría relajada de la paciente parece indicar que la paciente no hizo esfuerzo.

En cuanto a la intensidad del esquema antes de la desaparición, la puntuación es 2 en ambos tiempos, ya que se puede apreciar un monto moderado de angustia. No existe información durante cuánto tiempo existió el esquema, por esto la puntuación es 0.

Respuesta: Se puede observar la desaparición de este esquema que mantenía al síntoma.

Persistencia de la desaparición del esquema 1

¿Existe una persistencia en la desaparición de este esquema que sostenía el síntoma?

PERSISTENCIA DE DESAPARICION DE UN ESQUEMA							
Tema central de este esquema	Artículos a calificar	Tiempo # 1	Clasificación	Tiempo # 2	Clasificación	Tiempo # 3	Clasificación
Si busco a mi hija ella me rechazará. Hablo con mi hija y no me rechaza.	¿Es esta otra no reactivación o una reactivación de un esquema?	S 2 1:33	no				
	La certeza del cliente sobre la no reactivación	"	2	"		"	
	Esfuerzo de no reactivación del esquema	"	3	"		"	
	Intensidad de reactivación de esquema	"	0	"		"	
	¿El mismo o diferente contexto que la primera no reactivación?	"	Mismo	"		"	
Ingrese las palabras del cliente que indican que la no reactivación se produjo en situaciones donde el esquema se reactivó previamente: "Tengo fe que me va a ir bien cuando converse con ella (su hija que dio en adopción)".							
Indique el contexto de esta no reactivación o reactivación del esquema: En el mismo contexto, sesión de terapia, posible en todos los contextos, aunque no se explicita.							

En este cuadro de persistencia de desaparición de un esquema se puede apreciar la misma expresión, tanto para reflejar la desaparición de un síntoma, como para la desaparición del esquema que sostiene al síntoma:

S2 1:29 T: Cuéntame cómo has andado en la semana.

1:33 Más tranquila. Ya no pienso tanto en relación a la K (hija). Siempre pensaba qué me iba a decir si ya la busco. Ya me he olvidado de eso, ya ando más tranquila. Tengo fe que me va a ir bien cuando converse con ella.

En el primer ítem, se considera una no reaparición del esquema. La definición de la paciente de su no reaparición es leve, por esto la puntuación de 2. El esfuerzo de no reactivación es probable (puntuación 3), ya que la paciente presenta una alegría relajada al expresarse al respecto. No hay indicación de intensidad de reactividad del esquema, por esto la puntuación es 0. Además, es el mismo contexto de no reactivación, la sesión de terapia.

Respuesta: Sí, se puede apreciar la persistencia de la no reactivación de este esquema.

Desaparición del esquema 2

¿Se observa la desaparición de este esquema que mantiene el síntoma?

DESAPARICION DE UN ESQUEMA							
Palabras del cliente que describen material de esquema que ya no se siente verdadero	Artículos a calificar	Tiempo	Clasificación	Tiempo	Clasificación	Tiempo	Clasificación
		# 1		# 2		# 3	
Con contenido específico Si mi hija me rechaza no lo podré tolerar. Es capaz de tolerar un supuesto rechazo de su hija.	Certeza del cliente sobre la desaparición.	35:13	1				
	Esfuerzo de no reactivación del esquema		2				
	Intensidad del esquema antes de la desaparición	33:39	2				
	¿Durante cuánto tiempo existió el esquema?		0				
¿Desaparición de <i>todos o no todos los contextos</i> ? Probable en todos los contextos.							
Si no todos los contextos, ¿en qué contextos continúa reactivando el esquema?							

La certeza de la paciente sobre la desaparición del esquema es pobre, ya que se refiere tangencialmente a que si la hija la rechaza podría soportar este rechazo y angustia, empoderándose, por esto la calificación 1.

S1 33:33 T: “¿Qué le va a pasar al corazón si ella te rechaza?”

33:39 *“Va a llorar mucho mi corazón, el corazón se va a angustiar más”*

33:53 T: *“¿Qué más le puede pasar?... “¿Le puede pasar algo más o él es fuerte y te va a acompañar en este dolor?”*

34:14 *“Yo pienso que me va a acompañar mi corazón. Tantos años que lo he tenido llorando, sufriendo, él va a seguir conmigo”.*

34:43 T: *“¿Qué más sientes que te dice tu corazón?”*

34:46 Suspiro. *“Que sea fuerte”.*

35:02 T *“Y ¿sientes que puedes serlo?”*

35:13 *“Trataré de ser fuerte, de seguir siendo fuerte como he podido serlo hasta ahora”.*

El esfuerzo de la no reactivación del esquema es posible porque nada de lo comentado por el terapeuta o por la paciente indica claramente si la no reactivación tuvo o no esfuerzo. La intensidad del esquema antes de la desaparición es moderado, por esto su clasificación es 2. No hay información acerca de cuánto tiempo existió el esquema, por esto la puntuación 0.

Respuesta: Es probable la desaparición de este esquema que sostiene al síntoma.

Persistencia de la desaparición de esquema 2

¿Existe una persistencia en la desaparición del esquema?

PERSISTENCIA DE DESAPARICION DE UN ESQUEMA							
Tema central de este esquema	Artículos a calificar	Tiempo # 1	Clasificación	Tiempo # 2	Clasificación	Tiempo # 3	Clasificación
Con contenido específico Si mi hija me rechaza me no lo voy a poder tolerar. Es capaz de tolerar un supuesto rechazo de su hija.	¿Es esta otra no reactivación o una reactivación de un esquema?	S 2 1:33	no				
	La certeza del cliente sobre la no reactivación		1	"		"	
	Esfuerzo de no reactivación del esquema		3	"		"	
	Intensidad de reactivación de esquema		0	"		"	
	¿El mismo o diferente contexto que la primera no reactivación?		Mismo	"		"	
Ingrese las palabras del cliente que indican que la no reactivación se produjo en situaciones donde el esquema se reactivó previamente: "Tengo fe que me va a ir bien cuando converse con ella". * *Está implícito que puede conversar con su hija y soportar un hipotético rechazo.							
Indique el contexto de esta no reactivación o reactivación del esquema: En todos los contextos.							

En este cuadro se refleja otra no reaparición de un esquema. La certeza acerca de la no reactivación del esquema es pobre (puntuación 1), ya que es implícita. Se conjetura que al poder conversar con su hija puede tolerar un hipotético rechazo.

S2 1:29 T: Cuéntame cómo has andado en la semana.

1:33 Más tranquila. Ya no pienso tanto en relación a la Kathy. Siempre pensaba que me iba a decir si ya la busco. Ya me he olvidado de eso, ya ando más tranquila. Tengo fe que me va a ir bien cuando converse con ella.

El esfuerzo por la no reactivación del esquema es probable por la alegría relajada de la paciente, por esto la puntuación de 3. No se observa reactivación del esquema, por lo que en el ítem intensidad de reactivación se puntúa 0. La no reactivación se presenta en el mismo contexto de psicoterapia.

Respuesta: Se observa una probable persistencia en la desaparición de este esquema.

Resumen

Proceso de Reconsolidación Terapéutica

I. Secuencia de acceso:

A. Identificación del síntoma: dolor por no estar con su hija que dio en adopción.

Esquema 1

B1. Recuperación del esquema del aprendizaje implícito: si busca a su hija que dio en adopción ella la rechazará.

C1. Identificación de conocimiento contradictorio: habla con su hija y no la rechaza.

Esquema 2

B2. Recuperación del esquema del aprendizaje implícito: si su hija la rechaza no lo va a poder tolerar.

C2. Identificación de conocimiento contradictorio: se empodera y es capaz de tolerar el posible rechazo de su hija.

II. Secuencia de transformación:

Esquema 1

1A. Reactivación del esquema sostenedor del síntoma (B): reactiva experiencia de rechazo de la hija si se imagina que la busca.

2A. Activación del conocimiento contradictorio (C) de manera simultánea que el esquema sostenedor del síntoma (B): vive experiencia de hablar con su hija y no la rechaza (en juego de rol).

3A. Experiencias de desconfirmación simultáneas repetidas B – C: vive otra experiencia de hablar con su hija y no la rechaza (en juego de rol).

Esquema 2

1B. Reactivación del esquema sostenedor del síntoma (B): vive experiencia en que se angustia y cree que no puede tolerar el rechazo de su hija.

2B. Activación del conocimiento contradictorio (C) de manera simultánea que el esquema sostenedor del síntoma (B): a través de diálogo de partes se empodera y siente que puede tolerar un hipotético rechazo de su hija.

3B. Experiencias de desconfirmación simultáneas repetidas B – C: nueva experiencia de empoderamiento que le permite tolerar un posible rechazo de la hija a través de diálogo de partes.

III. Fase de verificación

Desaparición de síntoma: no hay evidencia del síntoma de dolor por no estar con su hija.

Desaparición de esquema 1: ya no siente como real la creencia que su hija la rechazará si la busca.

Desaparición de esquema 2: no hay evidencia que se mantenga la creencia que no tolerará un supuesto rechazo de su hija.

Problema 2: Frustración en el rol de madre

Según lo que explica la paciente, cuando se refiere a frustración en el rol de madre, lo hace pensando en la culpabilidad por haber tenido 2 hijas solteras: “Frustración. Yo encuentro que fui mala mamá. Una por haber tenido a las 2 hijas solteras... Y lo otro, me encuentro frustrada por no haber llegado a esta instancia con mi otra hija”. Si bien no explicita cuál otra hija, por el contexto se refiere a la hija que dio en adopción a una familia conocida y no la volvió a ver, caso visto en la sección anterior. Su hija mayor la adoptaron sus padres, además, no tiene buena relación con esta hija que creció con sus abuelos.

En la segunda sesión de psicoterapia se trata el tema de su hija mayor V, que vive con sus abuelos.

Fase de Recuperación

Recuperación del esquema del aprendizaje implícito (Paso B de fase de recuperación)

¿Se puede apreciar una experiencia del esquema que mantiene el síntoma?

A continuación, se presentan los cuadros del protocolo “Sistema de codificación de desconfirmación” (SDC):

Código del cliente:		Fecha de la sesión (2017-04-25):					
NUEVAS EXPERIENCIAS DE ACCESO							
Experiencias directas del cliente de material generador de síntomas que había estado fuera de la conciencia							
Etiqueta de contenido	Artículos a calificar	Tiempo #1	Clasificación	Tiempo #2	Clasificación	Tiempo #3	Clasificación
Le hice falta a mi hija V.	Verbalización explícita de la conciencia preexistente	S 2 33:52	0	S 2 34:39	0	S 2 51:20	0
	Verbalización explícita de material recién recuperado	“	2	“	2	“	2
	Profundidad de la experiencia del material recién recuperado.	“	3	“	3	“	3
	Sentimiento de importancia del material recién recuperado	“	3	“	3	“	3

En el primer ítem, tiempo #1, no existe verbalización explícita de conciencia preexistente, por lo tanto, la puntuación es 0. Presenta una verbalización explícita del material recién recuperado específica y mínima (2 puntuación).

33:52 J: (Paciente en rol de hija) “Me hizo falta mi mamá en el sentido que me dijera hija hace esto, hace esto otro, que lo estás haciendo mal. Que me añuñucara (diera cariño), que me hiciera una trenza, unos cachos bonitos para ir al colegio. Eso me hizo falta”.

Presenta una expresión no verbal clara y no interrumpida en cuanto a la profundidad de su experiencia (puntaje 3). El sentimiento de importancia es leve y sostenido (puntuación 3).

En el tiempo #2, no existe verbalización explícita de la consciencia previa (puntuación 0). La verbalización explícita del material recién recuperado es específica y mínima (calificación 2).

34:39 J: (Paciente en rol de hija) “No estuvo conmigo cuando más la necesité. Añoré muchas veces que estuviera conmigo en las noches, que me contara cuentos, que estuviera en el colegio conmigo”.

Presenta una expresión no verbal clara y no interrumpida en cuanto a la profundidad de su experiencia (puntaje 3). Además, el sentimiento de importancia del material es leve y sostenido (clasificación 3).

En el tiempo #3, no existe verbalización explícita de consciencia preexistente (puntuación 0). La verbalización explícita del material recién recuperado es específica y mínima (clasificación 2).

51:20 J: “Le hice mucha falta a V (hija), porque hay edades que uno tiene que estar al lado de su hija, para corregir muchos errores que comete... Ayudarla a hacer tareas, trabajos.”

Presenta una expresión no verbal clara y no interrumpida en cuanto a la profundidad de su experiencia (puntaje 3). El sentimiento de importancia del material recién recuperado de leve y sostenido (puntuación 3).

Respuesta: Sí, se pueden apreciar 3 experiencias del material generador de síntomas según el protocolo SDC.

Secuencia de Borrado

Desestabilización del esquema de aprendizaje implícito (Paso 1 de secuencia de borrado)

¿Se observa un esquema generador de síntoma?

Código del cliente:		Fecha de la sesión (2017-04-25):		
EXPERIENCIA DE ACCESO SIMULTÁNEA				
La experiencia del cliente de material generador de síntomas al mismo tiempo que el acceso a conocimiento contradictorio				
Etiqueta de contenido	Igual que el primer acceso nuevo?	Artículos a calificar	Tiempo	Clasificación
Le hice falta a mi hija V. "Me hizo falta mi mamá". Paciente en rol de hija.	Sí	Verbalización explícita de la conciencia preexistente	S 2 51:20	0
		Verbalización explícita de material recuperado	"	2
		Profundidad de experiencia del material generador de síntomas	"	3
		Sensación de importancia del material recuperado.	"	3

Verbalización explícita de la conciencia preexistente: se asume que no tiene porque no se explicita, pero no se chequea por parte del terapeuta.

Este cuadro se refiere a la experiencia generadora de síntomas que se presenta al mismo tiempo que la experiencia contradictoria. En este cuadro se repite la misma experiencia que en el cuadro anterior en el tiempo #3, por lo que tiene la misma clasificación.

Respuestas:

Sí, se puede observar una experiencia de esquema generador de síntoma.

Desestabilización del esquema de aprendizaje implícito (Paso 2 de secuencia de borrado)

¿Se observa un esquema contradictorio al mismo tiempo que el esquema generador de síntoma?

Código del cliente:	Fecha de la sesión (2017-04-25):		
EXPERIENCIA DE DESCONFIRMACIÓN SIMULTÁNEA La experiencia del cliente de conocimiento contradictorio en la experiencia de yuxtaposición con material generador de síntomas			
Etiqueta de contenido	Etiqueta de contenido	Tiempo	Clasificación
Le hice falta a mi hija V. Estar al lado de hija siempre como una forma de sanar el reproche y compensar.	Certeza de la yuxtaposición	S 2 53:12	2
	La verbalización explícita del conocimiento contradictorio por parte del cliente	"	2
	Profundidad de experimentación de la yuxtaposición	"	3
	Expresiones de sorpresa o disonancia	"	2

En el primer ítem, la clasificación es 2, ya que la yuxtaposición es muy probable porque la experiencia de la paciente del conocimiento contradictorio ocurrió claramente mientras experimentaba el material generador de síntomas, aunque ni la paciente ni la terapeuta comentaron sobre la yuxtaposición ni se refirieron a ambos lados de la yuxtaposición en ningún comentario. La verbalización explícita del conocimiento contradictorio por parte de la paciente es mínima, breve y específica.

52:22 T: “De qué te das cuenta ahora. Hay muchos reproches por la falta, pero eso ya no fue. Tuviste en momentos claves con ella, en su embarazo, en su sueño. Eso ya fue. ¿Cómo ahora puedes ir sanando lo que tú sientes que te reprochas?”

53:12 J: “Estar al lado de ella siempre, siempre seguir al lado de ella, aunque ella me ponga alguna traba, bueno siempre voy a estar al lado de ella. Tratar de dialogar más con ella”.

Por un lado, está activa la experiencia de reproche por no haber estado con su hija y como experiencia contradictoria estaría la experiencia de estar siempre con su hija.

Presenta una expresión no verbal clara y no interrumpida en cuanto a la profundidad de su experiencia (puntaje 3). Además, la paciente presenta una expresión leve y momentánea de disonancia, por lo tanto, se puntuó con 2.

Respuesta: Se puede inferir que la experiencia de yuxtaposición de los esquemas es probable, aunque no se aprecia de manera tan evidente.

Anulación del esquema de aprendizaje implícito (Paso 3 de secuencia de borrado)

¿Se observan repeticiones de experiencias de yuxtaposición entre ambos esquemas?

Código del cliente:	Fecha de la sesión (2017-04-25):						
EXPERIENCIAS DE DESCONFIRMACIÓN SIMULTÁNEAS REPETIDAS							
Repeticiones de la experiencia de yuxtaposición							
Etiqueta de contenido	Artículos a calificar	Rep #1	Rep #1	Rep #2	Rep #2	Rep #3	Rep #3
		Tiempo	Clasif.	Tiempo	Clasif.	Tiempo	Clasif.
Se reprocha por hacerle falta a su hija. Aprovecha el presente para estar con su hija.	Verbalización explícita del material generador de síntomas por el terapeuta y / o cliente	S 2 1:05:44	2	S 2 1:09:53	2		
	Verbalización explícita del conocimiento contradictorio por parte del terapeuta y / o cliente	"	2	"	2	"	
	Calidad experiencial de la yuxtaposición repetida	"	2	"	2	"	

En este cuadro de experiencias de desconfirmación simultáneas repetidas, en el tiempo #1 la terapeuta señala la siguiente frase que integra la experiencia de material generador de síntomas y la verbalización del material contradictorio: *“ahora tienes que empezar a pensar que el tiempo en que tú no estuviste ya la estás apoyando”*, la paciente asiente con la cabeza. En el primer ítem se clasifica 2, en

que existe una verbalización breve y específica. En el segundo ítem se clasifica con 2, ya que existe una verbalización breve y específica del material contradictorio. La calidad de la experiencia de yuxtaposición es leve (puntuación 2), ya que hay ligeras indicaciones de experiencia afectiva o somática.

En la experiencia de tiempo #2 se puede apreciar el siguiente diálogo que implicaría una nueva experiencia de desconfirmación repetida:

T: "A ti te ha tocado duro. Pero tenemos que ir sanando los reproches que tienes en tu corazón. Te auto reprochas mucho por tu pasado. Tienes que tratar de aprovecharlo ahora en el presente. Ya. Tenemos que ir tratando de sanar ese pasado tan tormentoso que tuviste".

J: "Sí. Es algo que siempre me acuerdo". (Con voz llorosa).

T: "Pero, lo tienes que ir sanando a través de qué. Del presente".

J: "Del presente".

La verbalización explícita del material generador de síntomas es breve y específica (puntuación 2). La verbalización explícita del conocimiento contradictorio es breve y específica (clasificación 2). Además, es leve la calidad de la yuxtaposición (puntuación 2).

Respuesta: Es probable que exista una repetición de experiencia de yuxtaposición de ambos esquemas.

Fase de verificación (V)

Desaparición del síntoma

¿Se aprecia la desaparición del síntoma?

Sistema de codificación de cambio transformacional (SCCT)

Código del cliente:	Fecha de sesión (2017-04-25):						
DESAPARICIÓN DE UN SÍNTOMA							
Síntoma (s) que dejó de ocurrir	Artículos a calificar	Tiempo # 1	Clasificación	Tiempo # 2	Clasificación	Tiempo # 3	Clasificación
Frustración por su rol de madre.	¿Identificación previa de los síntomas desaparecidos?	S 1 3:14	Y				
	Certeza del cliente sobre la desaparición.	S 2 1:08:48	2				
	Esfuerzo de la no aparición de síntomas		2				
	Intensidad de los síntomas antes de la desaparición	S 1 3:14	2				
	¿Durante cuánto tiempo existieron los síntomas?		0				
	¿Ausente dónde o cuándo ocurrió anteriormente?		Y				
[Si corresponde] Ingrese las palabras del cliente que indican la ausencia del síntoma en la (s) situación (es) donde ocurrió anteriormente: 1:08:48 "Más tranquila... Ya saqué la rabia o pena que yo no estuve con ella. Ya lo saqué. Entonces ahora lo que me queda es acercarme más a ella, compartir más con ella. Estar en las buenas y malas con ella"							
¿Desaparición de todos o no todos los contextos? Probable en todos los contextos.							
Si no todos los contextos, ¿en qué contexto continúan ocurriendo los síntomas?							

En este cuadro de sistema de codificación de cambio transformacional se puede observar en el primer ítem tiempo #1 que hay identificación previa del síntoma. La certeza de la paciente acerca de la desaparición del síntoma es leve (clasificación 2).

1:08:38 T: "Quiero que me diga, para finalizar, de acuerdo al ejercicio que hiciste, de qué te das cuenta y con qué misión te vas".

1:08:48 J: "Más tranquila... Ya saqué la rabia o pena que yo no estuve con ella (su hija que criaron sus padres). Ya lo saqué. Entonces ahora lo que me queda es acercarme más a ella, compartir más con ella. Estar en las buenas y malas con ella".

El esfuerzo por la no aparición de síntoma es posible (puntuación 2), ya que nada de lo indicado por la paciente o la terapeuta indica si fue fácil o no la no ocurrencia. La intensidad de los síntomas antes de la desaparición es moderada. No existe información explícita desde cuando existió el síntoma (clasificación 0). Los síntomas existieron en el mismo contexto de sesión de psicoterapia.

Respuesta: Sí, se observa la no aparición del síntoma en el contexto de sesión de psicoterapia que se trabajó este tema.

Desaparición del esquema

¿Se observa la desaparición del esquema que mantenía el síntoma?

DESAPARICION DE UN ESQUEMA							
Palabras del cliente que describen material de esquema que ya no se siente verdadero	Artículos a calificar	Tiempo # 1	Clasificación	Tiempo # 2	Clasificación	Tiempo # 3	Clasificación
Le hice falta a mi hija V "Ahora lo que me queda es acercarme más a ella, compartir más con ella"	Certeza del cliente sobre la desaparición.	S 2 1:08:48	1				
	Esfuerzo de no reactivación del esquema	"	2				
	Intensidad del esquema antes de la desaparición	"	3	"		"	
	¿Durante cuánto tiempo existió el esquema?	"	0	"		"	
¿Desaparición de <i>todos</i> o <i>no todos los contextos</i> ? Probable en todos los contextos.							
Si no todos los contextos, ¿en qué contextos continúa reactivando el esquema?							

La certeza de la paciente acerca de la desaparición del esquema es pobre (puntuación 1), ya que no explicita la desaparición del esquema de reproche relacionado con la falta que le hizo a su hija, más bien realiza el comentario que contiene la posibilidad de compartir más con su hija.

1:08:48 J: "Más tranquila... Ya saqué la rabia o pena que yo no estuve con ella. Ya lo saqué. Entonces ahora lo que me queda es acercarme más a ella, compartir más con ella. Estar en las buenas y malas con ella".

El esfuerzo de la no reactivación es posible (clasificación 2), ya que no hay información que la paciente haya realizado un esfuerzo o no. La intensidad del esquema antes de la desaparición es fuerte (clasificación 3). No existe información acerca de cuánto tiempo duró este esquema (puntuación 0).

Respuesta: Se puede hipotetizar como factible la desaparición del esquema que mantenía al síntoma, aunque no es evidente.

Persistencia de la desaparición del síntoma

¿Existe persistencia en la desaparición del síntoma?

PERSISTENCIA DE DESAPARICIÓN DE UN SÍNTOMA							
Síntoma (s) clasificados como no ocurridos en una sesión anterior	Artículos a calificar	Tiempo # 1	Clasificación	Hora # 2	Clasificación	Hora # 3	Clasificación
Frustración por su rol de madre.	¿Es esta otra no ocurrencia o una reaparición de un síntoma?	S 7 1:24	no	S 8 10:36	no		
	La certeza del cliente sobre la no ocurrencia continua o la reaparición del síntoma	"	2	"	4	"	
	Esfuerzo de la no aparición de síntomas	"	3	"	3	"	
	Intensidad de reaparición del síntoma	"	0	"	0	"	
	¿El mismo o diferente contexto que la primera no ocurrencia?	"	Mismo	"	Mismo	"	
Ingrese las palabras del cliente que indican que la no ocurrencia se produjo en situaciones donde el síntoma ocurrió anteriormente: "Más tranquila"							
Indique el contexto de esta no ocurrencia o reaparición del síntoma: Sesión de terapia, probablemente en todos los contextos.							

En este cuadro de la persistencia de desaparición de un síntoma, el primer ítem corresponde a una no ocurrencia. En la definición de la paciente en cuanto la no ocurrencia del síntoma, la clasificación es 2, lo que corresponde a leve: *"Más tranquila. Me he allegado más a la V (hija), nos hemos allegado las dos"*. Es probable que la paciente no realizó esfuerzo en la no reaparición del síntoma (clasificación 3). La no reaparición del síntoma se da en el mismo contexto de sesión de psicoterapia.

En el tiempo #2, se chequea explícitamente el síntoma de frustración por su rol de madre, que en la pre terapia la paciente había evaluado con un 10 (en una escala de 1 a 10 de dolor) y en la octava sesión la paciente evalúa con un 1, que implica una fuerte certeza de la desaparición del síntoma, por esto presenta la puntuación de un 4 en este ítem.

10:25 T: “En tema de frustración en el rol de madre, también llegaste con un 10, al máximo. Qué numeración pondrías ahora”.

10:36 J: “Un 1”.

Es probable que no haya realizado esfuerzo en la reaparición de síntoma, por la alegría relajada con respecto a la no ocurrencia parece implicar que no se hizo ningún esfuerzo para prevenir el síntoma, por esto la puntuación es un 3. Además, la no reaparición del síntoma ocurre en el mismo contexto de psicoterapia.

Respuesta: Se puede observar en 2 ocasiones la persistencia de la desaparición del síntoma.

En cuanto a Target Complaints en una escala de 1 a 10 y la pregunta: “¿Cuánta frustración sentí hoy por mi rol de madre?” los resultados fueron:

Semana	Número de sesión de terapia	Promedio Target Complaints
01	Pre terapia	10
02	Pre terapia	9.7
03	Sesión 1	8.4
04	Sesión 2	6.3
05	Sesión 3	5.1
06	Sesión 4	2.7
07	Sesión 5	2.6
08	Sesión 6	1.7
09	Sesión 7	1.4
10	Sesión 8	1.0
11	Día de cierre - post terapia	1.0
12	Post terapia	1.0
Seguimiento al 4° mes	Post terapia	1.0

Persistencia de la desaparición del esquema

¿Existe una persistencia en la desaparición del esquema que sostenía el síntoma?

PERSISTENCIA DE DESAPARICION DE UN ESQUEMA							
Tema central de este esquema	Artículos a calificar	Tiempo # 1	Clasificación	Tiempo # 2	Clasificación	Tiempo # 3	Clasificación
Le hice falta a mi hija V	¿Es esta otra no reactivación o una reactivación de un esquema?	S 7 01:24	no				
	La certeza del cliente sobre la no reactivación	"	3	"		"	
	Esfuerzo de no reactivación del esquema	"	2	"		"	
	Intensidad de reactivación de esquema	"	0	"		"	
	¿El mismo o diferente contexto que la primera no reactivación?	"	Mismo	"		"	
Ingrese las palabras del cliente que indican que la no reactivación se produjo en situaciones donde el esquema se reactivó previamente: "Me he allegado más a la V"							
Indique el contexto de esta no reactivación o reactivación del esquema: Contexto psicoterapia. Probable en todos los contextos.							

En este cuadro de persistencia de desaparición de un esquema, corresponde a no reactivación. La certeza de la no reactivación de esquema es firme (puntuación 3).

S7 00:52 T: "Cuando nosotros hicimos los targets, te acuerdas, hicimos los 3 problemas principales: el dolor que siento por mi hija de forma constante, por la K; frustración en el rol de madre; y la rabia que siento con mi madre. De esos 3 aspectos qué sientes tú que necesitarías trabajar hoy día".

01:24 J: "Creo que he superado todo ya, los tramos que habíamos puesto ahí. Creo que ya lo he superado porque yo misma me siento más tranquila. Más tranquila. Me he allegado más a la V (hija), nos hemos allegado las dos".

El esfuerzo de no reactivación es posible, porque nada de lo dicho por la paciente o terapeuta indica un esfuerzo en la no reactivación (puntuación 2). No hubo reactivación del esquema original. La no reactivación se da en el mismo contexto de psicoterapia.

Respuesta: Sí, se puede apreciar la persistencia de no reactivación del esquema.

Resumen

Proceso de Reconsolidación Terapéutica

I. Secuencia de acceso:

A. Identificación del síntoma: frustración en su rol de madre.

B. Recuperación del esquema del aprendizaje implícito: le hizo falta a su hija V.

C. Identificación de conocimiento contradictorio: estar al lado de su hija V siempre, como una forma de sanar el reproche y compensar.

II. Secuencia de transformación:

1. Reactivación del esquema sostenedor del síntoma (B): vive experiencia de la falta que le hizo a su hija V.

2. Activación del conocimiento contradictorio (C) de manera simultánea que el esquema sostenedor del síntoma (B): experimenta la vivencia de estar al lado de su hija V siempre.

3. Experiencias de desconfirmación simultáneas repetidas B – C: Vive nueva experiencia de reproche por hacerle falta a su hija junto con experiencia de aprovechar el presente para estar con su hija.

III. Fase de verificación

Desaparición de síntoma: se observa la desaparición del síntoma de frustración de su rol de madre.

Desaparición de esquema: se puede hipotetizar que desaparece el esquema que sostenía el síntoma.

Problema 3: La rabia que siente a su madre

Fase de Preparación

Recuperación del esquema del aprendizaje implícito (Paso B de fase de recuperación)

¿Se puede apreciar una experiencia del esquema que mantiene el síntoma?

A continuación, se presentan los cuadros del protocolo “Sistema de codificación de desconfirmación” (SDC):

Código del cliente:	Fecha de la sesión (2017-05-09):						
NUEVAS EXPERIENCIAS DE ACCESO							
Experiencias directas del cliente de material generador de síntomas que había estado fuera de la conciencia							
Etiqueta de contenido	Artículos a calificar	Tiempo #1	Clasificación	Tiempo #2	Clasificación	Tiempo #3	Clasificación
Mamá no le dio cariño.	Verbalización explícita de la conciencia preexistente	S 4 1:09:21	0				
	Verbalización explícita de material recién recuperado	“	3	“		“	
	Profundidad de la experiencia del material recién recuperado	“	3	“		“	
	Sentimiento de importancia del material recién recuperado	“	4	“		“	

La verbalización explícita de la conciencia preexistente se clasifica con 0, ya que no hay información si esta conciencia existió o no antes. La verbalización explícita del material recién recuperado se puntúa 3, ya que es específica y básica.

1:09:21 J: “Cuando uno está más chica, le gusta que la mamá la añuñuque (entregue cariño) (con tristeza), que le diga que la quiere. Yo eso no lo hice con ella” (paciente en rol de madre).

Se clasifica con 3 la profundidad de la experiencia del material recién recuperado, ya que presenta una expresión no verbal clara y no interrumpida. El sentimiento de importancia del material es fuerte y aparente, por esto se clasifica con 4.

Respuesta: Sí, se puede apreciar una experiencia de material generador de síntomas.

Secuencia de Borrado

Desestabilización del esquema de aprendizaje implícito (Paso 1 de secuencia de borrado)

¿Se observa una experiencia del esquema que mantiene el síntoma?

Código del cliente:		Fecha de la sesión (2017-05-09):		
EXPERIENCIA DE ACCESO SIMULTÁNEA				
La experiencia del cliente de material generador de síntomas al mismo tiempo que el acceso a conocimiento contradictorio				
Etiqueta de contenido	Igual que el primer acceso nuevo?	Artículos a calificar	Tiempo	Clasificación
Mamá no la apoyó, no le dio cariño "Cuando uno está más chica, le gusta que la mamá la "añuñuque" (entregue cariño) (con tristeza), que le diga que la quiere. Yo eso no lo hice con ella" (paciente en rol de madre).	Sí	Verbalización explícita de la conciencia preexistente	S 4 1:09:21	0
		Verbalización explícita de material recuperado	"	3
		Profundidad de experiencia del material generador de síntomas	"	3
		Sensación de importancia del material recuperado.	"	4

Verbalización explícita de la conciencia preexistente: se asume que no tiene porque no se explicita, pero no se chequea por parte del terapeuta.

En este cuadro se aplican las mismas clasificaciones que el cuadro anterior.

Respuestas:

Sí, se puede observar una experiencia de esquema generador de síntoma.

Desestabilización del esquema de aprendizaje implícito (Paso 2 de secuencia de borrado)

¿Se observa la yuxtaposición entre un esquema generador de síntoma y un esquema contradictorio?

Código del cliente:	Fecha de la sesión (2017-05-09):		
EXPERIENCIA DE DESCONFIRMACIÓN SIMULTÁNEA La experiencia del cliente de conocimiento contradictorio en yuxtaposición con el material generador de síntomas			
Etiqueta de contenido	Etiqueta de contenido	Tiempo	Clasificación
Mamá no la apoyó, no le dio cariño. Recibe cariño de la madre (en juego de roles).	Definición de la yuxtaposición	S 4 1:10:11	2
	La verbalización explícita del conocimiento contradictorio por parte del cliente	"	1
	Profundidad de experimentación de la yuxtaposición	"	3
	Expresiones de sorpresa o disonancia	"	3
¿Era esto una yuxtaposición explícita o implícita? Explícita			
Si está implícita, ¿qué indicación (es) no verbal observó?			

La experiencia de yuxtaposición es muy probable (clasificación 2) porque la experiencia de la paciente del conocimiento contradictorio ocurrió mientras experimentaba el material generador de síntomas, aunque ni la paciente ni la terapeuta comentaron sobre la yuxtaposición ni se refirieron a ambos lados de la yuxtaposición en ningún comentario. La verbalización explícita del conocimiento contradictorio por parte de la paciente es breve y vaga, más bien es una experiencia de sentir y expresar el amor a su mamá en el juego de roles (clasificación 1).

1:10:09 T: “¿Qué le dirías?”

1:10:11 J: “Que la quiero mucho”.

1:10:18 T: “¿Te gustaría abrazarla?”

1:10:21 J: “Sí”. (Sollozando).

1:10:25 T: “Vamos a simbolizar que yo soy J”. (Se para y abraza a paciente).

1:10:38 J: “Siempre he esperado esto de mi mamá” (Abrazando a T, sollozando, en la posición de sí misma como hija).

Presenta una expresión no verbal clara y no interrumpida en cuanto a la profundidad de su experiencia (puntaje 3). Existe expresión firme de intensidad emocional en la experiencia de yuxtaposición (que contiene sorpresa y disonancia), por esto se clasifica con 3.

Respuesta: “Se puede inferir que la experiencia de yuxtaposición de los esquemas es probable”.

Anulación del esquema de aprendizaje implícito (Paso 3 de secuencia de borrado)

¿Se observan repeticiones de experiencias de yuxtaposición entre ambos esquemas?

Código del cliente:	Fecha de la sesión (2017-05-09):						
EXPERIENCIAS DE DESCONFIRMACIÓN SIMULTÁNEAS REPETIDAS							
Repeticiones de la experiencia de yuxtaposición							
Etiqueta de contenido	Artículos a calificar	Rep #1	Rep #1	Rep #2	Rep #2	Rep #3	Rep #3
		Tiempo	Clasif.	Tiempo	Clasif.	Tiempo	Clasif.
Mamá no le dio cariño. Recibe cariño de la madre.	Verbalización explícita del material generador de síntomas por el terapeuta y / o cliente	S 4 1:11:12	2				
	Verbalización explícita del conocimiento contradictorio por parte del terapeuta y / o cliente	1:12:20	2	“		“	
	Calidad experiencial de la yuxtaposición repetida	“	3	“		“	

Existe verbalización explícita del material generador de síntomas de manera breve y específica, por esto se clasifica con 2.

1:11:12 J: *(Suspira)* “Yo siempre veo a mi mami dando abrazos a mis hermanos. Pero, conmigo no es así. Mi mami es muy fría conmigo. Y yo tampoco me acerco mucho a ella. No me nace. Pero algún día va a llegar ese día.

1:11:55 T: “Ten los ojitos cerrados. Cierra los ojitos. Vamos a cerrar esto, ya. Solo despídete un poquito de J. Dile alguna frase, algo que la deje tranquila a ella”.

1:12:20 J: *(Paciente en rol de madre)* “Hija yo te quiero mucho. Me cuesta acercarme a ti. Pero algún día lo voy a hacer. Te voy a dar un abrazo bien apretado y decirte que te quiero mucho”.

La verbalización explícita del conocimiento contradictorio por parte de la paciente es breve y específica (clasificación 2). La calidad de la experiencia de yuxtaposición repetida es firme por los indicadores emocionales y somáticos (puntuación 3).

Respuesta: Es posible que exista una repetición de experiencia de yuxtaposición de ambos esquemas, aunque no es del todo evidente.

Fase de verificación (V)

Desaparición del síntoma

¿Se aprecia la desaparición del síntoma?

Sistema de codificación de cambio transformacional (TCCS)

Código del cliente:	Fecha de sesión (2017-05-09):						
DESAPARICIÓN DE UN SÍNTOMA							
Síntoma (s) que dejó de ocurrir	Artículos a calificar	Tiempo # 1	Clasificación	Tiempo # 2	Clasificación	Tiempo # 3	Clasificación
Rabia con su madre	¿Identificación previa de los síntomas desaparecidos?	S 0	Y				
	Certeza del cliente sobre la desaparición.	S 4 1:18:16	1				
	Sin esfuerzo de la no ocurrencia de los síntomas	S 4 1:18:16	2				
	Intensidad de los síntomas antes de la desaparición	S 0	3				
	¿Durante cuánto tiempo existieron los síntomas?		0				
	¿Ausente dónde o cuándo ocurrió anteriormente?	Y					
[Si corresponde] Ingrese las palabras del cliente que indican la ausencia del síntoma en la (s) situación (es) donde ocurrió anteriormente: S7 "Creo que he superado todo ya"							
¿Desaparición de todos o no todos los contextos? No hay información explícita.							
Si no todos los contextos, ¿en qué contexto continúan ocurriendo los síntomas?							

En la pre terapia se identifica el síntoma de rabia con su madre. La certeza de la paciente acerca de la desaparición de síntoma es pobre (puntuación 1), ya que la paciente indica que está más tranquila, pero no se refiere explícitamente que ya no tiene rabia con la madre.

1:18:12 T: "¿Con qué te vas a ir esta semana?"

1:18:16 J: "Más tranquila".

La no ocurrencia de los síntomas es posible (puntuación 2), ya que no hay indicios si la no ocurrencia del síntoma requirió un esfuerzo o no. La intensidad de los síntomas antes de la desaparición es fuerte (calificación 3). No hay información acerca de

cuánto tiempo existió este síntoma (calificación 0). El síntoma está ausente en el contexto de psicoterapia.

Respuesta: Es posible la desaparición del síntoma, aunque no es evidente.

Desaparición del esquema

¿Se observa la desaparición del esquema que mantenía el síntoma?

DESAPARICION DE UN ESQUEMA							
Palabras del cliente que describen material de esquema que ya no se siente verdadero	Artículos a calificar	Tiempo # 1	Clasificación	Tiempo # 2	Clasificación	Tiempo # 3	Clasificación
Sin contenido específico Reacciona como si ya no le afectara que su mamá sea fría con ella.	<i>Certeza del cliente sobre la desaparición.</i>	S 8 2:04	2				
	<i>Esfuerzo de no reactivación del esquema</i>		2				
	<i>Intensidad del esquema antes de la desaparición</i>		3				
	<i>¿Durante cuánto tiempo existió el esquema?</i>		0				
¿Desaparición de todos o no todos los contextos? No hay información explícita. Probable en todos los contextos.							
Si no todos los contextos, ¿en qué contextos continúa reactivando el esquema?							

La certeza de la paciente de la desaparición del esquema es leve (clasificación 2).

1:43 T: “¿Qué le recriminarías a tu mamá actualmente?”

1:49 J: “Que cambiara su modo de ser que es muy fría. Por lo menos conmigo, con los demás no”.

2:01 T: “¿Qué te produce eso a ti?”

2:04 J: “Eh. Ya como que no, no” (gestos señalando como si ya no le importara tanto).

El esfuerzo por la no reaparición es posible porque nada de lo indicado por la paciente o la terapeuta indica claramente si la no reactivación fue fácil o como resultado de algún esfuerzo. (puntuación 2). La intensidad del esquema antes de su

desaparición es fuerte (calificación 3). No hay información acerca de cuánto tiempo existió el esquema (puntuación 0).

Respuesta: Se puede observar la probable desaparición del esquema que mantenía al síntoma.

Persistencia de la desaparición del síntoma

¿Existe persistencia en la desaparición del síntoma?

PERSISTENCIA DE DESAPARICIÓN DE UN SÍNTOMA							
Síntoma (s) clasificados como no ocurridos en una sesión anterior	Artículos a calificar	Tiempo # 1	Clasificación	Hora # 2	Clasificación	Hora # 3	Clasificación
Rabia con su madre	¿Es esta otra no ocurrencia o una reaparición de un síntoma?	S 7 1:24	no	S 8 10:41	no		
	La <i>certeza</i> del cliente sobre la no ocurrencia continua o la reaparición del síntoma	"	2	"	3	"	
	<i>Esfuerzo</i> de la no aparición de síntomas	"	2	"	2	"	
	<i>Intensidad</i> de reaparición del síntoma	"	0	"	0	"	
	¿El mismo o diferente contexto que la primera no ocurrencia?	"	Mismo	"	Mismo	"	
<p>Ingrese las palabras del cliente que indican que la no ocurrencia se produjo en situaciones donde el síntoma ocurrió anteriormente: S7 1:24 "Creo que he superado todo ya... yo misma me siento más tranquila... con mi mami, por lo menos ya la estoy abrazando, le digo que la quiero, y estoy más pendiente de ella ahora que antes". S 8 10:41 La paciente califica con 1, es una escala de 1 a 10, el síntoma de rabia con su madre "También un 1, porque ya lo he superado bastante".</p> <p>Indique el contexto de esta no ocurrencia o reaparición del síntoma: Sesión de psicoterapia, probable en todos los contextos.</p>							

En el tiempo #1, primer ítem, se registra la no ocurrencia del síntoma. La certeza de la paciente acerca de la no reaparición del síntoma es leve (calificación 2).

S7 01:24 J: "Creo que he superado todo ya... Creo que ya lo he superado porque yo misma me siento más tranquila. Más tranquila... con mi mami, por lo menos ya la estoy abrazando, le digo que la quiero, y estoy más pendiente de ella ahora que antes".

Es posible que la paciente no realice esfuerzo por la no aparición del síntoma porque nada de lo indicado por ella o la terapeuta indica claramente si la no ocurrencia fue

fácil o como resultado de algún esfuerzo. La no reaparición del síntoma se da en el mismo contexto de sesión de psicoterapia, es probable en todos los contextos, aunque no se explicita.

En el tiempo #2, la certeza de la desaparición del síntoma es firme (calificación 3).

S8 10:38 T: *“Y en tema de la rabia con la mamá”.*

10:41 J: *“También un 1, porque ya lo he superado bastante”.*

La paciente califica con 1, es una escala de 1 a 10, el síntoma de rabia con su madre.

Se observa un probable no esfuerzo por la aparición del síntoma por la alegría relajada de la expresión de la paciente (puntuación 3). La no ocurrencia del síntoma se da en el contexto de psicoterapia, es probable en todos los contextos, aunque no se explicita.

Respuesta: Se observa en 2 ocasiones la probable persistencia de la desaparición del síntoma.

En cuanto a Target Complaints en una escala de 1 a 10 y la pregunta: “¿Cuánta rabia sentí hoy con mi madre?” los resultados fueron:

Semana	Número de sesión de terapia	Promedio Target Complaints
01	Pre terapia	10
02	Pre terapia	9.6
03	Sesión 1	8.6
04	Sesión 2	5.4
05	Sesión 3	5.1
06	Sesión 4	3.3
07	Sesión 5	2.0
08	Sesión 6	1.6
09	Sesión 7	1.0
10	Sesión 8	1.0
11	Día de cierre - post terapia	1.0
12	Post terapia	1.0
Seguimiento al 4° mes	Post terapia	1.0

No se observa persistencia de la desaparición del esquema en este problema.

Resumen

Proceso de Reconsolidación Terapéutica

I. Secuencia de acceso:

A. Identificación del síntoma: rabia con su madre

B. Recuperación del esquema del aprendizaje implícito: madre no le dio cariño.

C. Identificación de conocimiento contradictorio: madre le entrega cariño.

II. Secuencia de transformación:

1. Reactivación del esquema sostenedor del síntoma (B): revivir experiencia en que no se sintió querida por la madre.

2. Activación del conocimiento contradictorio (C) de manera simultánea que el esquema sostenedor del síntoma (B): experiencia en que la madre le entrega cariño (a través de juego de rol).

3. Experiencias de desconfirmación simultáneas repetidas B – C: nueva experiencia simultánea de activación de esquema generador de síntoma de no entrega de cariño y esquema contradictorio de entrega de cariño.

III. Fase de verificación

Desaparición de síntoma: no hay indicios del síntoma rabia con su madre.

Desaparición de esquema: probable evidencia sin contenido específico del cambio de significado de su esquema a que es posible que su madre le puede dar cariño.

La cliente en la sesión 0, fue evaluada con ansiedad grave (34 puntos) y finaliza el proceso con ansiedad leve (7 puntos).

En la evaluación de Nivel de Bienestar General (OQ-45), la cliente comienza con síntomas de alto nivel de malestar (42 puntos), finalizando con un nivel bajo (18 puntos).

Caso 2

La paciente es una mujer de 20 años. Es estudiante universitaria. Vive con su madre y abuela. Lleva una relación de pareja de aproximadamente dos años.

El motivo de consulta de la paciente es debido a un aborto realizado un año atrás de la consulta. “A mitad del año pasado me enteré de una noticia que yo creo ninguna niña de mi edad está lista para recibir, y es que yo me embaracé”.

Siente que hasta esta fecha aún no lo ha logrado superar. Este suceso ha conllevado una serie de sintomatología ansiosa y depresiva. Este tema no había sido tratado por la paciente hasta la fecha de inicio de la terapia.

Se acordaron los siguientes problemas a tratar en terapia:

Problema 1: ¿Cuánta culpa sentí hoy?

Problema 2: ¿Cuánta ansiedad sentí hoy?

Problema 3: ¿Cuán juzgada me sentí hoy?

En cuanto a los resultados terapéuticos, el test de Hamilton solo se realizó antes de iniciar la terapia ya que la paciente no terminó el proceso terapéutico. El puntaje en este test es de 21, lo cual se considera moderado. MINI dio como resultado sin trastorno. En la evaluación de Nivel de Bienestar General (OQ-45), los resultados de pre terapia: Síntomas: 36, Relaciones: 21, Rol Social: 11. Los resultados en el transcurso de la terapia fueron los siguientes:

Sesiones		OQ-45			
Sesión nº	Fecha (dd-mm-aaaa)	OQ Total	OQ síntomas	OQ Interpersonal	OQ Rol Social
1	9.05.18	81	43	25	13
2	16.05.18	69	36	20	13
3	24.05.18	80	46	20	14
4	31.05.18	79	45	21	13
5	14.06.18	65	36	18	11
6	20.06.18	63	33	18	12
7	4.07.18	67	37	18	12
8	18.07.18	78	35	27	16

9	26.07.18	72	36	23	13
---	----------	----	----	----	----

Se puede apreciar que los indicadores durante la terapia no variaron significativamente. No hubo evaluación pos terapia por el abandono del tratamiento.

La terapia tuvo una duración de 9 sesiones, tras la cual, la paciente hizo abandono. Es por esto que se seleccionó esta terapia como un ejemplo probable de no cambio transformacional.

Se puede apreciar que en el transcurso que alcanzó a durar la psicoterapia no hubo un foco en abordar los problemas específicos acordados (culpa por abortar, ansiedad, sentirse juzgada), sino más bien se trató el motivo de consulta relacionado con el aborto de una manera más genérica. Por lo tanto, no se establecen como objetivos específicos de la terapia liberar la culpa, disminuir la ansiedad, sentirse menos juzgada. Tampoco se evalúa de manera precisa y exhaustiva los síntomas y los esquemas que sostienen los síntomas.

A continuación, se explorará uno de los problemas tratados en terapia.

Problema 1: La culpa por realizarse un aborto

El primer problema se refiere a la culpa por haberse realizado un aborto. Se puede hipotetizar que este problema podría hacer referencia a 1 síntoma: culpa por abortar, y 1 esquema sostenedor de síntoma: traicionar lo que piensa. Aunque no queda establecida esta relación de manera categórica, tampoco se evalúa qué significa para la paciente traicionar sus convicciones.

Se podría hipotetizar que en este tema se produjo un conflicto entre 2 partes: por un lado, seguir sus convicciones de ese momento (hacerse cargo si queda embarazada y por lo tanto no abortar), y, por otra parte, guiarse por la posición de sus más cercanos: pololo no quería tener la guagua, mamá no la apoyó del todo, papá enojado, abuela señalaba que abortara.

“Yo no podía decidir tener una guagua si en el fondo sabía que él (pololo) no quería tenerla”

“Sigo sintiéndome mal con mi decisión porque en el momento que lo hice yo no pensaba de esa forma, entonces para mí traicionar lo que yo pienso es horrible”

“Me siento mal porque cambié mi pensamiento, mi ideología”

“Yo pensaba que cuando tú quedabas embarazada porque te descuidaste tenías que tener la guagua”

“Si las reacciones hubiesen sido distintas y me hubiese sentido apoyada para tenerla, la hubiera tenido”

“Sentí que estaba como muy sola y por eso tomé la decisión del aborto”

“Al final yo creo que lo hice fue empezar a buscar excusas que me incluyeran a mí para no tenerla”

“Me siento pésimo de pensar que por otros tomé esta decisión”

Fase de Preparación

Recuperación del esquema del aprendizaje implícito (Paso B de fase de recuperación)

¿Se puede apreciar una experiencia del esquema que mantiene el síntoma?

Código del cliente:	Fecha de la sesión (2017-04-18):						
NUEVAS EXPERIENCIAS DE ACCESO							
Experiencias directas del cliente de material generador de síntomas que había estado fuera de la conciencia							
Etiqueta de contenido	Artículos a calificar	Tiempo #1	Clasificación	Tiempo #2	Clasificación	Tiempo #3	Clasificación
Traicionar lo que piensa es horrible	Verbalización explícita de la conciencia preexistente	37:25	0				
	Verbalización explícita de material recién recuperado	“	2	“		“	
	Profundidad de la experiencia del material recién recuperado.	“	3	“		“	
	Sentimiento de importancia del material recién recuperado	“	4	“		“	

Según el primer ítem, no aparece alguna verbalización explícita de la conciencia preexistente de este material, por eso la clasificación es 0. Además, no hay una indagación por parte de la terapeuta. Por lo que no se puede detectar si la paciente tenía o no conciencia anterior de este material verbalizado.

Hay una verbalización específica, pero mínima de la paciente en relación al material recién recuperado, por esto la calificación 2.

S2 37:25: "Sigo sintiéndome mal porque en el momento que lo hice (abortar) yo no pensaba de esa forma, entonces para mí traicionar lo que yo pienso es horrible, horrible"

En este caso se refiere a que previo al aborto tenía la convicción de que si alguien quedaba embarazada se debería hacer responsable y no abortar, *"yo decía si te embarazaste es porque fuiste irresponsable y tení que hacerte cargo"*.

Exhibe una expresión no verbal clara y no interrumpida en relación a la profundidad de su experiencia, por esto puntúa 3. La paciente muestra señales no verbales fuertes acerca del significado personal del material que está siendo consciente (puntuación 4).

Respuesta: Podría ser factible la aparición de una experiencia de material generador de síntomas según el protocolo SCD, aunque no se explicita específicamente la necesidad de culpa para no volver a traicionar lo que piensa.

No se aprecian experiencias de acceso simultáneas, ni experiencia de desconfirmación simultáneas para este problema. Tampoco se observa borrado del síntoma de culpa, ni tampoco del material generador de síntomas. Por lo tanto, no se aplican los protocolos de SCD, ni SCCT.

Problema 2: Ansiedad

En el problema 2, correspondiente a la ansiedad que señala sentir la paciente, no se abordó de manera específica en ningún momento de la terapia, por lo que no se pueden aplicar los protocolos de “Sistema de codificación de desconfirmación” y tampoco hay evidencias de cese del síntoma por lo que no se puede utilizar el protocolo de “Sistema de codificación de cambio transformacional”.

Problema 3: Sentirse juzgada

En el problema 3: “Cuán juzgada me sentí hoy”, tampoco se abordó de manera precisa, por lo que no se puede aplicar el protocolo de “Sistema de codificación de desconfirmación”. Específicamente no se puede identificar un aprendizaje generador del síntoma. Tampoco se puede utilizar “Sistema de codificación de cambio transformacional”, ya que no hay evidencia de cese del síntoma ni esquema generador de síntomas.

Las principales descripciones de este tema la paciente las refiere a sentirse cuestionada en general por la gente que pudo saber que abortó, especialmente lo señala por la familia del pololo que supo de esta situación.

“Es horrible, horrible... es la peor sensación que la gente sepa que aborté”

“Me carga, y me seguirá cargando siempre que se haya enterado tanta gente” “Me da rabia”.

“Ahora me afecta más porque sé que todos saben (familia de pololo) que yo aborté y ellos querían que yo tuviera a la guagua”.

“Pensar que hayan conversado (familia de pololo) a mis espaldas esto me hace sentir mal”.

“Yo no iba a ir a médico para decir me voy a hacer un aborto, me daba vergüenza, no quería que me juzgaran”

La paciente también señala que se siente juzgada porque hizo algo malo en referencia al aborto.

“Es como esa sensación como de penca, como de mala. Como de sentirme mal, como que hice algo malo (por aborto)”

Por otra parte, indica que tiene temor que la gente la juzgue de la misma manera que lo hace ella con los demás.

“Es temor a que la gente me mire y me juzgue como yo lo hago con ellos”

Además, se conecta con la tristeza que le provoca que las demás personas la juzguen sin que la conozcan.

“Me da pena que me juzguen sin conocerme”

Sin embargo, en el transcurso de la psicoterapia no se aprecia una indagación específica relacionada con identificar el esquema de aprendizaje implícito que sostiene el síntoma de sentirse juzgada.

Tampoco hay indicadores de cambio transformacional ni indicios que se consigan resolver los problemas acordados: la culpa por haber abortado, la ansiedad, y el sentirse juzgada.

En el siguiente cuadro en que se registran los promedios de Target Complaints, se puede observar que entre la pre-terapia y la post-terapia no hay una disminución de las variables, incluso hay un pequeño aumento en la variable 1 y 2.

Etapa	Pre-Terapia (Baseline)	Terapia	Post-Terapia (2 semanas post sesión final)
Nº días de cada etapa	15	81	14
Promedio Target complaint 1: ¿Cuánta culpa sentí hoy?	3.3	2	4
Promedio Target complaint 2: ¿Cuánta ansiedad sentí hoy?	3.1	5.3	4
Promedio Target complaint 3:	3	2	3.1

¿Cuán juzgada me sentí hoy?			
-----------------------------	--	--	--

La paciente abandona el proceso luego de la sesión 9. En esta sesión se realiza una técnica (silla caliente) de diálogo con la madre, en la cual la paciente expresa a su madre frustraciones y rabia. Luego de esta sesión, la paciente comenta que ya no puede seguir asistiendo a terapia debido a situaciones académicas y familiares que le impiden que quede con tiempo para poder hacerlo.

DISCUSIÓN

Los resultados obtenidos son coherentes con los reportes anecdóticos informados de reconsolidación terapéutica realizados a través de la Terapia de la Coherencia. Esto es, que en el caso analizado en esta investigación de éxito terapéutico hay indicadores de cambio transformacional luego de los pasos de la metodología de reconsolidación terapéutica también observados en los tres problemas tratados. En el caso que no hay éxito terapéutico, no se observan indicadores de cambio transformacional ni los pasos del PRT (Ecker, 2018, 2020, Ecker et al, 2014).

Estos resultados podrían catalogarse como probables más que obtener una evidencia elevada. Esto se puede deber a que en el modelo de la terapia gestáltica no utiliza explícitamente los pasos del PRT. Esto implica que hay indicadores que no se observan de manera manifiesta en el proceso de psicoterapia y quedan en la incertidumbre porque no se chequean (por ejemplo: verbalización explícita de la consciencia del aprendizaje que sostiene el síntoma, que antes podría haber permanecido inconsciente; y sentimiento de importancia del material recién descubierto).

Además, como la investigación empírica del PRT está recién comenzando, los instrumentos utilizados para la recolección de datos, el “Sistema de Codificación de Desconfirmación” (SCD) (Ecker, 2019a) y el “Sistema de Codificación de Cambio Transformacional” (SCCT) (Ecker, 2019b) son nuevos, por lo que requieren naturales ajustes y su adaptación a la población chilena. De todas maneras, esto se pudo compensar con el consenso de los dos psicoterapeutas jueces (profesor guía e investigador) al evaluar las sesiones de los casos.

En relación al caso de éxito terapéutico, una posible explicación ante la progresiva baja de los puntajes de Target Complaints (Battle, Imber y Hoehn-Saric, 1966) para los tres problemas tratados en el proceso de psicoterapia es que la paciente se haya conectado con su sensación general al puntuar los tres problemas, más que conectarse con los problemas de manera diferenciada, específica, directa y profunda. Por esto, a medida que avanzaba la terapia y obtenía resultados

terapéuticos, los puntajes en general fueron bajando progresivamente. De todas maneras, las bajas más significativas se produjeron durante el transcurso de las primeras sesiones donde se abordaron en profundidad estos temas.

En el caso analizado de éxito terapéutico los resultados obtenidos (cese de síntomas, no reactivación del aprendizaje objetivo, permanencia sin esfuerzo) si se mantienen en el tiempo como cambios duraderos, apoyarían la hipótesis de cambio transformacional y reconsolidación de la memoria (Ecker, 2018, 2020, Ecker et al, 2014). En cambio, si se reactivan los síntomas o los aprendizajes objetivo, o si la paciente requiere hacer esfuerzo para mantener los cambios, aportaría evidencia a la hipótesis de cambio contrarrestante y la teoría de competencia por la recuperación (Miller y Matzel, 2000; Nader, et al., 2000; Miller, Matzel, 2006; Brewin, 2015; Seward y Craske, 2019), que implicaría la necesidad de reforzar los nuevos aprendizajes para mantener los cambios terapéuticos.

Para evaluar exhaustivamente estas opciones, habría que chequear con la paciente con éxito terapéutico la duración a largo plazo de los cambios y evaluar directamente si los síntomas y aprendizajes objetivos se han activado en algún contexto y si para mantener estos cambios necesitó hacer esfuerzos. En el caso de la paciente con éxito terapéutico analizado el resultado de estas hipótesis no se puede zanjar de manera definitiva por la falta de las evaluaciones señaladas, aunque con la información disponible del caso se puede observar un apoyo a la hipótesis de cambio transformacional y reconsolidación de la memoria.

En el caso analizado que no hubo éxito terapéutico, en el proceso de terapia no se chequeó con exhaustividad los síntomas, ni se descubrieron con certeza los aprendizajes objetivos que mantienen los síntomas, por lo que no se realizaron los pasos necesarios para el proceso de reconsolidación terapéutica (Ecker, 2018, 2020). A su vez, no hay indicadores de cambio transformacional, ni logro de los objetivos terapéuticos, ya que ni siquiera fueron definidos en el proceso de terapia.

En el caso de éxito terapéutico de esta investigación, se podrían cumplir al menos los dos primeros pasos del proceso LRNG (Lane, et al., 2015; Lane, 2018): reactivar los viejos recuerdos; y participar en nuevas experiencias emocionales que se

incorporan a estos recuerdos reactivados a través del proceso de reconsolidación. En este caso no hay antecedentes suficientes para observar el trabajo con el paso tres (reforzar la estructura de la memoria integrada mediante la práctica de una nueva forma de comportarse y experimentar el mundo en una variedad de contextos). De todas maneras, el modelo LRNG podría ser factible como explicación del mecanismo de cambio utilizado para este caso de éxito terapéutico.

En el marco del PRT, la excitación emocional promovida por el modelo LRNG se podría entender como una técnica, más que como un paso imprescindible del PRT, que requiere un cambio de la memoria semántica como clave para producir un cambio transformacional (Ecker, 2018, 2020).

Otra forma de comprender el modelo LRNG es que al entender a la emoción como el significado que una persona le puede dar a un evento (Feldman Barret, 2018), trabajar con las emociones podría implicar cambiar los significados. En este sentido, se tendría que utilizar una emoción precisa para provocar el error de predicción necesario para que se gatille el proceso de reconsolidación de la memoria.

El modelo de aprendizaje inhibitorio (Seward y Craske, 2019) podría ser factible como hipótesis alternativa de explicación de cambio terapéutico, incluida la estrategia de violación de expectativa, en el primer problema de caso de éxito terapéutico de este estudio. En el primer problema analizado, la paciente tiene una expectativa de rechazo desencadenada por el evento de buscar a su hija que dio en adopción. Además, tiene la expectativa de no poder tolerar el dolor si su hija por el evento de rechazo de su hija. A su vez desarrolla el aprendizaje competitivo respectivamente de: hablar con su hija y no obtener rechazo; y sentirse empoderada y capaz de tolerar el posible rechazo de su hija.

Utilizar la estrategia de violación de expectativas dentro del modelo de aprendizaje inhibitorio podría cumplir la función de experiencia de desajuste necesaria para iniciar el proceso de reconsolidación de la memoria y al continuar con el contra-aprendizaje se produciría el borrado del aprendizaje objetivo, en vez de iniciar el proceso de extinción tradicional, que se produciría si se inicia el contra-aprendizaje sin que se produzca la experiencia de desajuste, creando un nuevo aprendizaje

competitivo (Ecker, 2015). En el primer problema analizado de la paciente con éxito terapéutico, podría haber ocurrido tanto un aprendizaje alternativo que podría haber cumplido la función de desajuste (error de predicción) e iniciar el proceso de reconsolidación de la memoria, como no haber servido como desajuste el aprendizaje alternativo y por lo tanto gatillar el proceso de extinción. No hay información suficiente en los antecedentes del caso para dilucidar de forma clara y definitiva estas opciones, aunque ambas podrían ser factibles.

El modelo de experiencia correctiva en psicoterapia (Goldfried, 1980; Castonguay y Hill, 2012) consiste en propiciar una desconfirmación de las expectativas conscientes o inconscientes de un paciente, provenientes de alguna situación traumática, conflictiva o temida, lo que produciría un cambio emocional, interpersonal, cognitivo o de comportamiento. También puede considerarse este modelo de EC como hipótesis factible de los resultados terapéuticos en el caso de la paciente con éxito terapéutico, ya que se produciría la desconfirmación en los tres problemas tratados en el proceso de psicoterapia.

El PRT aporta al modelo EC que la desconfirmación, que es el ingrediente crucial para el cambio de transformación, requiere condiciones específicas para la implementación clínica. Esto es, que en la desconfirmación el cliente tenga la experiencia nueva e inesperada al mismo tiempo que experimenta la antigua expectativa o atribución de significado y debe contradecir ese aprendizaje emocional con una alta especificidad (Ecker, 2018). En el caso de la paciente con éxito terapéutico en el problema 3, el aprendizaje objetivo de que la madre no le da cariño, se contrasta con una alta especificidad con otro aprendizaje experiencial en que la madre le entrega cariño, lo que permitiría la desconfirmación, facilita el contra-aprendizaje que produciría un cambio transformacional.

CONCLUSIONES

Luego de analizar los casos de esta investigación se puede concluir que la relación entre los indicadores de cambio transformacional y los pasos de reconsolidación terapéutica B, 1, 2 y 3 se pueden apreciar en el caso analizado que presenta indicadores de éxito terapéutico, pero no en el caso que hay fracaso terapéutico.

Específicamente, en el caso que presenta éxito terapéutico se observan indicadores de desaparición tanto de síntomas como de los esquemas que sostienen los síntomas en los tres problemas analizados. A su vez se evalúa como probable que estos indicadores de cambio transformacional están precedidos de los pasos del proceso de reconsolidación terapéutica B, 1, 2 y 3.

Sin embargo, la evidencia observada no es fuerte, ya que no se usa preguntar o confirmar explícitamente todos los pasos del proceso de reconsolidación terapéutica en la terapia gestáltica utilizada en esta investigación (y probablemente en ningún modelo terapéutico que no sea Terapia de la Coherencia que se basa en el PRT) quedando mucha información en la incertidumbre. Se pueden realizar hipótesis y trabajar con grados de probabilidad, pero en muchos casos es posible que no exista la seguridad en todos los ítems de los protocolos utilizados por la metodología de la reconsolidación terapéutica. Por lo tanto, los resultados podrían quedar en la categoría de factibles, pero no serían contundentes.

En tanto, para el caso que no tiene señales de éxito terapéutico, no se presentaron indicadores de desaparición de síntomas, ni de los esquemas que sostienen los síntomas. En el proceso de psicoterapia tampoco se utilizaron los pasos del proceso de reconsolidación terapéutica para trabajar con los síntomas.

En el análisis de los casos de psicoterapia de este estudio (y probablemente en muchos otros casos) no se puede distinguir categóricamente si se produjo el proceso de reconsolidación de la memoria o si se produjo el proceso de competencia por recuperación. En otras palabras, no hay evidencia contundente si se produjeron cambios transformacionales o se produjeron cambios

contrarrestantes. Esto debido a que no se chequeó en detalle en el proceso de psicoterapia si la no aparición de los síntomas y los esquemas que sostienen los síntomas se dieron en todos los contextos ni a través de todas las señales que comúnmente los gatillaban, más bien se realizó un chequeo general. Tampoco se chequearon los síntomas y esquemas que sostienen los síntomas de manera directa para evaluar si aún existían y aclarar si la no expresión de síntomas se podría explicar mejor debido a que el aprendizaje competitivo está teniendo más fuerza o si es más probable que se haya producido un borrado del aprendizaje objetivo.

En el mismo sentido, en esta investigación no hay evidencia fuerte para respaldar si se produjo desajuste y desestabilización de la memoria objetivo generando un proceso de reconsolidación de la memoria o si no existió el error de predicción necesario y en cambio la posible no violación de expectativas necesarias del aprendizaje objetivo dio como resultado que se formara un aprendizaje alternativo de cambio contrarrestante que compite con el aprendizaje objetivo.

Por lo tanto, si en los procesos de análisis de psicoterapia se quiere obtener mayor evidencia acerca del proceso de reconsolidación terapéutica y a su vez de cambio transformacional, en comparación con el modelo alternativo del proceso de competencia por recuperación y a su vez de cambio contrarrestante, sería necesario que se utilicen indicadores precisos y distintivos que puedan dar cuenta de manera clara y rotunda cuál de los dos procesos se gatillan en los procesos de psicoterapia analizados. De lo contrario, si se realizan evaluaciones muy genéricas (por falta de exploración explícita y precisa), la mayoría de las veces puede que persista la duda razonable acerca de cuál de los dos procesos se activó.

Los modelos clínicos alternativos y relacionados con el PRT revisados en esta investigación: EC, LRNG y aprendizaje inhibitorio, podrían resultar modelos factibles para explicar al menos algunos de los resultados obtenidos. Por lo que, para futuras investigaciones, sería recomendable tener herramientas e indicadores precisos para diferenciar estos modelos y evaluar cuál acumula mayor evidencia.

Se requiere investigación rigurosa para saber si la estrategia de violación de expectativas en el modelo de aprendizaje inhibitorio podría cumplir la función de

desajuste en el modelo de reconsolidación de la memoria y saber qué requisitos serían los necesarios para esto. Un foco específico de estudio podría ser si se necesita que la violación de expectativas sea una experiencia integrada y consciente para cumplir la función de desajuste.

Otras preguntas de interés que se pueden evaluar en futuras investigaciones empíricas de psicoterapia relacionadas al proceso de reconsolidación terapéutica y cambio transformacional son: ¿La fuerza y la duración de la memoria influye en su posible reconsolidación? ¿Es posible que el proceso de reconsolidación de la memoria se pueda dar en todas las memorias que producen síntomas? ¿Siempre hay un aprendizaje implícito que sostiene un síntoma? ¿Influye si se utiliza el PRT con el significado relacionado con un evento único versus el significado que surge luego de muchos eventos? ¿Existirá una verdad emocional precisa para cada síntoma o pueden existir muchas posibles con el único criterio que le hagan sentido al paciente? ¿Siempre es ético eliminar los aprendizajes emocionales para borrar los síntomas? ¿Existirán esquemas sostenedores de síntomas que en la actualidad sigan siendo funcionales, aunque provoquen malestar? ¿Puede ser mejor en ocasiones dar más alternativas de acción a algún aprendizaje objetivo para responder de manera más adaptativa y no borrarlo?

La proyección para futuras investigaciones en esta primera etapa de estudios empíricos de procesos de psicoterapia referidos a la relación entre PRT y cambio transformacional, sería utilizar modelos de psicoterapia que chequeen de manera explícita los pasos del PRT, ya sea porque es un componente inherente del modelo (Terapia de la Coherencia) o como un agregado a otros modelos terapéuticos que se puedan utilizar. Esto permitiría evaluar de manera explícita y precisa los indicadores de los pasos del PRT y el cambio transformacional, para así aumentar el nivel de certeza en los resultados. Luego de incrementar el conocimiento a través de los primeros estudios, se podría dar el siguiente paso de evaluar procesos de psicoterapia que no utilicen el PRT de manera expresa y evaluar con más certeza si aumenta o no la evidencia de esta meta-metodología.

Otro foco importante que podrían utilizar las investigaciones futuras es la utilidad clínica de los modelos de terapia relacionados con la reconsolidación de la memoria, que puedan aportar a los terapeutas las metodologías y herramientas necesarias para facilitar cambios efectivos y duraderos.

La búsqueda para encontrar un mecanismo empíricamente validado que explique por qué y cómo se producen los cambios en psicoterapia se puede considerar que está en marcha, teniendo como una alternativa factible al PRT, aunque para avanzar en este camino se necesitan muchas más investigaciones exhaustivas al respecto.

En definitiva, se requieren aumentar los estudios empíricos rigurosos para evaluar la relación entre el proceso de reconsolidación terapéutica y el cambio transformacional. En estos estudios es necesario que se chequeen los pasos del PRT con precisión y se diferencien cuáles serían los indicadores que respaldan este modelo y el cambio transformacional, y a su vez cuáles respaldarían explicaciones alternativas como el proceso de competencia por la recuperación y el cambio contrarrestante.

BIBLIOGRAFÍA

- Alexander, F., y French, T. M. (1946). *Psychoanalytic therapy: Principles and application*. New York, NY: Ronald Press.
- Battle, C. C., Imber, S. D., y Hoehn-Saric, R. (1966). Target complaints as criteria of improvement. *American Journal of Psychotherapy*, 20(1), 184–192.
- Beck, A.T., Steer, R.A., & Brown, G.K. (1996). *Manual for the Beck Depression Inventory-II*. San Antonio, TX: Psychological Corporation.
- Brewin, C. R. (2015). Reconsolidation versus retrieval competition: Rival hypotheses to explain memory change in psychotherapy. *Behavioral and Brain Sciences*. 38. doi:10.1017/s0140525x14000144
- Castonguay, L. G., & Hill, C. E. (Eds.) (2012). *Transformation in psychotherapy: Corrective experiences across cognitive behavioral, humanistic, and psychodynamic approaches*. Washington DC: American Psychological Association.
- Dillon, A., Timulak, L., y Greenberg, L. (2016). Transforming core emotional pain in a course of emotion-focused therapy for depression: A case study, *Psychotherapy Research*, DOI: 10.1080/10503307.2016.1233364
- 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), 1-93. doi:10.12744/ijnpt.2018.0001-0092

- Ecker, B. (2019a). *Sistema de Codificación de Desconfirmación (SCD)*. Documento no publicado.
- Ecker, B. (2019b). *Sistema de Codificación de Cambio Transformacional (TCCS)*. Documento no publicado.
- Ecker, B. (2020)., Erasing Problematic Emotional Learnings. En Lane, R., y Nadel, L. (Ed.), *Neuroscience of enduring change: implications for psychotherapy* (pp. 273-299). New York, USA: Oxford University Press.
- Ecker, B., y Bridges, S. K. (2020). How the Science of Memory Reconsolidation Advances the Effectiveness and Unification of Psychotherapy. *Clinical Social Work Journal*. 48, 287–300. <https://doi.org/10.1007/s10615-020-00754-z>
- Ecker, B., y Hulley, L. (2017). *Coherence Therapy practice manual and training guide*. Oakland, CA: Coherence Psychology Institute.
- Ecker, B., Hulley, L., Tivic, R. (2012). *Unlocking the emotional brain*. Nueva York, Estados Unidos: Routledge.
- Ecker, B., Hulley, L., Tivic, R. (2014). *La Reconsolidación de la memoria*. Barcelona, España: Ediciones Octaedro.
- Ecker, B., y Toomey, B. (2008). Depotentiation of symptom-producing implicit memory in coherence therapy. *Journal of Constructivist Psychology*, 21, 87–150. doi:10.1080/10720530701853685
- Elliot, R. (1999). Client Change Interview Protocol. *Network for Research on Experiential Psychotherapies website*:
<http://experientialresearchers.org/instruments/elliott/changei.html>
- Elsley, J. W. B., & Kindt, M. (2017). Tackling maladaptive memories through reconsolidation: From neural to clinical science. *Neurobiology of Learning & Memory*, 142A, 108–117. doi:10.1016/j.nlm.2017.03.007
- Elsley, J. W. B., Van Ast, V. A., y Kindt, M. (2018). Human memory reconsolidation: A guiding framework and critical review of the evidence. *Psychological Bulletin*. 144(8), 797-848. Recuperado de: <https://psycnet.apa.org/buy/2018-24701-001>

- Hernández, R., Fernández, C., Baptista, M. (2014). *Metodología de la investigación*. México D. F., México: McGraw Hill.
- Feixas, G., y Villegas, M. (1990). *Constructivismo y psicoterapia*. Bilbao, España: Desclee de Brouwer.
- Feldman Barret, Lisa (2018). *La vida secreta del cerebro*. Barcelona, España: Paidós.
- Goldfried, M. R. (1980). Toward the delineation of therapeutic change principles. *American Psychologist*, 35, 991–999. Republished as: Goldfried, M. R. (2009). Toward the delineation of therapeutic change principles. *Applied and Preventive Psychology*, 13, 3–11. doi:10.1016/j.appsy.2009.10.015
- Hamilton, M. (1959). The assessment of anxiety states by rating. *Br J Med Psychol* 32: 50-55
- Herrera, P. (2003). *¿Qué es la terapia gestáltica?* Documento no publicado.
- Herrera, P., Mstibovskyi, I., Roubal, J., Brownell, P. (2018). Investigando la terapia gestalt para la ansiedad en dispositivos basados en la práctica: un diseño experimental de caso único. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 27(2), 321-336. Doi: 10.24205/03276716.2018.1066
- 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. doi:10.2147/ PRBM.S10380
- Jasinski, M., Paz, C., Feixas, G. (2016). La terapia de la coherencia: Un enfoque constructivista apoyado por la neurociencia contemporánea. *Acción psicológica*, (13), 131-144. Recuperado de <http://revistas.uned.es/index.php/accionpsicologica/article/view/16137>
- Kazdin, A. (2007). Mediators and mechanisms of change in psychotherapy research. *Annual Review of Clinical Psychology*, 3, 1–27. doi:10.1146/annurev.clinpsy.3.022806.091432

- Lambert, M.; Burlingame, G.; Umphress, V.; Hansen, N.; Verneersch, D.; Clouse, G. (1996). The reliability and validity of the outcome questionnaire. *Clinical Psychology and Psychotherapy* 3, 106-116
- Lasser, K. A., & Greenwald, R. (2015). Progressive counting facilitates memory reconsolidation. *The Neuropsychotherapist*, 10, 30-37. doi:10.12744/tnpt(10)030-037
- Lane, R. (2018). From Reconstruction to Construction: The Power of Corrective Emotional Experiences in Memory Reconsolidation and Enduring Change. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 66(3), 507–516. doi:10.1177/0003065118782198
- 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. doi:10.1017/S0140525X14000041, e1
- Lane, R., (2020). What Is a Memory That It Can Be Changed? En Lane, R., y Nadel, L. (Ed.), *Neuroscience of enduring change: implications for psychotherapy* (pp. 11-24). New York, USA: Oxford University Press.
- Lane, R., Smith, R., Nadel, L. (2020). Neuroscience of Enduring Change and Psychotherapy. En Lane, R., y Nadel, L. (Ed.), *Neuroscience of enduring change: implications for psychotherapy* (pp. 433-468). New York, USA: Oxford University Press.
- Lee, J. L. C., Nader, K., & Schiller, D. (2017). An update on memory reconsolidation updating. *Trends in Cognitive Sciences*, 21(7), 531-545. doi:10.1016/j.tics.2017.04.006
- Miller, R., Matzel, L. (2000). Memory involves far more than 'consolidation'. *Nature Reviews Neuroscience* 1, 214–216. <https://doi.org/10.1038/35044578>

- Miller, R. R., & Matzel, L. D. (2006). Retrieval failure versus memory loss in experimental amnesia: Definitions and processes. *Learning & Memory*, 13(5), 491–497. doi:10.1101/lm.241006
- McNally, S., Timulak, T., Greenberg, L. (2014). Transforming emotion schemes in emotion focused therapy: a case study investigation, *Person-Centered & Experiential Psychotherapies*, 13:2, 128-149, DOI: 10.1080/14779757.2013.871573
- Nader, K., Schafe, G. & LeDoux, J. (2000). The labile nature of consolidation theory. *Nature Reviews Neuroscience*, 1, 216–219. <https://doi.org/10.1038/35044580>
- Nader, K., Hardt, O., & Lanius, R. (2014). Memory as a new therapeutic target. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 15(4), 475–486.
- Seward, A. y Craske, M. (2019). Inhibitory Learning. En Abramowitz, J. y Blakey, S. *Clinical Handbook of Fear and Anxiety*. (pp. 265-285). Washington DC, USA: American Psychological Association.
- Sheehan, DV., Lecrubier, y. (2010). *The mini international neuropsychiatric interview version 6.0* (MINI 6.0) Medical Outcomes System Inc.: Jacksonville, FL.
- Sibson, P. & Tivic, R. (2014). Remembering in order to forget. *Therapy Today*, 25(2), 26–29.
- 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*. Londres, Inglaterra: Routledge.
- Wasserman, T. y Wasserman, L. D. (2020). *Therapy and the Neural Network Model*. Cham, Switzerland: Springer.
- Yontef, G. M. (1995). *Proceso y diálogo en Terapia Gestáltica*. Santiago, Chile: Cuatro Vientos.

ANEXOS

Anexo 1: Sistema de codificación de desconfirmación (SCD)

El sistema de codificación de desconfirmación (SCD) permite detectar eventos particulares en los videos de las sesiones de terapia y evaluar el grado de intensidad o definición 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.

El SCD se compone de 4 partes:

1. Nueva experiencia de acceso

Consiste en un sistema de clasificación de una nueva experiencia de acceso consciente a material sentido afectiva y / o somáticamente que anteriormente se encontraba fuera de la conciencia y que contribuye directamente a la producción de síntomas, como creencias, expectativas, significados, etc.

Este sistema de clasificación contiene los siguientes ítems:

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

0	1	2	3	4
No verbalización	Vaga, breve verbalización	Específica, pero mínima	Específica básica	Visión específica, diferenciada y convincente

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. La verbalización explícita del cliente del material recién recuperado.

0	1	2	3	4
No verbalización	Vaga, breve verbalización	Específica, pero mínima	Específica básica	Específica sobre cómo es necesario el síntoma.

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

1 = Experiencia sólo verbal, sin congruencia con lo no verbal.

2 = Experiencia interrumpida con lo no verbal (se sale de la vivencia; se mezcla con otra; conflicto de partes).

3 = Expresión no verbal clara y no interrumpida (con o sin explicitar verbalmente lo que está viviendo).

4. Sentimiento de importancia del material recién recuperado.

0	1	2	3	4
No hay indicación	Indicación más baja	Leve, breve indicación	Indicación leve, pero sostenida	Indicación fuerte es aparente

2. Experiencia de acceso simultáneo

Consiste en un sistema de clasificación de experiencia directa y sentida y conocimiento del material específico que se tomó conciencia en el curso de la terapia y es un factor determinante de la producción de síntomas, que ahora se produce al mismo tiempo que una experiencia de desconfirmación.

Los elementos a calificar son los mismos que en la tabla de clasificación detallada anteriormente para nuevas experiencias de acceso, por lo que se utilizan las mismas escalas de calificación:

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

0	1	2	3	4
No verbalización	Vaga, breve verbalización	Específica, pero mínima	Específica básica	Visión específica, diferenciada y convincente

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. La verbalización explícita del cliente del material recién recuperado.

0	1	2	3	4
No verbalización	Vaga, breve verbalización	Específica, pero mínima	Específica básica	Específica sobre cómo es necesario el síntoma.

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

1 = Experiencia sólo verbal, sin congruencia con lo no verbal.

2 = Experiencia interrumpida con lo no verbal (se sale de la vivencia; se mezcla con otra; conflicto de partes).

3 = Expresión no verbal clara y no interrumpida (con o sin explicitar verbalmente lo que está viviendo).

4. Sentimiento de importancia del material recién recuperado.

0	1	2	3	4
No hay indicación	Indicación más baja	Leve, breve indicación	Indicación leve, pero sostenida	Indicación fuerte es aparente

3. Experiencia de desconfirmación simultánea

Consiste en un sistema de clasificación de 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:

1. Definición 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	Definido	Definido 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.

2. La verbalización explícita del conocimiento contradictorio por parte del cliente

0	1	2	3	4
Ninguna	Vaga, breve verbalización	Específica, mínimo	Específica, básico	Específica, minucioso

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. La profundidad subjetiva de la experiencia yuxtaposición del cliente, ya sea que la calidad 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 calidad del sentido	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.

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

0	1	2	3	4
Ninguno	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 en un sistema de clasificación de una repetición de una experiencia de desconfirmación simultánea más adelante en la misma sesión.

Este sistema de clasificación contiene los siguientes ítems:

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

0	1	2	3	4
No verbalización	Vaga, breve verbalización	Breve, pero específica	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.

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

0	1	2	3	4
Vago, momentáneo	Momentáneo con mínima especificidad	Específico, breve	Específico, ampliado	Específico 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 señal de calidad sentida	Pobre	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 2: Sistema de codificación de cambio transformacional (SCCT)

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

Y	N	?
Sí	No	No sé

2. La *definición* 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: por ejemplo, el cliente dice: "Oh, claro, esta vez no me enojé con él como siempre lo he hecho. "

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: por ejemplo, el cliente dice: "Más tarde me di cuenta de que no me enojé con él esta vez como siempre lo hago cuando lo hace, y pensé: 'Hola, eso es un buen progreso'".

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”.

3. Sin esfuerzo de la no ocurrencia de los síntomas.

0	1	2	3	4
Falso	Poco claro	Posible	Probable	Definido

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

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

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

0	1	2	3	4
No sé	1 año o menos	15 años	Desde la adolescencia	Desde la infancia

6. ¿Ausente de dónde o cuándo ocurrió anteriormente?

Y	N	?
Sí	No	No sé

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:

1. La *definición* 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: por ejemplo, el cliente dice: "Oh, claro, esta vez no lo vi [o me *sentí* así] como siempre lo he hecho".

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: por ejemplo, el cliente dice: "Más tarde me di cuenta de que no me ponía raro [o no esperaba ser criticado] como siempre lo he hecho antes, y pensé: 'Hey, eso es un buen progreso'. "

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. Esfuerzo de no reactivación del esquema.

0	1	2	3	4
Falso	Poco claro	Posible	Probable	Definido

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

3. Intensidad del esquema antes de la desaparición.

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

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

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

0	1	2	3	4
No sé	1 año o menos	15 años	Desde la adolescencia	Desde la infancia

3. Persistencia de desaparición de un síntoma

Este sistema de clasificación contiene los siguientes ítems:

1. ¿Es esta otra no ocurrencia o una repetición de un síntoma?

no	re
no ocurrencia	reaparición

2. La definición del cliente sobre la no ocurrencia continua o la reaparición de los síntomas (ya sea expresada 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

Para otra no ocurrencia:

1 = Exiguo: Por ejemplo, el cliente dice, "Oh, supongo que tienes razón - volvió a suceder que yo no me vuelvo loco en esa situación."

2 = Leve: Por ejemplo, el cliente dice: "Oh, tienes toda la razón al respecto: no me enojé en esa situación como siempre lo he hecho".

3 = Firme: por ejemplo, el cliente dice: "Después me di cuenta de que una vez más no me enojé en esa situación como siempre lo he hecho, y pensé: 'Oye, eso es un buen progreso'".

4 = Fuerte: por ejemplo, el cliente dice: "Estaba realmente consciente de que una vez más no me estaba enojando como siempre, y en cambio me sentí triste de que no pudiéramos conectarnos con estas cosas, pero también yo sentí, '¡Guau, soy capaz de cambiar!' Me sentí realmente bien por eso".

Para una reaparición:

1 = Pobre: por ejemplo, el cliente dice: "Oh, supongo que tienes razón, me enojé de nuevo en esa situación".

2 = Leve: Por ejemplo, el cliente dice: "Sí, tienes razón, me enojé de nuevo en esa situación como siempre lo he hecho".

3 = Firme: por ejemplo, el cliente dice: "Después me di cuenta de que me enojé de nuevo en esa situación y me pregunté si podría cambiar esa reacción".

4 = Fuerte: por ejemplo, el cliente dice: "Incluso cuando me estaba enojando de nuevo en esa situación, estaba pensando" ¡Maldición! ¿Qué pasa si no puedo manejar esto?

3. Esfuerzo de la no aparición de síntomas.

0	1	2	3	4
Falso	Poco claro	Posible	Probable	Definido

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

4. Intensidad de reaparición del síntoma.

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

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

5. ¿El mismo o diferente contexto que la primera no ocurrencia? (Por ejemplo, si la no ocurrencia inicial fue en el lugar de trabajo, ¿fue esta no ocurrencia o reaparición también en el lugar de trabajo?)

Mismo	Dif	?
Mismo	Diferente	No sé

4. Persistencia de desaparición del esquema

Este sistema de clasificación contiene los siguientes ítems:

1. ¿Es esta otra no reactivación o una reactivación de un esquema?

no	re
no reactivación	reactivación

2. La definición del cliente sobre la no reactivación continua o la reactivación de un esquema (ya sea expresado 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

Para otra no reactivación:

1 = Pobre: por ejemplo, el cliente dice: "Oh, supongo que tienes razón, no me activé de nuevo en esa situación".

2 = Leve: por ejemplo, el cliente dice: "Oh, tienes toda la razón al respecto: no me activé en esa situación como siempre lo he hecho".

3 = Firme: por ejemplo, el cliente dice: "Después me di cuenta de que una vez más no me activaba en esa situación como siempre lo he hecho, y pensé: 'Oye, eso es un buen progreso'".

4 = Fuerte: por ejemplo, el cliente dice: "Estaba realmente consciente de que una vez más no me estaba activando como siempre lo he hecho, y en cambio me sentía un poco triste porque somos tan diferentes como lo somos, pero yo También sentí, '¡Guau, soy capaz de cambiar!' Me sentí realmente bien por eso "".

Para una reactivación:

0 = No aplicable para esta calificación. No ingrese 0.

1 = Pobre: por ejemplo, el cliente dice: "Oh, supongo que tienes razón, me volví a activar en esa situación".

2 = Leve: por ejemplo, el cliente dice: "Oh, sí, tienes razón, me activé de nuevo en esa situación como siempre lo he hecho".

3 = Firme: por ejemplo, el cliente dice: "Después me di cuenta de que me activaron nuevamente en esa situación, y me pregunté si podría cambiar esa reacción".

4 = Fuerte: por ejemplo, el cliente dice: "Incluso cuando estaba siendo activado nuevamente en esa situación, estaba pensando" ¡Maldición! ¿Qué pasa si no puedo manejar esto?

3. Esfuerzo de no reactivación del esquema.

0	1	2	3	4
Falso	Poco claro	Posible	Probable	Definido

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

4. Intensidad de reactivación del esquema.

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

Estas clasificaciones utilizan la Escala de unidades subjetivas de angustia (SUDS), 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

5. ¿El mismo o diferente contexto que la primera no reactivación del esquema? (Por ejemplo, si la no reactivación inicial fue en el lugar de trabajo, ¿fue esta no reactivación o reactivación también en el lugar de trabajo?)

Mismo	Dif	?
Mismo	Diferente	No sé

Anexo 3: Transcripciones de sesiones de psicoterapia caso 1

Problema 1: Dolor por no estar con hija que dio en adopción

Sesión 01

0:44 J: “Tengo mucho dolor en mi corazón por mi hija. Me gustaría que estuviera conmigo igual que mis otros hijos. Siempre pienso en ella”.

1:25 J: “Que ese es mi dolor más grande que tengo de no tener a mi hija, poder verla, poder tocarla, hace muchos años que no sé nada de ella”.

1:54 J: “Tengo miedo de ir y que me rechace”.

2:05 J: “Más voy a sufrir si me rechaza”.

2:10 J: “Es el dolor más grande que tengo yo de no tener a mi hija al lado”.

3:04 T: “Ese dolor en particular toda la semana ha estado muy presente (dolor de no tener a su hija que dio en adopción).

3:08 J: “Y siempre, siempre va a estar”.

28:34 J: “Siento mucho dolor”.

28:53 J: “Es un dolor muy grande”.

29:20 T: “¿Dónde sientes ese dolor?”

29:23 J: “En mi corazón. En mi pecho”.

29:36 J: “Sensación que me aprieta el pecho y que el corazón se me va a reventar”.

30:20 J: “Corazón te sientes así porque tienes mucho dolor, mucha pena, mucha angustia”

30:42 J: “Me gustaría sacar esta pena, este dolor, esta angustia de dentro de mí”.

30:59 J: “Siempre en mi corazón hay pena”.

31:26 J: “Corazón, yo siento mucho dolor, mucha pena, mucha angustia, porque no tengo una hija a mi lado... La entregué en adopción... Y a ella no la conozco, no la he visto más, por eso tengo esa angustia y ese dolor en mi corazón”.

32:07 “Cuando yo la encuentre, tú ya no vas a sufrir más corazón, no vas a estar más angustiado, no tendrás más pena”.

32:19 T: “Antes de encontrarla, antes de hablar con ella, trata de sentir con tu corazón de tratar de buscar algo para hacer antes, para ir aliviando este dolor. Trata de escucharlo, qué crees tú que él te pueda decir”.

32:43 J: "Él me está diciendo que la busque, que la busque y que hable con ella".

32:55 T: "Qué le dices a tu corazón, qué le respondes".

32:59 J: "Tengo miedo corazón de buscarla, tengo miedo que me rechace, por eso no quiero buscarla, me da miedo".

33:16 T: "¿Qué te responde tu corazón?"

33:19 J: "Que lo haga, que la busque, y que sea fuerte para lo que venga".

33:33 T: "¿Qué le va a pasar al corazón si ella te rechaza?"

33:39 J: "Va a llorar mucho mi corazón, el corazón se va a angustiar más"

33:53 T: "¿Qué más le puede pasar?... "Le puede pasar algo más o él es fuerte y te va a acompañar en este dolor".

34:14 J: "Yo pienso que me va a acompañar mi corazón. Tantos años que lo he tenido llorando, sufriendo, él va a seguir conmigo".

34:43 T: "¿Qué más sientes que te dice tu corazón?"

34:46 J: Suspiro. "Que sea fuerte".

35:02 T "Y ¿sientes que puedes serlo?"

35:13 J: "Trataré de ser fuerte, de seguir siendo fuerte como he podido serlo hasta ahora".

35:29 T: "¿Qué va a pasar con tu corazón si K a lo mejor comprende lo que tú hiciste?"

35:44 J: "Si llegara a pasar eso de que K me comprenda y se allegara al lado mío se pondría contento mi corazón. Mi corazón sería feliz. No se angustiaría más. No lloraría más. Se pondría feliz".

36:11 T: "¿Hay algo que tú sientas que deban trabajar juntos con el corazón?"

36:36 "Eh, sí. Es sacar la pena que tengo adentro".

36:44 T: "Y ¿cómo crees tú que se puede sacar la pena?, sin tener que ver a K, sin tener que contactarla."

37:07 J: "Mi corazón se sanaría buscando a la K".

37:11 T: "Esa cree tú que es la solución".

37:14 J: "Sí".

37:24 T: "Muy bien, entonces ahora quiero que llegues a un acuerdo con tu corazón. ¿Qué van a hacer ahora con este dolor? ¿Van a esperar un tiempo? ¿Van a trabajar

para lograr ese objetivo en un tiempo más? ¿Se van a seguir acompañando no sabes hasta cuándo?”

38:01 J: Suspiro. “Que me acompañe mi corazón hasta que yo busque a K. Que me aguante con la penita, con el dolor, hasta que la busque a ella. Al tiro no, ni mañana, pero lo tengo que hacer.”

38:33 T: “Ya. Quédate con tu corazón... Ahora piensa en K y explícale el acuerdo que llegaste con tu corazón.”

39:17 J: “K, mi corazón sufre mucho, se aflige mucho, porque te tengo que buscar, tenemos que conversar, explicarte muchas cosas. De que tú no te vengas conmigo, sino que tengamos un contacto para que mi pobre corazón no sufra más”.

40:29 J: “K me despido de ti, que algún día vamos a estar juntas, que vamos a tener contacto porque mi corazón ya no da más, porque yo he sufrido mucho, yo con mi corazón hemos llorado mucho y quiero que nos encontremos”.

Respiraciones profundas.

41:41 T: “¿De qué te das cuenta?”

41:48 J: “De que puedo hacerlo, puedo buscarla, que para que yo deje de sufrir tengo que buscarla, tenemos que conversar, que no lo hice de mala entregársela a ellos, yo no quería que tuviera mala vida, no quería que siguiera durmiendo bajo un camión conmigo y que ella me entienda que no lo hice por mala, que no lo hice porque no la quería tener conmigo, no podía.”

42:51 T: “Vamos a ir trabajando en esta búsqueda. En las siguientes sesiones ir emocionalmente preparándote para el momento en que busque a tu hija”.

Paciente: Sonríe.

43:24 T: “¿Cómo te quedas?”

43:26 “Más tranquila. Más tranquila porque me voy con la ilusión de que conversé con ella, que ella está tranquila y ahora no tengo miedo de buscarla (lágrimas) Yo sé que vamos a conversar, vamos a conversar tranquilas.”

Sesión 02

0:09 T: “¿Cómo está?”

0:11 J: “Mejor, más tranquila”.

1:29 T: “Cuéntame cómo has andado en la semana”

1:33 J: “Más tranquila. Ya no pienso tanto en relación a la K. Siempre pensaba qué me iba a decir si ya la busco. Ya me he olvidado de eso, ya ando más tranquila. Tengo fe que me va a ir bien cuando converse con ella”.

Problema 2: Frustración por su rol de madre

Sesión 01

3:14 J: “Frustración. Yo encuentro que fui mala mamá. Una por haber tenido a las 2 hijas solteras. De no tener el apoyo, entre comillas, de mi familia. A la mayor ellos me la criaron porque yo salí a trabajar. Y yo nunca me he llevado bien con ella, con la mayor MV. Es de carácter súper fuerte. Ella a mí me reta. No sé contestar cuando a mí me reta alguien. Me quedo callada. Nunca respondo, excepto a mis hijos que los reto. Pero que ellos me reten a mí nunca, pero la MV sí, o sea hemos tenido varios encontrones. Es de carácter fuerte, muy fuerte. Y lo otro, me encuentro frustrada por no haber llegado a esta instancia con mi otra hija*”

*No explicita cuál otra hija. Aunque por el contexto se refiere a la hija que dio en adopción.

Sesión 02

29:41 J: (En rol de su hija MV) “Me gustaría volver a estar con mi mamá, más cerca. No rechazarla. No es rechazo, sino que es una distancia que hay entre las 2, pero porque yo quiero tener esa distancia, no sé por qué”.

30:06 T: “Puede ser, me estoy imaginando, es algo que puede que esté equivocada, pero puede ser porque sientes que a lo mejor te sientes juzgada por tu mamá, como que no estás educando bien a tu hija, pasas saliendo. ¿Puede ser eso... que va provocando como la muralla como tú decías?”.

30:29 J: “No sé si será eso porque mi mamá no se mete si salgo o no salgo de repente me reta, pero no siempre. Puede ser por la niña, que me reta, que la grito mucho, que no la dejo, no me gusta que se ensucie y mi mamá se enoja porque no la dejo jugar con barro”.

30:52 T: “Y cómo te hace sentir que tú siendo mamá, que tu tratando de educar a tu hija, se meta en la educación de tu hija, qué te hace sentir eso”.

31:05 J: “Que lo estoy haciendo mal”.

31:08 T: “A ver, háblame un poquito qué sientes tú que como mamá lo has hecho bien”.

31:23 J: “Que cuido a mi hija... le doy todo lo que más puedo a mi hija. Trato de que en el colegio nunca vaya sin sus materiales. Estoy pendiente de ella. Que vaya bien peinadita, ordenadita. Y cuando tiene actividades en el colegio de actos y cosas así siempre estoy pendiente de ella, siempre estoy ahí con ella”.

33:20 T: “Entonces sientes que tú a lo mejor, puede ser, que todos estos años, donde una abuelita no es lo mismo que la mamá, una abuelita es la abuelita. Esta carencia a lo mejor de no vivir la experiencia con la madre, ¿te dificulta esta relación con tu hija?”

33:40 J: “Puede ser, puede ser”.

33:45 T: “Ya. Háblame un poquito más de eso por favor”.

33:52 J: “Eeeh. Me hizo falta mi mamá en el sentido que me dijera hija hace esto, hace esto otro, que lo estás haciendo mal. Que me aññucara, que me hiciera una trenza, unos cachos bonitos para ir al colegio. Eso me hizo falta”.

34:24 T: “Y emocionalmente sientes tú que eso es como algo inconcluso que tú tienes, como algo qué emoción te produce eso”.

34:33 J: “Rabia”.

34:36 T: “Háblame de esa rabia”.

34:39 J: “De que no estuvo conmigo cuando más la necesité. Eh. Aññoré muchas veces que estuviera conmigo en las noches, que me contara cuentos, que estuviera en el colegio conmigo. Que estuviera para la licenciatura de kínder. Eh. Para la licenciatura de octavo. En cosas importante me hizo falta. Porque para la licenciatura de cuarto medio estaba conmigo, estaba mi abuelita y mi mamá”.

35:47 T: “Cuéntame lo que estás sintiendo”.

35:52 J: “Pena, mucha pena” (sollozando).

36:11 T: “Saca esa pena”.

36:14 J: (Llora)...

37:02 T: “De esa rabia, de esa muralla, de esa mujer dura, pasamos al dolor, a la pena, al abandono, de sentirse sola en muchos momentos de la niñez y la adolescencia, donde tú necesitaste a tu mamá. Y ahora que están adultas, que están juntas. Que podrían aprovechar el tiempo, del aquí, del ahora, del presente, aún existe esa barrera. ¿Cómo crees tú que tu mamá puede romper esa barrera? ¿Qué te gustaría que ella dejara de hacer o hacer para romper esa barrera?”

38:01 J: “No sé”.

38:03 T: “Piensa, piensa en lo más profundo de tu corazón. Anda analizando tu vida, lo que me has contado. Piensa qué es lo que te gustaría que ella hiciera o dejara de hacer. A lo mejor que se acercara más, o que no te retara tanto.”

38:24 J: “Sí, que se acercara más a mí”.

38:28 T: “Cómo te gustaría que se acercara. Imagínate que ella te va a ver. ¿Cómo te gustaría que fuera?”.

38:45 J: “Que me abrazara, que me abrazara más porque igual de repente nos abrazamos, pero que me abrazara siempre, que estuviera ahí conmigo, estuviera más conmigo”.

39:00 T: “Son años que te debe, cierto”

39:02 J: “Sí”.

39:03 T: “Son hartos años, hartos abrazos”.

39:08 J: “Y que no me rete tanto”.

39:10 T: “Muy bien. Eso te gustaría”.

39:12 J: “Sí”.

39:13 T: “Y estás poh, estás aquí. Estás con ella, se pueden ver, se pueden abrazar, se pueden añuñucar, se pueden regalar hermosos regalos, de un chocolate, una flor, solo por hacerlo, solo por hacerlo. Y ¿Qué te gustaría hacer con tu mamá?”

39:42 J: “Me gustaría salir con ella sola. Salir, estar sola en una parte, eh, que no hubiera nadie conocido, que estuviéramos las dos, y que nadie nos esté diciendo la J con la V cómo andan... Que estuviéramos de la mano en un río, en la playa... Las dos solas, que no existiera nadie más.”

40:44 T: “¿Cómo te haría sentir si tu mamá te hiciera esa invitación?”

40:50 J: “Bien, porque la tendría para mí no más”.

41:01 J: "Pero, mire, a lo mejor soy egoísta, no sé, pero cuando yo he estado en problemas, he estado enferma, siempre ha estado mi mamá ahí".

41:13 T: "Por eso sigues en contacto con ella, por eso la amas, por eso no la has dejado de amar".

41:18 J: "Sí".

41:19 T: "Si el tema es que cuando están en contacto, de pronto aparece esta muralla".

41:25 J: "Sí".

41:26 T: "La idea es poder romper esa muralla".

41:30 J: "Por eso la idea es estar en una parte que nadie nos conozca".

41:33 T: "Porque amor hay".

41:34 J: "Sí".

43:43 T: "Entonces en este encuentro, de dos personas adultas, donde la mamá le va a hacer cariño a la hija, pero sin juzgar, sin retarla, sino que como persona adulta. Y tú como persona adulta también vas a mirar a tu mamá desde la comprensión, desde el amor. ¿Cómo crees tú que resultaría este encuentro?"

44:08 J: "Bonito. Sería satisfactorio y creo que sanaría muchas cosas que teníamos guardadas".

44:25 T: "Háblame un poquito de esas cosas guardadas. ¿Qué le dirías tú a tu mamá?"

44:32 J: "Que por qué no estuvo cuando estaba chica a mi lado. Que por qué se dedicó a generar plata y no estar conmigo. Que por qué se casó".

45:12 T: "Si tú te fijas V, las primeras preguntas de este encuentro serían reproches, quieres explicaciones, cierto. Desde la rabia, desde el dolor, sí. Pero como persona adulta que vive el presente, considerando que el pasado fue. ¿Qué le dirías?"

45:43 J: "Igual haya pasado lo que haya pasado, igual la quiero y la respeto".

46:02 T: "Si le quisieras decir algo que sane el pasado, qué le dirías. Un poco para dejarla en paz a ella como mamá".

46:26 J: "Que me hizo falta".

46:42 T: "Tú crees que eso la dejaría a ella en paz, la dejaría tranquila".

46:52 J: "Pienso que sí".

46:53 T: “¿Por qué?”

46:58 J: “Porque me hizo falta, me hizo mucha falta”.

47:06 T: “Pero esa falta ella cómo lo tomaría ella. Lo tomaría como un reproche o como que ella era necesaria para ti. No comprendo bien eso”.

47:19 J: “Que fue necesario que estuviera al lado mío”.

47:24 T: “¿Qué crees tú que te diría tu mamá?”

47:32 J: “Que tenía que trabajar para darme mis cosas. Y si no trabajaba como me iba a dar mis cosas”.

48:17 T: “Y con relación a este rol de madre que es lo principal que tú sientes que ella te critica, por la relación con la hija. ¿Qué le dirías a tú mamá?”

48:34 J: “Que no tiene porqué meterse porque ella no tuvo conmigo cuando yo estaba chica y yo sé cómo criar a la niña”.

49:34 T: “¿Con qué sensación te quedas como V?”.

49:38 J: “Más tranquila”.

49:40 T: “¿Qué te hace quedarte tranquila?”

49:46: J: “Que le dije lo que sentía, lo que pensaba, por eso me quedo más tranquila”.

51:05 T: “Ya J. Cuéntame un poquito, ahora ya tú como mamá, de qué te das cuenta, qué es lo que sientes”.

51:20 J: “Que yo le hice mucha falta a V, porque hay edades que uno tiene que estar al lado de su hija, para corregir muchos errores que comete... Ayudarla a hacer tareas, trabajos.”

52:22 T: “De qué te das cuenta ahora. Hay muchos reproches por la falta, pero eso ya no fue. Tuviste en momentos claves con ella, en su embarazo, en su sueño. Eso ya fue. Cómo ahora puedes ir sanando lo que tú sientes que te reprochas”.

53:12 J: “Estar al lado de ella siempre, siempre seguir al lado de ella, aunque ella me ponga alguna traba, bueno siempre voy a estar al lado de ella. Tratar de dialogar más con ella”.

1:00:44 T: “¿De qué forma puedes acercarte a ella?”

1:00:49 J: “Conversando, aconsejándola si es que me escucha”.

1:05:05 T: “En ti, en lo profundo de tu corazón hay un auto reproche, por haberla

dejado sola, por no haberte preocupado, por haberle dado plata más que amor. Eso es un auto reproche tuyo, ya. Y eso te tienes que hacer cargo tú... Te tienes que hacer cargo para sanar eso, es ahora. Ahora entregándole un poco más de tiempo, entregándole un poco más cariño, ahora apoyándola a lo mejor en algo que ella te pida”.

1:05:43 J: “Siempre la apoyo en cosas que me pide”.

1:05:44 T: “Perfecto, entonces ahora tienes que empezar a pensar que el tiempo en que tú no estuviste ya la estás apoyando... ¿Me tengo que seguir sintiendo tan auto reprochándome que no estuve si ahora estuve? ¿Me comprendes?”

1:06:14 J: “Sí”.

1:06:15 T: “Ahora es el momento en que ella necesita un abrazo y un cariño. El pasado ya fue, no lo podemos cambiar, pero puedo hacer que hoy sea distinto, porque ahora la tengo”.

1:06:36 T: “Sí”.

1:08:38 T: “Quiero que me diga, para finalizar, de acuerdo al ejercicio que hiciste, de qué te das cuenta y con qué misión te vas”.

1:08:48 J: “Más tranquila... Ya saqué la rabia o pena que yo no estuve con ella. Ya lo saqué. Entonces ahora lo que me queda es acercarme más a ella, compartir más con ella. Estar en las buenas y malas con ella”.

1:09:50 T: “Es difícil ser mamá”.

1:09:52 J: “Sí”.

1:09:53 T: “A ti te ha tocado duro. Pero tenemos que ir sanando son los reproches que tienes en tu corazón. Te auto reprochas mucho por tu pasado. Tienes que tratar de aprovecharlo ahora en el presente. Ya. Tenemos que ir tratando de sanar ese pasado tan tormentoso que tuviste”.

1:10:18 J: “Sí. Es algo que siempre me acuerdo”. (Con voz llorosa).

1:10:21 T: “Pero, lo tienes que ir sanando a través de qué. Del presente”.

1:10:28 J: “Del presente”.

1:10:30 T: “Cada vez que tú abrases a tu hija, a la V, a cualquiera de tus hijos, es porque vas sanando un vacío del pasado. Cada vez que no juzgues, mira, que no tires la lanza de la flecha, de la crítica. A la chica ahí (señal de mantener controlada

a su hija menor)".

1:11:03 J: "No ella no, donde mis ojos la vean".

1:11:06 T: "Pero a los grandes, a los adultos, de adulto a adulto, me comprendes, de adulto a adulto, es muy importante. ¿Ya?"

1:11:21: J: "Ya".

1:11:22: T: "Ya. ¡Un abrazo!"

Problema 3: Rabia con su madre

Sesión 01

4:30 J: "Y lo otro es mi mamá. También me encuentro frustrada por no ser una buena..., yo me encuentro una mala hija. Por tener, no sé, ser fría con ella, no soy de esas como mi hermana, hermano, que la abraza, no, no me nace. No me nace abrazarla, besarla. Sí para su cumpleaños, día de la mamá, yo le doy un abrazo, pero nada más".

Sesión 04

30:18 J: "Me da miedo tocar el tema de mi mamá. De verdad que me da miedo".

30:24 T: "Hagamos una presentación solamente. No hagamos diálogo. Solo me vas a presentar a tu mamá. ¿Te parece? Te vas a poner en la postura de ella. Cuéntame un poquito la historia no más. Sin indagar. Si tú ves que no te quieres meter en algo porque te va a doler mucho, no lo hagas. ¿Ya? Muéstrame un poquito la historia de ella para poder conocerla. Si necesitas profundizar algo te detienes, profundiza como a ti te nazca. Si te quieres detener algo, te lo saltas, dices esto no. ¿Ya?"

31:03 J: (Asiente con la cabeza).

31:04: T: "Pero un poco para ir trabajando las distintas áreas. A menos que tú quieras trabajar en otra cosa ahora que te haga más ruido".

31:13 J: "No, sí lo de mi mami sí"

31:16 T: "Ok".

Ejercicio en que la paciente está en el rol de su mamá.

46:29 T: "Qué pasó después en la adolescencia".

46:42 J: "Era porfiada. Uno la mandaba a hacer algo, hacía otra cosa. Le gustaba llevar siempre la contraria porque uno le decía algo y ella hacía lo contrario. Mi viejo

le pegó mucho, yo también. Le pegábamos siempre, por lo mismo, porque era muy “contrerita”, muy intrusa. Yo fui mala con ella. Porque yo la castigaba cuando iba al colegio, ella tenía que llegar a hacer las cosas, a hacer la cama, a hacer aseo, lavar y planchar. Y era mentirosa. Porque el hermano, como estudiaban juntos en el mismo curso, la acusaba. Y ella decía que no, que no, que eran mentiras. Y era verdad lo que el hermano decía. Una pura vez se arrancó del colegio. Se fue donde una compañera que estaba enferma y se fue para la casa y no fue al colegio. Y ahí le pegamos, la castigamos. Estuvo todo el resto de tarde acostada, solamente con el pijama y sin comida. Porque esos eran los castigos que yo hacía, si los castigaba no comía. Y después no quiso seguir estudiando. A ver no, no es que no haya querido estudiar. Repitió por floja y nosotros no la dejamos seguir estudiando porque iba a pasar lo mismo, iba a volver a repetir y en la casa me hacía falta. Ahí ella empezó a hacer las cosas en la casa porque estaba más grande. Y después llegó mi primera nieta y ella empezó a criar a la nieta. No sé qué más.

50:27 T: “Quédate ahí. Quédate ahí. Y tú como mamá ¿esperabas algo distinto de ella?, porque esta niña traviesa, intrusa, que se metía a todos lados, andaba a caballo, se comía la comida de los chanchos. Que era una niña alegre cierto, saltarina. Y pasa a una adolescencia, a un cambio súper profundo. Un cambio muy importante ahí. Ya no era la niña traviesa, era la niña porfiada. Ya no era la niña intrusa, era la niña que contradecía todo, cierto. Y además de eso tú cuentas que le pegabas mucho. Y tú hablas de una palabra que dice “yo fui mala con ella”. Háblame de eso a ver. Por qué fuiste mala con ella. Qué es para ti mala. Qué sientes al decir eso.

51:29 J: “Es que era muy porfiada. Me sacaba, como dice ahora, la sacaba de quicio a uno.

51:38: T: “Ok. Entonces qué te daba a ti. Te daba rabia, te daba pena, angustia, donde ella se portaba tan mal. Piensa lo que ella hacía, pero trata de describirme lo que tú sentías.

51:52 J: “Rabia”.

51:54 T: “Háblame de esa rabia”.

51:57 J: “Eh. Rabia, de no sé, de encerrarla, bueno es que lo hice una vez, la

encerré en una pieza oscura, sin comer nada, hasta en la noche la tuve encerrada en una pieza”.

52:19 T: “Qué hizo, que te dio tanta rabia como para poder encerrarla en la pieza”.

52:23 J: “Fue cuando el hermano la acusaba, esa vez cuando no fue al colegio”.

52:38 T: “¿Qué otra cosa?”

52:42 J: “Es que era muy porfiada, muy porfiada, entonces como que me sacó de quicio entonces la encerré en la pieza”.

52:56 T: “Y tú como mamá qué hacías como para que ella pudiera mejorar esos aspectos, hacías algo, o sientes que no podías hacer nada”.

53:17 J: “Conversaba, yo le decía que no se portara más mal, que hiciera las cosas bien, ella me decía, sí, sí, sí, ya bueno mamá”.

53:27 T: “Tú sientes que desde tu rol de mamá intentaste que se fuera por buen camino o que se fuera por su suerte”.

53:38 J: “Eh. La dejé a su suerte. Nunca me senté con ella a conversar, a dialogar como madre e hija. Siempre pórtate bien, hazlo bien, pero nunca conversamos”.

54:02 T: “Y tú tuviste una mamá que conversara contigo y te enseñara más o menos como ser mamá”.

54:10 J: “Eh. No”.

54:15 T: “Piensas tú que, a lo mejor, puede ser que a lo mejor no pudiste con J en ese tiempo porque a ti también a ti también te faltó eso”.

54:29 J: “Puede ser, puede ser. Porque nadie me dijo cuando yo chica, nadie me decía como tenía que ser, siendo que como fui criada entre puros grandes, yo era la única chica, entonces nadie me dijo nada, por lo que yo veía no más”.

1:08:55 T: “Como mamá M, contándome esta historia de tu vida, de qué te das cuenta”.

1:09:05 J: “De que cometí errores con la crianza de mis hijos, por lo menos con la J”

1:09:18 T: “¿Cuáles son los errores?”

1:09:21 J: “De no apoyarla. De no añañucarla. Porque cuando uno está más chica, le gusta que la mamá la añañuque (con tristeza), que le diga que la quiere. Yo eso no lo hice con ella”.

1:09:48 T: “¿Te duele?”

1:09:49 J: "Sí".

1:09:50 T: "¿Se lo has dicho a ella?"

1:09:53 J: "No"

1:09:56 T: "¿Tú piensas que ella lo sabe?"

1:10:01 J: "Yo pienso que se da cuenta".

1:10:03 T: "Que a ti te duele".

1:10:04 J: (Asiente con la cabeza que sí).

1:10:09 T: "¿Qué le dirías?"

1:10:11 J: "Que la quiero mucho".

1:10:18 T: "¿Te gustaría abrazarla?"

1:10:21 J: "Sí". (Sollozando).

1:10:25 T: "Vamos a simbolizar que yo soy J". (Se para y abraza a paciente).

1:10:38 J: "Siempre he esperado esto de mi mamá" (Abrazando a T, sollozando, en la posición de sí misma como hija).

1:11:12 J: (Suspira) "Yo siempre veo a mi mami dando abrazos a mis hermanos. Pero, conmigo no es así. Mi mami es muy fría conmigo. Y yo tampoco me acerco mucho a ella. No me nace. Pero algún día va a llegar ese día.

1:11:55 T: "Ten los ojitos cerrados. Cierra los ojitos. Vamos a cerrar esto, ya. Solo despídete un poquito de J. Dile alguna frase, algo que la deje tranquila a ella".

1:12:20 J: "Hija yo te quiero mucho. Me cuesta acercarme a ti. Pero algún día lo voy a hacer. Te voy a dar un abrazo bien apretado y decirte que te quiero mucho".

1:12:42 T: "Ok. Respira. Más profundo todavía. Muy bien. Mira J, lo que tú acabas de vivir no es nada en relación a tu mamá. Es todo tuyo. Es lo que tú sientes. Es lo que tú piensas. Porque es desde ti. ¿Entiendes? Esa necesidad de abrazo. Esa necesidad... Todo lo que dijiste. Todo lo que tú dijiste es tuyo. ¿Comprendes?"

1:13:49 J: (Asiente con la cabeza).

1:13:50 T: "Como tú te ves. Como tú te sientes. ¿Me captas?"

1:13:59 J: "Sí".

1:14:00 T: "Entonces hay aquí hay hartas cosas que son súper importantes ver. Mira. Tú te sientes que no te sentiste apoyada. Tú sientes que necesitas estos abrazos. Sí. Pero también hay una necesidad tuya de abrazar".

1:14:21 J: (Asiente con la cabeza).

1:14:22 T: “Yo sé que tú dices por ejemplo yo no lo siento, pero te aseguro que tu mamá va a tener la intención de abrazarte y tú como hiciste ahora. Pero a veces esperamos que ellos den el primer paso, después nos vamos a arrepentir y vamos a decir por qué no lo hice.

1:14:50 J: “Yo a veces pienso, o sea, yo sé que mi mamá se va a morir algún día y mi esposo me dice negra, acércate más a tu mamá. Ya le digo, esquivo, esquivo. Trato de que nadie me diga lo que tenga que hacer con mi mamá”.

1:15:13 T: “Porque uno espera que le nazca. Pero cómo te va a nacer si hay tantos años, hay tanto dolor. Cierto. Hay muchas cosas que sanar con ella. Pero a lo mejor no vas a poder lograr que ella te lo diga”.

1:15:34 J: “No, nunca lo va a decir”.

1:15:37 T: “Pero no porque no quiera probablemente, porque estamos imaginándolo porque no sabemos. Es porque a lo mejor tampoco tuvo las herramientas, no tiene las herramientas emocionales como para poder hacerlo contigo porque todos los hijos son distintos”.

1:15:53 J: (Asiente con la cabeza).

1:15:54 T: “Si tú te fijas la relación que ella tuvo con M (hija mayor). Esta niña tranquila, regalona, pacífica. A este terremoto que le salió después (con voz más fuerte, refiriéndose a la paciente J). Lógicamente la relación va a ser distinta no porque prefiera una por sobre la otra, sino porque tú fuiste distinta”.

1:16:17 J: (Asiente con la cabeza).

1:16:18 T: “Desde que naciste fuiste distinta”.

1:16:22 J: “Fui terremoto de chica”.

1:16:24 T: “Pero trata de comprender que no es un tema que la mamá haya elegido. Lo mismo que te pasa a ti con tus hijos. Las relaciones con ellos son distintas, pero no porque tú quieras ¡ah!, con ella voy a ser así porque a ella la quiero más y a ella la quiero menos. Sino que van naciendo en circunstancias distintas, en situaciones emocionales distintas, económicas distintas, en situación ambiental distinta. ¿Me comprende?”

1:16:22 J: (Asiente con la cabeza).

1:16:54 T: "Entonces por lo tanto obviamente las razones son distintas, pero ahora en el presente aquí y ahora somos adultos, ya no somos los mismos niños de ayer".

1:17:08 J: "No, ya estamos adultos, con familia formada".

1:17:10 T: "Entonces el sanarse ya no depende del otro".

1:17:18 J: "De uno".

1:17:20 T: "Es tú proceso terapéutico. Yo soy tú psicóloga, no la de tú mamá, ni la de tu hermana, ni la de tu hermano. El trabajo aquí es tuyo. No importa si ellos siguen guardando rencor. No importa si ellos te perdonaron. No importa si ellos no te dijeron perdóname. No importa. Ellos a nosotros no nos importan. ¿Cierto?"

1:17:46 J: "No".

1:17:47 T: "Aquí lo importante eres tú. Como tú de a poquito, vas limpiando, vas sacando esas espinitas que por años llevas y que te van dando pinchacitos en el corazón".

1:18:08 J: "Sí".

1:18:12 T: "¿Con qué te vas a ir esta semana?"

1:18:16 J: "Más tranquila".

1:18:12 T: "Ya. Alguna tarea. Sientes que quieres hacer alguna tarea independiente con quién sea..."

1:18:32 J: "Conmigo misma. De acercarme más a mi mamá".

1:18:42 T: "Ya, pero esto tiene una condición. ¿Qué condición crees tú que debe tener? ¿Para qué te vas a acercar más a tú mamá? ¿Qué esperas con tú acercarte a tu mamá?"

1:19:21 J: "A lo mejor es esperar ese abrazo que..."

1:19:24 T: "¡Eh! Te fijas que siempre estás esperando algo. No esperes nada. Tienes que hacerlo para ti. Me comprendes. Porque si no te vas a frustrar. Te vas a sentir decepcionada, porque tú esperas siempre algo de los demás, en estos temas emocionales. ¿Me comprendes?"

1:19:48 J: (Asiente).

1:19:48 T: "Entonces yo te pregunto para qué. Y si no te abraza, si no te infla. Y si tú justo en el momento que tú quieres ella pelea contigo. ¿Qué va a pasar? Te vas a devolver y le vas a tirar los dulces de nuevo".

(Risas)

1:20:09 J: "No sé, para estar más cerca de ella".

1:20:11 T: "¡Eso! ¡Eso! Hazlo para ti, para tu corazón, para yo entregarle un abrazo.

¿Me comprendes?"

1:20:26 J: (Asiente con la cabeza).

1:20:27 T: "Yo necesito el contacto, pero el contacto mío hacia ella. Si tengo una de vuelta feliz, pero si no feliz también. ¿Captas?"

1:20:44 J: "Sí" (Asiente con la cabeza).

1:20:45 T: "Entonces, te vas a llevar esa tarea y cuando vuelvas la próxima semana me vas a comentar si lo hice, me costó, no lo hice, lo hice, pero sentí un rechazo, o sentí distancia, sin embargo, ya estaba pensando en una forma distinta.

¿Comprende?"

1:21:08 J: (Asiente con la cabeza).

1:21:09 T: "Ahí vamos a ir reflexionando todo eso, pero todo esto es para ti".

1:24:14 J: "Ya".

1:24:15 T: "Ya. Este es tú espacio. ¿De acuerdo?"

1:24:19 J: "Sí".

124:19 T: "Ya, muy bien. Terminamos entonces la sesión".

Sesión 5

04:34 T: "Resúmeme un poquito con qué te quedaste la vez anterior o de qué te diste cuenta".

04:41 J: "Eh. Es que yo estaba yo estaba muy cerrada y no quería darme cuenta que con algo tan poquito puedo llegar más a la gente. Lo que es la V, mi mami. Que, con el hecho de dar un abrazo, decir te quiero, te amo, llega bien profundo".

Sesión 7

00:52 T: "Cuando nosotros hicimos los targets, te acuerdas, hicimos los 3 problemas principales: el dolor que siento por mi hija de forma constante, por la K; frustración en el rol de madre; y la rabia que siento con mi madre. De esos 3 aspectos qué sientes tú que necesitarías trabajar hoy día".

01:24 J: “Creo que he superado todo ya, los tramos que habíamos puesto ahí. Creo que ya lo he superado porque me, yo misma me siento más tranquila. Más tranquila. Me he allegado más a la V, nos hemos allegado las 2, y con mi mami, por lo menos ya la estoy abrazando, le digo que la quiero, y estoy más pendiente de ella ahora que antes. Antes me daba como lo mismo, ahora no. Ahora mi esposo me dice, me mira y me dice qué te pasa, no nada, es que soy otra (responde ella), Me dice que bueno.

2:25 T: “Entonces háblame un poquito de las sesiones, de los ejercicios que hemos tenido, y quiero que me expliques qué ha sido el darte cuenta tú de los ejercicios que hemos tenido, qué ha sido significativo para ti. Primero trata de recordar el ejercicio, cuéntame un poquito hicimos tal ejercicio en relación a tal cosa y me di cuenta de tal cosa”.

02:53 J: “Ah, ya. Bueno el primer ejercicio fue con respecto a la K, me di cuenta que la K está bien, es una niña profesional, que le han dado mucho cariño, amor, y que está feliz ella, y que yo estoy tranquila por eso. Que algún día nos vamos a encontrar”.

03:29 T: “Muy bien, qué más”.

03:32 J: “Con respecto a mi mamá, que estoy pensando de otra forma. Haya pasado lo que haya pasado ella es mi mamá. A lo mejor lo hizo inconscientemente las cosas que hizo. Ahora que yo soy mamá me doy cuenta de muchas cosas y que me he acercado más a ella. Y yo estoy más tranquila conmigo misma”.

04:09 T: “¿Te acuerdas cómo fue el ejercicio?”

04:12 J: “Eh. De por qué era ella conmigo así. Que por qué fue distinta a todas las demás. Para mí no era mamá, mamá. Era como una señora que me mandaba a hacer las cosas. Y ahora me doy cuenta que a lo mejor... me recuerdo que me portaba, o sea, era porfiada, media rebelde, a lo mejor debido a lo mismo era conmigo así, conmigo con ella. Yo a veces no le hacía caso y me pegaba”.

04:53 T: “En este diálogo tú te pudiste dar cuenta de esas cosas, cierto”.

04:56 J: “Sí”.

04:58 T: “De ponerte en el lugar de ella, de contextualizar también la situación y de darte cuenta también de como tú eras, cierto”.

05:05 J: "Sí".

05:05 T: "Que en el fondo tampoco se trata de que uno lo tome que es la víctima, sino que también uno tiene responsabilidad frente a las situaciones que uno va viviendo también".

05:18 J: "Sí".

05:20 T: "Y que son las circunstancias en el fondo. Son etapas de vida distintas. Las decisiones que nosotros tomamos también van influyendo en todo lo que va pasando en la vida. Que uno comete errores, pero siempre es importante que cada error nos va entregando también un aprendizaje e irlo y superando e irlo mejorando. Ya, ¿Qué más?"

05:45 J: "Que ahora que yo soy mamá me doy cuenta de la reacción de mi mami, porque a veces se me portan medios porfiados mis angelitos y ahí digo yo, yo tengo que haber sido así por eso me castigaban, me pegaban porque yo era porfiada, y era picuda, andaba en partes donde no debiera andar, pero andaba metida yo, si me decían "Doña Juana Tres Cocos". Entonces andaba en cosas en que no debería andar".

06:17 T: "Y puedes verlo ahora más o menos en tus hijos, cierto. Haber hecho ese ejercicio de recordarte como tú eras".

06:27 J: "La P (hija), me lo hace recordar, porque la P es muy igual. Es picuda, quiere saber todo, le gusta andar en cosas que no debe andar. Entonces yo la miro y digo así tengo que haber sido yo. Porque me dicen tíos que me conocieron cuando chica me dice que no te pierde pisada. Parada me dice, picuda me dice. Ella quiere saber todo, ella anda metida en todo, ella todo lo sabe. Me dice si es igual a ti. Ni que fuera hija tuya me dice. No me dice, si la P, no te pierde pisada. Ahí me doy cuenta de todo lo que hice rabiar a mi mamá. Bueno y ella tampoco me hace rabiar mucho, pero es que hace cosas de grande".

Sesión 8

0:55 T: "Situaciones dolorosas en el fondo".

1:01 J: "Que me pegaban mucho. Y me castigaban. Me pasaban castigando".

1:13 T: "Y eso con qué persona en particular tú sientes más dolor de eso".

1:21: J “Eh. Con mi mami. Porque ella era la de los castigos”.

1:28 T: “Cómo está el tema con tu mamá ahora”.

1:30 J: “Mejor. Sí, mejor. Tenemos más comunicación, conversamos más. Me estoy allegando más, paso más con ella”.

1:43 T: “¿Qué le recriminarías a tu mamá actualmente?”

1:49 J: “Que cambiara su modo de ser que es muy fría. Por lo menos conmigo, con los demás no”.

2:01 T: “¿Qué te produce eso a ti?”

2:04 J: “Eh. Ya como que no, no” (gestos señalando que ya no le importara tanto).

2:08 T: “¿No es algo que te complique tanto?”

2:11 J: “No, ahora no”.

10:07 T: “Entonces tenemos el primero problema es cuánto dolor por mi hija K, cierto. Y tú la primera vez pusiste un 10, llegaste con un 10 cierto, que era el dolor máximo. Si hoy tuvieras que decir cuánto dolor, qué nivel pondrías”.

10:24 J: “1”.

10:25 T: “Perfecto. En tema de frustración en el rol de madre, también llegaste con un 10, al máximo. Qué numeración pondrías ahora”.

10:36 J: “Un 1”.

10:38 T: “Y en tema de la rabia con la mamá”.

10:41 J: “También un 1, porque ya lo he superado bastante”.

10:44 T: “Perfecto”.