



FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS Y SOCIALES

CAMBIO EN PSICOTERAPIA

Una perspectiva humanista y constructivista

Autor: Rocío Fernández Henche

Director: Ciro Caro García

Madrid
Abril 2018

ÍNDICE DE LOS CONTENIDOS DEL TRABAJO:

1. Resumen y Abstract. Palabras clave.
2. Introducción al proceso de investigación:
 - 2.1 Principales enfoques de investigación en psicoterapia.
 - 2.2 Investigación basada en los resultados.
 - 2.3 Investigación basada en los procesos.
 - 2.4 Integración de procesos y resultados.
3. *Cambio I y Cambio II*, en términos de “*cambio incremental*” y “*cambio transformacional*”, de acuerdo con la “*Terapia de Coherencia.*”
 - 3.1 Cambio I y Cambio II. Paul Watzlawick.
 - 3.2 Terapia de la Coherencia.
4. Definición de “cambio” en términos de la Terapia Focalizada en la Emoción, y de los Procesos de Ordenación Nuclear (PONS) :
 - 4.1 TFE: Cambio de los esquemas emocionales desadaptativos.
 - 4.2 PONS: Reorganizar los procesos de ordenamiento nuclear.
5. Síntesis sobre cambio humano: “Revoluciones personales” y cambio emocional.
6. Conclusiones
7. Bibliografía.

RESUMEN:

El presente trabajo desarrolla el concepto de cambio humano desde dos perspectivas complementarias; Proceso y resultado. La investigación en psicoterapia, se preguntó por los beneficios que podría tener para los problemas de la salud mental, desarrollando estudios basados en los resultados de diferentes tratamientos. Aunque sin preguntarse por las causas de los mismos, sí consiguió demostrar la efectividad de la psicoterapia como una herramienta útil y beneficiosa en el tratamiento de los trastornos mentales. Por otra parte, los estudios basados en los procesos se preguntan no sólo si es o no útil un tratamiento, sino por qué lo es y cómo se ha generado tal cambio. A través de la revisión de los modelos tradicionales de investigación en psicoterapia frente a los de nueva generación, ponemos énfasis en la necesidad de integrar ambas dimensiones con el fin de generar modelos teóricos de cambio psicoterapéutico. Posteriormente, se revisa el concepto de Cambio humano de acuerdo con las teorías más representativas. La Escuela de Palo Alto, distingue por primera vez Cambio I o de primer orden y Cambio II, de segundo orden. Siendo este último de mayor profundidad. Seguidamente, enlazamos estos dos conceptos con la distinción de Aprendizaje incremental y Aprendizaje Transformacional, de acuerdo con la Teoría de la Reconsolidación de la memoria. Estos autores, consideran que para producir un cambio duradero en el tiempo, es necesario transformar las estructuras de memoria emocional. Para finalizar, revisamos la Terapia Focalizada en la Emoción, junto con las posturas constructivistas que hablan de los Procesamientos de Ordenamiento nuclear (PONS).

Palabras clave: *Investigación en psicoterapia, Procesos y resultados, Cambio I y Cambio II, Reconsolidación de la memoria, Reorganización de los esquemas de emoción, PONS.*

ABSTRACT:

The present work develops the concept of human change from two complementary perspectives; Process and results. Psychotherapy Research, asked about the benefits of it for mental health problems, developing studies based on the results of different treatments. Although without asking about the causes of them, it has been proved its efficacy. Process-based studies ask not only whether or not a treatment is useful, but why it is and how such a change has been generated. Through the revision of traditional models of psychotherapy research compared to the new generation, we emphasize the need to integrate both dimensions in order to generate theoretical models of psychotherapeutic change. Subsequently, the concept of Human Change is reviewed according to the most representative theories. The School of Palo Alto, distinguishes for the first time Change I or of first order and Change II, of second order. Next, we link these two concepts with the distinction of Incremental Learning and Transformational Learning, according to the Theory of Memory Reconsolidation. These authors believe that to produce a lasting change over the time, it is necessary to transform emotional memory structures. Finally, we reviewed the Focused Emotional Therapy, along with the constructivism positions that speaks about the Nuclear Order Processing (PONS).

Key words: *Psychotherapy Research, Process and results, Change I and Change II, Memory Reconsolidation, Reorganization of Emotional Schemata, PONS.*

1. INTRODUCCION AL PROCESO DE INVESTIGACIÓN.

En primer lugar comenzaremos este apartado definiendo lo que se entiende por todo proceso de investigación: “Se trata de un proceso de interrogantes. Es un continuo diálogo entre las ideas y las evidencias, basado en un conjunto de procedimientos o métodos, llevados a cabo de manera sistemática. Las ideas, son la infraestructura que informa de las decisiones y de las interpretaciones que realiza el investigador a lo largo de todo el

proceso. Esta infraestructura conceptual junto con los procedimientos de análisis, -los métodos-, constituyen la metodología. El diálogo entre las ideas y las evidencias se logra a través de los métodos escogidos a la hora de organizar los datos que han sido recogidos en unidades de comparación. Todas las técnicas científicas de investigación pasan por un proceso comparativo” (Georgina Lepper y Nick Ridding, 2006).

Así pues, todo proceso de investigación es un proceso de comparación, comparar unas cosas con otras, observar sus diferencias y obtener conclusiones según los datos obtenidos. Para ello necesitamos dividir y organizar aquello que vamos a comparar. Para un farmacéutico sería, comparar los efectos secundarios del fármaco A con el fármaco B y observar cual es más beneficioso, o el menos perjudicial para la salud. Para el campo que nos concierne, suele interesarnos comparar los comportamientos, las emociones y sentimientos, las cogniciones o las características de personalidad entre varios sujetos, dividiéndolos en grupos de acuerdo a unas características previamente definidas. El ejemplo más común sería, pacientes que presentan sintomatología ansiosa, y pacientes con sintomatología depresiva. Es decir que en todos los casos, necesitamos unidades de comparación, y definir las de acuerdo a sus características.

Toda investigación está guiada por preguntas, comenzando por una pregunta de interés, que se hace a sí mismo el investigador. Dicha pregunta marcará todo el proceso llevado a cabo.

McLeod (2003), describe en profundidad el proceso de investigación en psicoterapia y counselling, y señala que el tema escogido debe responder preguntas y suscitar otras nuevas. De acuerdo con este autor, existen varias estrategias a la hora de seleccionar el tema concreto que queremos investigar. Una de ellas consiste en preguntarse a uno mismo, ¿para quién es esto? ¿A quién va dirigido? Es decir, la audiencia. Podemos dirigir la investigación para nosotros mismos, el propio investigador, otros investigadores, gerentes y legisladores, otros terapeutas, y para el público en general. En función de a quién vaya dirigida la investigación, el diseño será de una manera u otra.

A la hora de escoger la audiencia, es importante tener en cuenta varios factores: en primer lugar, conviene realizar una búsqueda de información sobre los resultados en anteriores investigaciones sobre ese grupo concreto, como por ejemplo la accesibilidad del mismo. En segundo lugar, la elección del tema de investigación lleva un componente de desarrollo personal y profesional y encontrar esa pregunta a la que queremos dar respuesta necesita de un previo análisis personal, que evalúe a qué nivel está implicado el

investigador. Es decir, la motivación personal del investigador es un componente imprescindible para poder llevarlo a cabo, pero al mismo tiempo, uno debe ser consciente de si puede poner la suficiente distancia emocional, ya que sin ésta el desarrollo de la investigación será mucho más difícil. Por lo tanto, es importante ser consciente en todo momento, del grado de implicación que tenemos en un proyecto de investigación. Éste, debe ser suficiente como para motivarnos a la consecución del mismo, pero no excesivo como para limitarnos en el trabajo.

1.1 PRINCIPALES ENFOQUES DE INVESTIGACIÓN:

Hablar de cambio en psicoterapia implica hablar de investigación, puesto que ha sido esta la que ha permitido no solo validar las teorías psicológicas de la terapia, sino también entender el cambio en sí, desde dos perspectivas complementarias: procesual y final o de resultados.

El objetivo de este apartado no es explicar detalladamente en qué consiste un proceso de investigación, sino en profundizar en los modelos tradicionales de investigación frente a los de nueva generación.

Para hablar de los grandes enfoques de investigación, podemos comenzar distinguiendo los diferentes tipos de preguntas. Por un lado, están las preguntas *abiertas o exploratorias*, típicas de las *investigaciones cualitativas*. Por ejemplo: *¿cómo crees que has cambiado después de un proceso terapéutico?* Y por otro lado, tenemos *preguntas* más concretas y precisas o *cerradas*, que son características de las *investigaciones cuantitativas*. Estas serían de la siguiente manera: *¿es más efectiva la técnica de relajación que la técnica de la silla vacía, en pacientes con sintomatología ansioso-depresiva?*

Otra manera de preguntarnos por los enfoques de investigación sería preguntarnos por el diseño, ya que en función de cuál sea nuestro enfoque, diseñaremos el proyecto de una manera u otra. Existen varios tipos de diseños de investigación como por ejemplo, los estudios centrados en los resultados y los que están basados en los procesos. Estas dos dimensiones, resultado y proceso, van a ser el foco de atención del presente trabajo.

Tradicionalmente, la investigación en psicología ha estado marcada por los modelos centrados en los resultados pre-post-tratamiento, con el objetivo de demostrar la

efectividad de un modelo u otro ante determinados problemas de la salud mental. A su vez, este tipo de investigación está motivado por la necesidad de legitimar la psicoterapia ante departamentos de los gobiernos, y de las aseguradoras. Ello ha facilitado la entrega de recursos económicos para acercar la psicoterapia a la población, ya que gracias a esto se ha demostrado la efectividad y la eficacia de la psicoterapia como una herramienta útil en el campo de la salud mental. Sin embargo, debido a las altas demandas de proponer tratamientos rápidos y económicos, se han aceptado mayoritariamente unos enfoques más que otros, en lo que a psicoterapia se refiere. Como consecuencia de ello, las investigaciones se olvidan de explicar cómo se ha producido la mejoría del paciente. Frente a este paradigma, nos encontramos con los nuevos modelos de investigación que se centran en los procesos terapéuticos de los que hablaremos más adelante.

De acuerdo con Georgina Lepper y Nick Riding (2006), existen dos formas principales de entender el conocimiento sobre los métodos científicos de investigación. Por un lado, está la *tradicón naturalista*, que es la base de la ciencia tradicional y que postula lo siguiente: “*existe un conocimiento real, que es independiente de nuestras percepciones y pensamientos. A través de sus propiedades objetivas podemos ganar conocimiento mediante procedimientos sistemáticos de observación y análisis.*” El principal objetivo de esta metodología es proporcionar generalizaciones empíricas, es decir demostrar realidades objetivas a través de procedimientos sistemáticos. La mayoría de estos estudios se basan en generalizaciones y no en casos específicos, en poblaciones en lugar de en casos únicos, en muestras representativas de la población que se desea estudiar, utilizando análisis estadísticos comparando unos grupos con otros con el objetivo de establecer leyes universales y generalizaciones.

La segunda manera de entender la construcción del conocimiento, se fundamenta en la visión contraria: *Existe un mundo real que solo puede ser percibido de manera subjetiva, es decir que cada individuo construye su conocimiento a través de la experiencia personal y en interacción con el mundo que le rodea.* Cada uno de nosotros realiza una interpretación personal de lo que percibe en cada momento. A su vez esta perspectiva se divide en dos grupos similares. Por un lado está la Hermenéutica, que entiende la construcción del conocimiento como un proceso interpretativo de la realidad, en lugar de una representación de la misma. Por otro lado, está la Fenomenología, cuyo postulado es que la experiencia en sí misma es real tal cual se presenta.

El desarrollo de la investigación en psicoterapia se ha visto afectado por este cisma, con unos investigadores instaurados en las asunciones naturalistas, y otros promotores de la hermenéutica y la fenomenología. Desde el punto de vista de la psicología, la investigación ha tendido a seguir las líneas naturalistas del conocimiento. Por su parte, la investigación basada en los procesos, está sumergida en un profundo debate, ya que la principal crítica que recibe por parte de la comunidad científica, es que esta perspectiva tiene como pilar la subjetividad de la experiencia humana. Sin embargo, habría que preguntarse, si lo que interesa de verdad es saber si un tratamiento ha influido de alguna manera, o no en la conducta de las personas, o si por el contrario, quizás deberíamos preguntarnos cómo ha influido y por qué a cada individuo, quien ha vivido tal proceso desde su más profunda subjetividad.

1.2 INVESTIGACIÓN BASADA EN LOS RESULTADOS:

Por definición, la dimensión de resultado en el contexto psicoterapéutico, se entiende como *“los beneficios y cambios observables en el cliente al finalizar el curso de un tratamiento”*.

Los primeros estudios sobre psicoterapia se centraban únicamente en los resultados de un tratamiento, realizando una comparación de los datos recogidos pre-post (Poch y Ávila Espada, 1998) El interés principal de estos estudios era determinar si el tratamiento influía o no en los sujetos del estudio, tratando de demostrar que la psicoterapia era eficaz. Un buen ejemplo de este enfoque es el estudio de Orgel (1958), un psicoanalista que logró hacer un seguimiento del tratamiento a 15 pacientes con trastornos psicósomáticos. Los resultados que recogió fueron que los cinco individuos que abandonaron el tratamiento antes de tiempo, seguían presentando síntomas, y que por el contrario aquellos que lo habían llevado a término se mostraron asintomáticos. Malan (1973), llevó a cabo una revisión bibliográfica en la que recogía el anterior estudio y muchos otros similares. De acuerdo con su interpretación, estos resultados inducían a pensar que parte de la mejoría de los pacientes era debido al método terapéutico utilizado, por lo que llegó a la conclusión, de que la terapia psicoanalítica era válida para este tipo de trastornos. Por su parte, *“Eysenck (1952) llevó a cabo una revisión de un conjunto de estudios sobre resultados psicoterapéuticos y concluyó que el tratamiento psicológico no conductual no*

era eficaz. El trabajo de Eysenck (1952) cuestionó la utilidad del tratamiento psicológico no conductual, dado que parecía demostrar que el efecto de la psicoterapia era inferior incluso al de la remisión espontánea de los pacientes que no recibían ningún tipo de tratamiento.” (Corbella y Botella, 2006) A pesar de las críticas que recibió el estudio de Eysenck, debido a los sesgos metodológicos, bien es verdad que también gracias a ella se produjo un incremento de la investigación sobre la eficacia de la psicoterapia. De ahí que los primeros estudios fueran de tipo cuantitativo, ya que el objetivo era comparar los datos recogidos antes y después del tratamiento y observar si había o no diferencias significativas. Posteriormente, trabajos como el metaanálisis de Smith, Glass y Miller (1980), en el que revisaron más de 400 estudios, la conclusión fue que *“las personas que recibían psicoterapia mejoran más que el 80% de los pacientes que no la reciben”*.

Poco a poco se iba instaurando la idea de que la psicoterapia podía ser una herramienta de gran utilidad. A su vez, iban surgiendo nuevas terapias y enfoques por lo que la investigación comenzó a centrarse en lo que se denominó “eficacia diferencial” o en otras palabras en determinar qué modelo era el más eficaz de acuerdo con los resultados.

Hoy en día sabemos que no se puede decir que exista un único enfoque capaz de tratar a todos los tipos de pacientes, con cualquier tipo de trastorno mental. No tenemos una fórmula exacta, y deberíamos dejar de buscarla. No existen diferencias significativas entre las distintas corrientes, ninguna es más poderosa que las demás. Numerosos estudios han concluido de esta manera, algunos ejemplos son: el metaanálisis de Smith (1980) que comparaba 78 tipos diferentes de psicoterapia. Otros más recientes (Castonguay et al., 1996; Lamber, Berret, Fisher y Porter, 1997; Miller, Duncan y Hubble, 1997), siguen concluyendo que no se puede demostrar que haya un modelo más eficaz que el resto. Para cada caso, para cada individuo, según qué terapeuta, según qué circunstancias puede que un método, o una persona ayuden más que otras.

Lo cierto es que esto no se puede determinar a través de ningún metaanálisis, porque al final las condiciones que se dieron en el estudio, es poco probable que vuelvan a darse en la práctica clínica. Es por ello que creo que lo que necesita ahora la investigación en psicoterapia, no es encontrar una nueva fórmula de tratamiento, sino una nueva fórmula de estudio del mismo. Los estudios que se centran en los resultados han sido y siguen siendo muy relevantes y útiles, pero puede que respondan a algunas necesidades un tanto

egocéntricas, con la intención de demostrar que el paradigma en el que yo me posiciono es el ideal, el único y correcto, y los demás están equivocados. Sea de la escuela que sea. Es evidente que estos estudios, son necesarios y relevantes pero sin embargo como ya hemos dicho anteriormente no arrojan luz suficiente para el pragmatismo de la cotidianidad del clínico, puesto que no siempre lo que encontramos como un tratamiento eficaz en un ensayo clínico resulta igual de útil para la práctica clínica. Por lo tanto, uno de los objetivos de la investigación en psicoterapia debería ser acortar la distancia entre ésta y la clínica habitual.

1.3 INVESTIGACIÓN BASADA EN LOS PROCESOS:

Las investigaciones basadas en los *resultados* tienen como objetivo dar respuesta a los “*qué*” *¿Qué es lo que encontramos cuando aplicamos un tratamiento? ¿Qué diferencias existen entre los grupos?* Etc. Por el contrario, las investigaciones basadas en los *procesos* se centran en dar respuesta a los “*cómo*” *cómo se han producido los cambios, cómo hemos conseguido la remisión de los síntomas, cómo experimenta subjetivamente el paciente su cambio terapéutico, y cómo lo hace a su vez el terapeuta.* Concretamente, Greenberg y Pinsof (1980) argumentan que el interés principal consiste, en identificar los elementos que puedan estar contribuyendo al cambio en psicoterapia.

Estos autores, consideran que el estudio de los procesos psicoterapéuticos es un enfoque muy reciente, los primeros trabajos comenzaron en la década de los cuarenta y se basaban en la información obtenida a partir de las grabaciones de las sesiones. (Corbella y Botella, 2004)

Este enfoque se define como el estudio de los acontecimientos que se desarrollan durante las sesiones. En concreto, “*el objetivo fundamental de las investigaciones basadas en los procesos es identificar los procesos de cambio que ocurren en interacción entre el terapeuta y el paciente*” (Greenberg y Pinsof, 1986, p.18). “*El interés por los procesos de cambio no soslaya en ningún momento el interés por los estudios de resultados. Al contrario, resulta evidente que un primer requisito reside en demostrar la eficacia de la psicoterapia para, en segundo lugar, poder estudiar los mecanismos de cambio inherentes a la misma. De modo alguno, cabe destacar que la separación de ambos enfoques es virtual ya que al final están íntimamente relacionados y no dejan de formar parte del estudio del mismo fenómeno; la psicoterapia.*” (Corbella y Botella, 2006)

A modo de reflexión, el acercamiento entre las investigaciones de resultados y las de procesos, supondría un acercamiento paralelo entre el estudio empírico y sistemático de la psicoterapia y la práctica clínica cotidiana. De acuerdo con varios autores (Lambert y Hill, 1994; Stiles, Shapiro y Harper, 1994) las dimensiones de proceso y resultado deberían de ser inseparables. Según algunos autores como Marmar (1990) o Beutler (1990), se ha recortado la distancia entre las investigaciones de procesos y de resultados. Este acercamiento responde a la voluntad de ahondar en el cambio psicoterapéutico. De acuerdo con diversos autores de ambos enfoques de investigación (Elliot y Anderson, 1994; Rice y Greenberg, 1984) el cambio en psicoterapia se produce como resultado de la mediación entre diversas variables que interactúan entre sí, y que se dan en diferentes momentos del proceso psicoterapéutico.

Como ya hemos visto, en sus inicios la investigación en psicoterapia se centraba en determinar si la psicoterapia era eficaz en líneas generales, así como en observar la superioridad relativa de unos enfoques o modelos terapéuticos, frente a otros. Esta metodología ha ido perdiendo interés, a excepción de aquellas nuevas corrientes que van surgiendo y que necesitan demostrar científicamente su eficacia.

Greenberg y Pinsof describieron en 1998 en qué consiste una investigación centrada en los procesos: *“investigar algo que ocurre en un contexto particular dentro de un tratamiento psicológico, que contribuye al cambio del paciente y que permite establecer relaciones entre procesos y efectos, en contextos conocidos.”* Y señalaron tres productos posibles de este tipo de investigaciones: a) Generar modelos de cambio, b) mejorar los tratamientos y c) desarrollar y perfeccionar la teoría. E identificaron cuatro géneros fundamentales en la investigación de procesos: 1) el estudio de las relaciones entre contexto-proceso-resultado, 2) el análisis de secuencias, 3) el estudio de factores facilitadores del cambio percibidos por el paciente, y 4) el estudio de eventos significativos o de cambio potencial.

Por su parte los estudios basados en los procesos, se han enfocado en tres principales aspectos: (Corbella y Botella, 2006).

1. El estudio de la experiencia subjetiva del paciente

2. El estudio de factores de proceso que, desde la perspectiva del paciente y del terapeuta, explican el éxito de la psicoterapia.
3. La investigación del papel de la alianza terapéutica.

1.4 INTEGRACIÓN DE PROCESOS Y RESULTADOS:

Tras haber introducido las principales dimensiones de estudio en el campo de la psicoterapia, proceso y resultado, hemos podido observar que tradicionalmente hemos tendido a percibir estos elementos separadamente. Por definición, la investigación basada en los procesos, se encarga de analizar todos aquellos pequeños acontecimientos que ocurren *espaciotemporalmente* dentro de las sesiones terapéuticas. Por el contrario en una investigación centrada en los resultados, observaremos pormenorizadamente los cambios que se vayan dando en la vida del paciente, fuera de la sesión. A pesar de esta tendencia a distinguir dichas dimensiones como enfoques diferentes de investigación, varios autores tanto de una postura como de la otra, consideran que al no unificar el proceso y el resultado como una unidad compleja de estudio, se pierde la rigurosidad y la posibilidad de hacer de la psicoterapia una ciencia. Para poder llevar esto a cabo, es crucial explicar qué ha funcionado y cómo ha funcionado. (Greenberg y Pinsof, 1998)

En este sentido, podríamos decir que a pesar de las exigencias de la ciencia positiva; la sistematización, la pormenorización de los datos, la distancia emocional, y la atención a los resultados al comienzo y al final de la terapia; tratando de ser estrictamente objetivos, paradójicamente se estaría perdiendo esa rigurosidad.

Los dos problemas principales que han retrasado el desarrollo de la investigación en psicoterapia son, por un lado la falta de atención al contexto (Elliot, 1983a), y por otro la necesidad de una teoría que explique lo que se denomina como "*microterapia*", es decir que sea capaz de analizar y de describir las relaciones existentes entre los sucesos que acontecen dentro de la sesión, y del cambio extraterapéutico (Pinsof, 1981). "*Un tratamiento o intervención que ha sido catalogada como eficaz, no puede ser reproducida si sus características esenciales no son determinadas y evaluadas*". (Greenberg y Pinsof, 1998). Con esto último, nos referimos al concepto de *replicabilidad*, en tanto en cuanto un ensayo clínico puede ajustarse posteriormente al *contexto terapéutico*.

Una vez hemos dejado sobredicho que para poder avanzar en el estudio de la psicoterapia, tanto los resultados como los procesos, son igualmente necesarios para construir modelos *ricos*; que atiendan a todas las variables contextuales dentro y fuera de la terapia; *rigurosos*, ¿qué es más objetivo, un test que se pueda falsear, o miles de horas de grabación y de observación? Y *útiles*, que sirvan tanto para construir nuevos modelos teóricos como para la práctica cotidiana del clínico. Para ello debemos focalizarnos en los procesos de cambio, ya que de esta manera se disuelve la dicotomía entre el resultado y el proceso. (Kiesler, 1983). Al estudiar los procesos de cambio atendemos tanto a los puntos de inicio como a los puntos de desenlace, ya que el énfasis no reside únicamente en estudiar lo que ocurre en terapia, sino que es un proceso que trata de “*identificar, describir, explicar y predecir los efectos de los procesos que surgen del cambio terapéutico durante todo el curso de la terapia.*” (Greenberg, 1986), atendiendo a los eventos significativos que ocurren en sesión.

Según Greenberg (1986), hay distintas maneras de medir los resultados que experimenta un paciente durante un proceso de cambio. Por un lado tenemos los *resultados inmediatos*, son aquellos que son evidentes dentro de la sesión y que son el resultado de una intervención específica. En segundo lugar, los *resultados intermedios* son aquellos cambios que son producto de la relación entre los que ocurren dentro de la sesión, y el cambio extraterapéutico. Conforme van sucediendo los *microeventos* en las sesiones, se van construyendo relaciones causales con lo que el sujeto va cambiando en su día a día, y la suma de todas esas relaciones que van dándose a lo largo del tiempo, van construyendo una estructura que va traducándose en un cambio de actitudes y patrones de comportamiento. Finalmente, los últimos resultados corresponden al cambio global que surge de la relación entre todos los elementos anteriores, y proporciona una imagen completa de todo el proceso.

Tras haber resumido el estado de la investigación en psicoterapia, pasada y presente, de nuevo a modo de conclusión general, parece que se está tendiendo o que muchos autores están tratando de integrar la investigación sobre procesos y resultados con el fin de que el desarrollo de la ciencia sea cada vez más cercana a la práctica clínica. (Corbella y Botella, 2006). “*La investigación sobre los procesos de cambio puede dirigir al clínico ya que está dedicada a informarle sobre cómo convertirse en un agente del cambio más efectivo.*”. (Greenberg y Pinosof, 1998).

Con este último párrafo podemos enlazar con el siguiente punto a tratar en este trabajo, el cambio psicoterapéutico.

2 CAMBIO I Y CAMBIO II EN TÉRMINOS DE LA TERAPIA DE LA COHERENCIA: CAMBIO COMPETITIVO Y CAMBIO TRANSFORMACIONAL.

¿Qué entendemos por cambio? El verbo cambiar hace referencia a dejar una cosa o situación para tomar otra. Es sinónimo de reemplazo o sustitución. De acuerdo con esta definición, cambiar no parece una cuestión demasiado compleja o difícil de llevar a cabo. Sin embargo, no es lo mismo cambiar un hábito que cambiar todo un esquema de funcionamiento personal, como pueda ser la relación con uno mismo y con los demás. Se deduce de esta cuestión que existen diferentes movimientos, o formas de cambio, siendo crucial para su distinción, el nivel en el que se producen. A continuación expondremos dos teorías que han organizado todo lo referente a las cuestiones del cambio humano. La escuela de Palo Alto, y la Teoría de la reconsolidación de la memoria.

2.1 ENFOQUE DE LA ESCUELA DE PALO ALTO (1992):

Watzlawick, Weakland y Fisch (1992), se preguntaron por qué en tantas ocasiones *“cuando una persona, una familia o cualquier otro sistema social, estando en mitad de una problemática, a pesar de los repetitivos e insistentes intentos de poner fin a ello, dicha situación persiste en el tiempo”*. Es decir, que a pesar de los movimientos realizados, no se alcanzaba el cambio deseado. Se dieron cuenta de que durante el transcurso de los siglos, en la cultura occidental se habían formulado infinidad de teorías acerca de la *persistencia y del cambio diferenciadamente*, y que la tendencia había sido la de considerar a la *primera* como un *“estado invariable, natural y espontáneo, garantizado y que no necesitaba explicación, y al cambio como el problema que había que solucionar.”* El principal elemento a destacar como consecuencia de esta perspectiva, es que los autores se dieron cuenta de la necesidad de percibir la persistencia y el cambio relacionando ambos conceptos entre sí, bajo la premisa de que para poder conocer y desarrollar nuevos conceptos, necesitamos contrastar y comparar. Haciendo alusión a una de las citas que aparece en el libro, al encontrarnos *“en un universo en el que todo es de*

color azul, el concepto de lo azul no puede desarrollarse, debido a la ausencia de colores que sirvan como contraste”.

Si nos damos cuenta, en relación con esto último, resulta curioso que en lo que a investigación se refiere haya ocurrido algo similar con los conceptos de proceso y resultado que con el cambio y la persistencia, ya que en ambos casos, la tendencia de estudio fue de tipo dicotómica, y parece que tras haber llevado a cabo un camino aparentemente ilógico, ha sido cuando hemos conseguido subir de nivel. Esto ilustra muy bien lo que los autores refieren sobre como al introducir un movimiento que alejado del “sentido común” produce un salto a otro sistema. De esto hablaremos más adelante.

Estos autores, fueron los primeros en proporcionar cierto orden y sentido a las principales cuestiones acerca del cambio en diferentes sistemas, enfocándose en la influencia que esto ejerce sobre el comportamiento humano. Gracias a ello, realizaron una importante aportación en el campo de la psicoterapia, ya que cuestionaron la metodología que ellos mismos estaban siguiendo en su práctica profesional y que en tantas ocasiones resultaron ser poco eficaces, tanto por la extensa duración de los tratamientos como por los escasos resultados obtenidos a nivel terapéutico.

a) Tipos de cambio: marco teórico.

Desde un punto de vista teórico, Watzlawick y su equipo (1992), distinguieron dos tipos de cambio basándose en dos teorías procedentes de la lógica matemática, a modo de analogía para su explicación. Por un lado, la teoría de los grupos, nos proporciona una base para hacer referencia a aquellos cambios que tienen lugar dentro de un sistema y que por lo tanto afecta a las relaciones entre sus miembros, o entre los elementos que lo componen. Implica por tanto un cambio de posición, o movimiento, sin alterar la estructura del sistema en el que nos encontramos. Este tipo se denomina Cambio I y es de primer orden, podría entenderse en términos generales como un cambio superficial. Por otro lado, la teoría de los tipos lógicos, se utiliza para hacer referencia a los cambios que ocurren entre los componentes del grupo y el sistema en sí mismo, dando lugar a una modificación estructural como resultado del salto a otro sistema diferente. El Cambio II es un cambio del cambio, y por tanto de segundo orden. El ejemplo del sueño es muy ilustrativo a la hora de entender esta distinción. “*Cuando soñamos nuestro cerebro puede*

hacer multitud de movimientos y acciones dentro del sueño, ya sea correr, esconderse o cualquier otra cosa, pero lo único que puede poner fin a la pesadilla, es despertar. Al hacer esto, pasamos de un sistema a otro distinto, la vigilia.” (p.31).

En su libro, Watzlawick, Weakland y Fisch (1992), señalan que los dos tipos de cambio son útiles dependiendo de la situación en la que nos encontremos. Es decir, que a pesar de haber definido Cambio 1 como un cambio superficial, ello no quiere decir que siempre implique una solución equivocada o incorrecta, ya que si atendemos a la propiedad *d* de los grupos, que en líneas generales viene a decir que existen innumerables situaciones en las que una desviación de la norma, por ejemplo la bajada de temperaturas, se puede solucionar mediante la aplicación de su opuesto, en este caso, el calor frente al frío. Bien es verdad, que existen por desgracia otras muchas situaciones que requieren de un cambio estructural para lograr el efecto deseado, y que para ello sería recomendable no atender tanto a nuestro sentido común.

b) Formación de problemas: ¿soluciones erróneas?

Como bien señalan los autores, esta distinción resulta muy sencilla de entender desde un punto de vista teórico, sin embargo en la vida real esto puede ser mucho más difícil y lo que muchas veces percibimos como la solución, puede llegar a contribuir a que el problema se agrave.

Por ejemplo, el problema del alcoholismo es una cuestión que preocupa mucho hoy en día en nuestra sociedad, y la principal “cura” que utilizamos son las restricciones en el consumo del alcohol. Desde un punto de vista lógico, esta solución a pesar de estar guiada por nuestro buen sentido común, muchas veces no es suficiente para generar el resultado esperado, la tendencia es aplicar el principio de “más de lo mismo”, y sin cambio alguno, hasta su última consecución, la prohibición total. Como consecuencia de ello, lejos de frenar por completo el consumo del alcohol comienzan a surgir comportamientos de tipo clandestinos que son todavía más difícil de controlar. Lo que en un principio perseguía poner fin al consumo abusivo del alcohol en determinados colectivos, acaba por transformarse en todo un entramado de venta ilegal además de la tasa elevada de dependencia. Otro ejemplo que también aparece en el libro, es el del insomnio. La

mayoría de las personas que sufren este trastorno intentan persistentemente forzar de manera voluntaria quedarse dormidos. Paradójicamente, lejos de alcanzar tal estado logran permanecer despiertos durante horas. El sueño es un acto involuntario que surge de manera natural y espontánea, por lo que *“la cura que intenta se transforma en su enfermedad”*.

c) **Cambio II: re-estructurar.**

Tal y como hemos descrito en los párrafos anteriores, lo que plantean estos autores es que en el caso de la formación de problemas, lo sujetos tienden a introducirse a sí mismos en una paradoja, en un bucle repetitivo que no solo no pone fin a la situación problemática, o al síntoma, sino que además lo agrava. Desde un punto de vista teórico la solución pasa por la desestructuración de la paradoja, desmontar el bucle introduciendo un cambio fuera de la lógica del sistema que lo disuelva por sí solo. Ahora bien, poner en marcha la solución es bastante más complejo y no es un proceso que se resuelva de la noche a la mañana. Sin embargo, no nos detendremos a explicar cada una de las etapas que los autores describen en profundidad, y expondremos algunos de los ejemplos con el fin de quedarnos con una imagen caricaturesca que facilite así su comprensión.

Tanto en el ejemplo del alcoholismo, como en el del insomnio, la solución pasa por introducir una acción que se aleje de la lógica, ¿por qué? Porque de esta manera la paradoja se desmonta, pierde sentido y se vuelve ridícula. Volviendo al tema del alcoholismo, y partiendo de la base que tomar un consumo responsable y prudente de bebidas alcohólicas no tiene porqué desencadenar un problema de dependencia, no tiene mucho sentido prohibir absolutamente el consumo del alcohol. Si el problema se agrava con las continuas restricciones, ¿no sería lógico eliminarlas? En el ejemplo del paciente con insomnio, la consigna que se da al sujeto para poner fin a su paradoja, no es nada menos que otra paradoja distinta. En este caso, en lugar de tratar con todos sus esfuerzos ser espontáneo y dormirse por fuerza de voluntad, le pedimos que trate de mantenerse despierto. Esto último es lo que los autores denominan *“la prescripción del síntoma”*, en lugar de combatirlo, le inducimos a que lo manifieste activamente.

En relación al último párrafo, este dejar de combatir el síntoma y manifestarlo de manera intencionada, se puede vincular con el siguiente apartado sobre la Terapia de la

Coherencia, cuya idea principal es exponer al paciente a que se dé cuenta de la utilidad de su sintomatología, con el fin de desmontar la paradoja de la enfermedad.

2.2 TERAPIA DE LA COHERENCIA:

Bruce Ecker y Laurel Hulley autores de “*La Reconsolidación de la memoria*”, son dos psicoterapeutas constructivistas que basándose en autores como Mahoney (1991), Bateson (1951), incluso de algunos como Jung y otros de enfoques experienciales, llevaron a cabo un trabajo de investigación en el que se dieron cuenta de que las sesiones más fructíferas eran aquellas en las que se centraban en las construcciones inconscientes –siguiendo una línea no psicoanalítica–, puesto que se producía el cambio deseado mucho más rápidamente. La metodología que empleaban era de tipo experiencial y gracias a ello podían hacer conscientes los significados del problema y de esta manera el síntoma perdía la utilidad que tenía para ellos (Jasiński, Paz y Feixas, 2016).

La utilidad del síntoma no es un concepto novedoso ya que fueron los psicoanalistas, y posteriormente los sistémicos quienes introdujeron esta idea. Sin embargo, la intención de los autores, se diferenciaba en que ellos pretendían con su investigación obtener un modelo de intervención que fuera capaz de provocar estos eventos significativos de manera deliberada en sesión. Persiguiendo así un cambio no solo más consistente sino también más duradero.

“La liberación profunda de las raíces de la producción del síntoma en el menor número posible de sesiones. Se propone una metodología que se fundamenta en el fenómeno de la reconsolidación de la memoria, un proceso que consiste en la apertura de aprendizajes emocionales implícitos, activarlos para posteriormente borrarlos.” (Neimeyer, R., 2012).

“La persistencia de los aprendizajes emocionales, que se puede decir que generan la inmensa mayoría de conductas, estados de ánimo, emociones y pensamientos no deseados de los que se ocupa la terapia, es tan fuerte que, después de casi un siglo de investigaciones, incluso los científicos del cerebro concluían en los pasados años noventa que los aprendizajes emocionales bien establecidos son indelebles, inextirpables y permanecen durante toda la vida de la persona. (...) no es extraño que los terapeutas y

clientes sientan a menudo que batallan contra una fuerza imparable pero invisible” (Ecker, Ticic and Hullery, 2014).

a) Reconsolidación de la memoria: aprendizaje incremental vs aprendizaje transformacional:

A lo largo de la historia, la psicoterapia ha sufrido constantes críticas por los colectivos más escepticistas que juzgaban su eficacia debido a la “ausencia” de fundamentos científicos contrastados. En los últimos años, gracias a los avances en la neurociencia, se ha podido correlacionar los beneficios que proporciona la psicoterapia con bases neuroanatómicas (Jasiński, Paz y Feixas, 2016).

Es el caso de la reconsolidación de la memoria, uno de los pilares de la Terapia de Coherencia. Hasta hace bien poco este fenómeno no se creía posible, sin embargo a pesar de que su estudio es bastante reciente, los resultados obtenidos a partir de 2004 señalan que a través de este tipo de neuroplasticidad el cerebro puede abrir las sinapsis cerradas de los aprendizajes emocionales y borrar el recuerdo introduciendo uno nuevo. (Ecker Ticic and Hullery, 2014).

Es importante señalar que la reconsolidación de la memoria, no es un sistema exclusivo de la terapia de la coherencia, sino que se trata de un proceso que se puede aplicar desde distintas corrientes. No se trata de un proceso rígido, el terapeuta puede y debe seguir su propio estilo, así como hacer caso a su creatividad y espontaneidad, siempre que sea con conocimiento. Así mismo, la empatía y todos sus aspectos relacionados no deben dejarse de lado, ya que forman la esencia de la psicoterapia (Ecker, Ticic and Hullery, 2014).

Este proceso consiste en acceder a los aprendizajes emocionales que son la raíz de la sintomatología, y que están encerrados en la memoria implícita, es decir el almacén al que uno no puede acceder de manera consciente, a menos que se den las características adecuadas. Pues dicho conocimiento es inconsciente pero accesible. Esto último se refiere a la activación de los aprendizajes, a la parte experiencial que es sin duda alguna la llave de esas conexiones sinápticas. Una vez hemos accedido a este almacén, el siguiente paso consistiría en introducir un aprendizaje nuevo que compita con el anterior, y que borre por completo los viejos patrones. Para hacer que el síntoma desaparezca no debemos dirigir la acción a la gestión del mismo, sino al borrado completo de la base de este.

Anteriormente describíamos los tipos de cambio según el enfoque de la Escuela de Palo Alto, que hacían referencia a Cambio I (cambio de posición o movimiento entre los miembros o elementos, que no afectan al sistema, por lo que es de primer orden), y Cambio II (cambio de segundo orden por el hecho de que se trata de un cambio estructural del sistema y supone un salto a un nivel superior). A continuación, explicaremos los conceptos de aprendizaje incremental y de aprendizaje transformacional, dos conceptos similares a los anteriores.

Aprendizaje incremental: también denominado cambio contrarrestante. Se refiere a la adquisición de respuestas más adaptativas con el objetivo de sustituir las anteriores que generaban malestar o desadaptación. Este cambio no anula los aprendizajes que originaron las respuestas no deseadas, por lo tanto es distinto del cambio transformacional. Desde la teoría de Watzlawick, se podría corresponder con el Cambio I.

Aprendizaje transformacional: Supone la disolución de los aprendizajes emocionales generadores del síntoma. Al eliminarlos, éste pierde su función y deja de aparecer. La ventaja que tiene frente al cambio incremental es que este último requiere la gestión constante del síntoma y de los nuevos aprendizajes debido a que las estructuras de estos, siguen intactos. Se puede deducir entonces que se correspondería con el Cambio II.

Es importante señalar que el proceso de reconsolidación se dirige a un aprendizaje emocional concreto, y que este proceso no daña en ningún caso la memoria autobiográfica, ni cualquier otro tipo de aprendizaje (Ecker, Ticic and Hullery, 2014).

Es importante señalar, que a la hora de llevar a cabo este proceso como bien hemos señalado al principio de este apartado, el primer paso sería la reactivación de los aprendizajes emocionales problemáticos, a través de la experiencia, siendo esta una condición necesaria para su consecución. El objetivo que se persigue es “*descubrir el esquema que necesita de la presencia del síntoma*”. Para lograrlo, los autores proponen adoptar la postura pro-síntoma, ya que su opuesto, termina siempre en frustración del cliente debido a la recurrencia de los síntomas, a expensas de los persistentes intentos de controlarlo (cambio I/ incremental).

La posición pro-síntoma nos recuerda a la introducción de la paradoja de la que hablaban los autores de Palo Alto, que en líneas generales consiste en aceptar el síntoma y en dejar

que se exprese. A través del trabajo experiencial, el terapeuta y el cliente van descubriendo el esquema al que obedece.

El siguiente apartado guarda una gran relación con el enfoque de la Terapia de la Coherencia. Trabajando en equipo terapeuta y cliente, desarrollan el mapa en la reconstrucción de su realidad idiosincrática de sus vivencias emocionales, sin dañar o perjudicar los elementos fundamentales de la identidad del cliente. Del mismo modo, en la Terapia Focalizada en la Emoción de Greenberg, la experiencia emocional es el elemento indispensable para implantar un cambio profundo y duradero. Así mismo, los recientes enfoques constructivistas como el de Robert Neimeyer, comparten esta premisa (Jasiński, Paz y Feixas, 2016).

3 EL CAMBIO EN TÉRMINOS DE LA T.F.E. Y DE LOS PROCESOS DE ORDENAMIENTO NUCLEAR:

El origen de la psicoterapia humanista data del año 1940, cuando Carl Rogers dio un discurso en la Universidad de Minnesota sobre los “*Nuevos Conceptos en Psicoterapia*”, en el que criticaba duramente algunos de los métodos y técnicas que se estaban utilizando en aquel momento. Tales como: aconsejar al cliente, sugestionar, persuadir, e interpretar. Para Rogers, el objetivo de esta nueva psicoterapia no era resolver un problema particular del cliente, sino asistir al crecimiento personal del mismo, de manera que pudiera solventarlo centrándose en el presente y por sus propios medios. Siendo este proceso mucho más que atender al ajuste y adaptación del cliente a su entorno los elementos más novedosos de esta nueva corriente, que surgió como contraposición de las corrientes predominantes de aquel entonces, el Conductismo y el Psicoanálisis, era que todo el proceso se basaba en la relación terapéutica y en el aquí y en el ahora, el momento presente como foco de atención. (Cain, D., 2002)

De acuerdo con Cain (2002), las psicoterapias humanistas-experienciales tienen una visión del ser humano como, un *Yo capaz de actualizarse a sí mismo, resiliente, responsable y capaz de aprovechar sus propios recursos y experiencias internas para aprender y crecer*. Postulan, que las personas necesitan dar sentido a sus experiencias y encontrar un significado a sus vidas. Esta premisa es la base de este marco terapéutico,

centrado en clarificar los significados personales y las experiencias. Paralelamente al constructivismo, las personas crean y construyen sus realidades a partir de la experiencia inmediata, de su pasado y en función de la cultura y sus valores. En este sentido, la persona es vista de manera holística e indivisible de su contexto. *“Un aspecto fundamental dentro del marco humanista-experiencial es la visión sobre la relación terapeuta-cliente como una herramienta fundamental del cambio constructivo en el cliente. Las personas se construyen de acuerdo a la manera en que se relacionan con los otros.”* (p. 5).

Rogers plantea que el único postulado de su teoría, es la asunción de que el hombre posee una tendencia actualizante, una capacidad innata para transformarse a sí mismo que le otorga una organización de su mundo interno desde la infancia. Esta postura ha generado algunas confusiones, sugerencias que han venido a decir que esta tendencia actualizante, responde a impulsos internos, y que tan solo el ambiente y las condiciones adecuadas podían en cierta medida completar el proceso, creyendo que la genética era determinante. Sin embargo, Rogers decía que dicha tendencia no estaba basada en la genética comportamental o biologicista, sino en la voluntariedad de la persona para ajustar su autoconcepto y ser más congruente con la experiencia presente. (Van Balen, R., 1997) Por lo tanto, todo ello trasciende a la determinación ambiental, genética e histórica, siendo el objetivo *“descubrir un nuevo sentido o significado de las experiencias tempranas y las que aún conserva, y a cambiar conscientemente la conducta a la luz de este nuevo significado”*. (Rogers, C., 1946).

a) Enfoque procesual:

En los años cincuenta, Rogers inició un estudio en el que se planteaba, cambiar el contenido de las investigaciones, pasando de los “qué” a los “cómo”; *“cómo se desarrollan los procesos de cambio en psicoterapia”*. Para él, habían dejado de ser relevantes los estudios descriptivos de la salud mental, debido a que para su nuevo enfoque, plantear la salud como un concepto estático y consistente en el tiempo, dividiendo el mundo entre locos y cuerdos no favorecía a la idea de pasar de la rigidez al movimiento flexible y cambiante. Para él la esencia del cambio residía en pasar de lo estático a lo procesual. (Van Balen, R., 1997)

A partir de entonces, Rogers comenzó a desarrollar un marco teórico y de intervención basado en los significados y en su expresión verbal a través de la metodología experiencial. En palabras de Rogers, “*un sentimiento fluye hacia su completa realización*” (Rogers, 1958). De manera que se daba cuenta de la importancia que tenía eliminar las censuras de los sentimientos y poder verbalizarlos para darles sentido y congruencia, a esto lo denominó *insights emocionales*.

Posteriormente, Gendlin desarrolló La teoría del cambio de personalidad, que coincidía con las características del cambio procesual de Rogers, pero que difería en un aspecto. Para Gendlin, no era tan determinante en el cambio, que hubiera un ambiente o entorno seguro, ni tampoco la reducción de las defensas emocionales. Para él, el cambio dependía no del grado de permisividad emocional del cliente, sino de la adecuada interacción terapéutica. (Van Balen, R., 1997).

El foco de atención de la mayoría de las terapias humanistas es la experiencia emocional , ya que se considera que a través de ella se puede encontrar información verdaderamente esencial por el hecho de que incluye dentro de sí, necesidades y deseos que son fundamentales para el cliente. Además proporciona claves relevantes para ayudar a la construcción del cambio, debido a que les ayuda a entender estructuras básicas de significados que no son fácilmente accesibles a través de la cognición. Es por esto que los terapeutas humanistas consideran que los sentimientos son fuentes vitales de información. “*La mayoría de los terapeutas humanistas creen que a pesar de que el análisis cognitivo pueda proporcionar algo de luz, no es suficiente para o puede que no tenga un gran efecto en el proceso de cambio a menos que se experimenten los aspectos emocionales problemáticos, mediante su exploración, elaboración e integración.*” (Cain, D., 2002)

Eugene Gendlin llevó a cabo el desarrollo del denominado *proceso experiencial focusing*, el cual ha supuesto una aportación fundamental en el campo de la psicoterapia experiencial. El procedimiento se basaba en que los clientes debían atender, focalizar su atención en las sensaciones que generaba el problema en sus cuerpos, bajo la premisa de que este cargaba con él de una manera física. Gendlin se dio cuenta de que los clientes que lograban el éxito terapéutico, eran los que focalizaban y procesaban la experiencia afectiva. (Cain, D., 2002)

Posteriormente Leslie Greenberg, y Robert Elliot, desarrollaron un nuevo enfoque dentro del gran paraguas de la psicoterapia humanista. El cual lo se denominó, “*Process-Experiential Therapy*”, que recoge los postulados básicos de la Gestalt, el Existencialismo, la Terapia centrada en el cliente, así como las técnicas experienciales desarrolladas por Gendlin y Lina Rice. (Cain, D., 2002)

Citando a los principales autores, se parte de la siguiente premisa: “*El objetivo principal del proceso-experiential terapéutico, es ayudar a los clientes a integrar la información de sus sistemas emocionales y cognitivos para facilitar un ajuste satisfactorio.*” (Watson, Greenberg, & Lietaer, 1998, p.6).

b) Terapia Focalizada en la Emoción:

La terapia focalizada en la emoción o TFE (Elliot, Watson, Goldman y Greenberg, 2004; Greenberg, 2002; Greenberg, Rice y Elliot, 1993) fue desarrollada en los años 80 por Leslie Greenberg y sus colaboradores como un abordaje empírico basado en las teorías contemporáneas que explican el funcionamiento humano, y en estudios científicos sobre los procesos de cambio. Actualmente se considera uno de los tratamientos avalados por la evidencia para distintas problemáticas como la depresión, problemas de ansiedad, trastornos de la conducta alimentaria, problemas interpersonales y trauma. Se ha mostrado eficaz tanto para la terapia individual como de pareja y además se ha encontrado que es un procedimiento altamente efectivo en prevención de recaídas, (hasta un 70%). Lo más relevante en relación a este trabajo, es que es el enfoque que “*más investigación ha generado sobre los procesos de cambio, siendo evidente la relación entre resultados y empatía, alianza, profundidad del proceso experiencial, arousal emocional, creación de significado acerca de la emoción activada, procesamiento productivo de la emoción...*” Etc. (Greenberg, L., 2010).

¿Por qué es tan importante la emoción?

Desde la TFE se considera que las emociones son un elemento fundamental que interviene en la construcción del sí mismo y en los procesos de auto-organización.

Principalmente cumplen una función que nos permite adaptarnos al entorno que nos rodea, ya que son una forma de procesamiento muy básica de la información que nos prepara para la acción. Son una reacción a un estímulo externo o interno y su misión es

promover nuestro bienestar, de manera que cuando falla el sistema emocional nuestra adaptación al entorno se ve profundamente afectada. A su vez, nos informan de necesidades importantes que tienen que ser cubiertas y por ello están implicadas en los procesos de priorización de metas, que con el paso del tiempo van constituyendo tendencias de actuación con una base neuroquímica y fisiológica propia, que las hace totalmente diferentes de los fenómenos del pensamiento.

El Sistema Límbico es el centro neuroanatómico que mayor relación guarda con las respuestas emocionales básicas, está implicado en multitud de procesos fisiológicos, en la salud física y en el sistema inmunológico. Constituye nuestra memoria emocional, y es el lugar donde se almacenan todas nuestras experiencias, y en base a ellas nos enfrentamos al presente. Gracias a la carga informativa que poseen los procesos emocionales, participan en la creación de significados de nuestros recuerdos y vivencias lo cual implica la formación de patrones estables de comportamiento y de interpretación del entorno que nos rodea.

Las denominadas memorias emocionales, se organizan en torno a unos esquemas de emoción, estructuras altamente organizadas y diferenciadas que constituyen unidades de respuesta, y que generan tendencias de actuación frente a estímulos externos o internos. Sabiendo que las emociones son reacciones que generan patrones estables de actuación, ocurre lo mismo con las psicopatologías, los problemas emocionales etc. Son reacciones desadaptativas que generan un gran malestar a quien lo sufre, por lo que no es de extrañar que nuestro objetivo sea modificar dichas reacciones. Lo que dice la teoría es que el foco del problema, reside en los esquemas de emoción desadaptativos. Estos esquemas surgen a partir de eventos emocionales relevantes como por ejemplo traiciones o abandonos, que dan lugar a reacciones emocionales. La emoción que surge durante estos eventos normalmente se atenúa y desaparece, pero ante circunstancias consideradas significativas para el sujeto quedan grabadas en la memoria. Cuanto mayor sea la activación del organismo, mayor probabilidad de que se adhiera una experiencia a un banco de memoria concreto, y que ante la situación evocadora se re-active dicho esquema de emoción. Las conexiones entre emociones y memorias del sí mismo en la situación suscitan que el recuerdo de un evento doloroso o una señal que actúa como recordatorio de ese evento, estimulan una respuesta emocional.

Desde la Terapia Focalizada en la Emoción (Greenberg et al., 1993; Rice y Greenberg, 1984), el centro de actuación terapéutica se sitúa en “*la evocación de reacciones emocionales automáticas, tanto adaptativas como desadaptativas*”, para su posterior reestructuración. En este marco se distinguen seis procesos de cambio emocional específicos que desarrollamos a continuación:

Consciencia: implica, sentir el sentimiento y no simplemente hablar de él. Es el objetivo de todo tratamiento, poder poner palabras a lo que uno siente y darse cuenta de las necesidades nucleares. El trabajo terapéutico consiste en aproximarse a las emociones mediante la aceptación, la tolerancia y aprender a simbolizarlas antes que a evitarlas. Esta actividad proporciona tanto acceso a la información adaptativa, como a la tendencia de actuación presentes en la emoción. Aprender a dar sentido a lo que nos dicen nuestras emociones nos ayuda a identificar los elementos que provocan nuestro malestar, y además a desarrollar nuevos patrones de comportamiento para alcanzar las necesidades, metas o preocupaciones. Supone una herramienta idónea a la hora de mejorar nuestro estilo de afrontamiento, por lo que la emoción es útil tanto para informar como para movilizar.

Expresión emocional: Se trata de un aspecto específico del procesamiento emocional que puede predecir el grado de ajuste de una persona ante determinadas circunstancias, tales como un diagnóstico de cáncer, o ante cualquier tipo de herida emocional. Se podría decir que actúa como un factor de riesgo o de protección dependiendo del grado de manifestación del mismo. Es fundamental que distingamos las emociones primarias de las secundarias antes de hacer uso de esta técnica, ya que no implica dar rienda suelta a los estados emocionales secundarios, sino superar la evitación para poder vivenciar las emociones primarias que han sido constreñidas.

Las emociones primarias son reacciones directas a situaciones concretas, como por ejemplo la tristeza que surge durante un proceso de duelo. Las emociones secundarias son reacciones a los pensamientos o sentimientos como resultado de un evento significativo. En este caso sería, sentirse enfadado en respuesta a sentirse herido o dañado.

Desde la TFE es crucial distinguir entre estados primarias adaptativos de los primarios desadaptativos, los cuales requieren ser transformados. Las emociones desadaptativas son aquellos sentimientos antiguos y familiares para quien los vive puesto que surgen repetidamente y no son susceptibles al cambio. Suelen ser sensaciones nucleares de

soledad y abandono, ansiedad e inseguridad básica, o sentimientos de desdicha y de ser despreciable, de inadecuación y vergüenza, que pueden perdurar toda la vida. Estos sentimientos desadaptativos no cambian en respuesta a una modificación de circunstancias, ni tampoco aportan direcciones adaptativas para resolver problemas cuando son vivenciados. Por lo tanto, se necesita acceder a las emociones primarias no dolorosas debido a la información adaptativa que aportan así como su capacidad para organizar la acción, mientras que las emociones desadaptativas necesitan ser accedidas y reguladas para que puedan ser transformadas. Por último, las emociones secundarias necesitan ser reducidas a través de la exploración de las mismas con el objetivo de acceder a sus generadores, ya sean cognitivos o emocionales más primarios. En líneas generales, esto consistiría en ir haciendo consciente la emoción más primaria, y más antigua, reduciendo las secundarias capa tras capa.

En conclusión, el afrontamiento expresivo ayuda a identificar necesidades nucleares y a clarificarlas, promoviendo la persecución de metas. El trabajo terapéutico consistiría en animar a superar la evitación para así aproximarnos a la emoción dolorosa, atendiendo a su experiencia corporal a lo largo de las sesiones.

Regulación: se refiere a la capacidad de regulación emocional. Cuando la angustia es tan elevada que ha dejado de ser útil y proporcionar información adaptativa para el sujeto, necesita ser regulada. Enseñar esta habilidad puede ser de gran ayuda, ya sea precediendo o acompañando a la expresión emocional. Para promover esta habilidad lo primero es ofrecer un ambiente seguro, tranquilizador, validante y empático. Estos elementos son absolutamente necesarios para poder hacer uso de la confrontación del sí mismo, puesto que *“la seguridad interna se desarrolla sabiendo que existimos en la mente y en el corazón de otra persona que nos protege”* (Greenberg, L., 2010, p.11.).

Reflexión: Implica un procesamiento de tipo narrativo sobre la experiencia emocional. Proporciona orden y significado a lo que vivimos, ayuda al desarrollo de nuevas narrativas para explicar la experiencia, así como a la asimilación de las anteriores a estas. A través del lenguaje los individuos somos capaces de estructurar y organizar las experiencias, emociones, patrones de comportamiento, creencias, así como los sucesos que pudieron generarlos. A través de este proceso basado en la activación emocional, el resultado es un acontecimiento experiencial profundo, lo indecible se vuelve decible, y los significados y situaciones que provocaban la emoción cobran sentido.

Transformación: Este proceso es el más importante, y el que más nos interesa puesto que supone un salto en el proceso de cambio. Implica la transformación de una emoción a través de otra emoción. Es lo que hace que la TFE sea reconocida por los autores de la Reconsolidación de la Memoria, ya que se asemeja a la apertura de las memorias emocionales, para introducir un nuevo aprendizaje, transformando los constructos previos. Se trata de Cambio II, o Aprendizaje transformacional. En concreto este paso lo aplicamos a las emociones primarias desadaptativas, como el miedo la vergüenza o la tristeza por abandono o por quedarse solo, sentimientos de ser despreciable, etc. La idea de cambiar una emoción por otra no consiste en un proceso catártico ni en eliminar la emoción, tampoco tiene que ver con conceptos como la extinción o la exposición a situaciones temidas, puesto que estas técnicas eliminan emociones secundarias. No se trata de atenuar nuestras reacciones ante determinados estímulos o situaciones, ya que esto último sería una consecuencia del proceso de cambio que buscamos. Por ello, una meta importante en TFE es llegar a la emoción desadaptativa que es muy antigua y muy primaria, no por la información o motivación que pueda darnos sino para hacerla accesible para su transformación. La idea sería coactivar tanto la emoción desadaptativa como la adaptativa para que con el tiempo, esta última transforme a la primera.

Desde el punto de vista de la TFE, el cambio emocional duradero ocurre a través de la generación de una nueva respuesta emocional, no tan solo a través de un proceso de insight o de comprensión. Trabajamos sobre el principio básico de que las personas deben llegar a un sitio antes de poder abandonarlo. Uno debe sentir algo antes de sanarlo. Las memorias de emoción esquemáticas desadaptativas de las pérdidas de la infancia, así como los traumas, son activadas en la sesión de terapia a fin de cambiarlas a través de la reconstrucción de la memoria.

Experiencia correctiva de la emoción: La nueva experiencia vivida, junto al terapeuta proporciona una experiencia emocional correctora. Las experiencias de consuelo interpersonal desconfirman creencias patogénicas, ayudando a cambiar patrones emocionales establecidos en épocas anteriores. Por lo tanto un elemento fundamental para promover el cambio a través de la emoción es la relación terapéutica que proporciona un nuevo modelo relacional. De este modo el paciente puede hacer frente a la vergüenza experimentando aceptación y validación en lugar de la desaprobación que solía anticipar.

En conclusión, todos estos pasos o principios son una serie de procesos que forman parte de un continuo flexible y cambiante, no por ello menos estructurado, y con un objetivo

delimitado. Queda sobredicho que la TFE es un modelo significativo de cambio emocional duradero que concuerda con los principios de la Reconsolidación de la Memoria.

c) Procesos de ordenamiento nuclear:

La teoría constructivista concibe al ser humano como un agente activo en la visión que tiene del mundo, en el sentido en que este es el principal constructor de su propia realidad. Uno de los principios básicos es que los seres humanos tenemos la capacidad de conocer y de obtener conocimiento. Para los constructivistas el conocimiento no es un ente estático ni distante de nosotros, sino un proceso que se construye a través de la experiencia. No somos agentes pasivos, no asimilamos indiscriminadamente la información del medio que nos rodea, la seleccionamos en base a conocimientos previos y construimos nuestra propia realidad, a través de la interpretación subjetiva del entorno.

“Vivir es conocer, y conocer es vivir” (Feixas, G., 2003, p.1).

Desde esta perspectiva, se asume que cada ser humano va creando su propio mundo a través de constructos personales, por lo que una misma realidad tiene una construcción muy diferente entre una persona y otra, de esta manera otorgamos diferentes significados en función de la experiencia vivida. (Feixas, 2003). Algunos autores constructivistas más radicales, dirían que la realidad se construye inventándola, ya que ésta no existe. Sin embargo este proceso es mucho más que eso, puesto que no es una ni uniforme, sino múltiple y cambiante. Nuestra construcción de la realidad es un conjunto de procesos muy complejos y relacionados entre sí que implican asimilar los elementos que se presentan en el exterior y acomodarlos a nuestras estructuras internas (Villegas, 1992).

¿Cómo introducimos esto en psicoterapia?

A través de la narrativa, creando nuevos significados, re-construyendo la realidad.

“El significado y la comprensión son contruidos socialmente por personas que entran en diálogo o conversación mutua. De modo que la acción humana se desarrolla en una realidad de comprensión creada a través del diálogo y la construcción social. Las realidades narrativas contruidas socialmente otorgan significación y estructura a la propia experiencia”. (Villegas, M., 1992, p. 12.).

El proceso terapéutico basado en las teorías constructivistas se contrapone a la hermenéutica tradicional, en la que el proceso de cambio estaba guiado por la interpretación del discurso del paciente, sustituyendo gradualmente este por el del terapeuta. La metodología constructivista se podría describir como deconstructiva, en el sentido que es necesario realizar un cambio en la narrativa que trae consigo el paciente, y re-constructiva, otorgando nuevos significados y construyendo una narrativa más adaptativa, desde una posición negociadora. (Villegas, M., 1992). El significado y la comprensión del mismo es fundamental para el proceso de cambio, el terapeuta en este caso se convierte en un científico que investiga y trata de desglosar como el sujeto ha construido y como percibe y vivencia la realidad, el entorno y a sí mismo. La negociación del significado a través del diálogo terapeuta-paciente, siendo la habilidad del profesional la mera participación y observación de todo el proceso, llevado a cabo por la persona en cuestión. Esto es en lo que se basa en la relación terapéutica, donde ambos individuos establecen una relación de experto a experto, a través de la cual ambos pueden aprender el uno del otro.

¿Por qué es tan importante la organización nuclear?

Mahoney (2003), aborda la “experiencia de cambio” personal, profesional y la de sus propios clientes, en términos de revoluciones personales. De acuerdo con este autor, cambiar en el más profundo sentido de la palabra, nunca es un trabajo fácil, y siempre va acompañado de muchas resistencias y obstáculos por el camino, sencillamente porque cambiar el sistema pone en peligro el funcionamiento del mismo. Este autor explica lo fundamental sobre la experiencia psicológica de las personas en su construcción de la realidad, utilizando para ello lo que denomina, “procesos de ordenamiento nuclear” (PONS).

De acuerdo con Mahoney (2003), los PONS permiten al terapeuta conocer la realidad íntima de cada sujeto, entendiendo cómo éste la construye. Pero sobretodo constituyen las dimensiones básicas de los procesos de cambio terapéutico, al menos en términos constructivistas: *“Cuando una persona cambia de una forma significativa y duradera, el cambio más importante se da en la forma en que organiza y da sentido a su experiencia personal y en la forma de experienciarse a sí mismo y a su mundo.”* (p.88).

Durante el proceso de evaluación constructivista el terapeuta ha de hacer énfasis en los problemas, patrones, y procesos. Los problemas se refieren a *“una discrepancia sentida*

entre como son las cosas y como se espera que sean". Muchas veces son intentos de solución, intentos del organismo por protegerse a sí mismo. No suelen aparecer de forma aislada, por lo que suelen ser la expresión de patrones. Los patrones son repetitivos, recurrentes y están relacionados. En este nivel de análisis el terapeuta hace un trabajo cada vez más profundo, sabiendo que una persona está siempre en un proceso de cambio continuo en el tiempo. Para poder trabajar a nivel de procesos, el terapeuta debe hacer hincapié en como la persona interpreta su propia experiencia. Para ello atenderemos a los procesos de ordenación nuclear (Mahoney, M., 2005).

Los PONS, se refieren como su nombre indica, a los procesos que han ido generando estructura y organización de manera continuada, y a lo largo del tiempo la forma en la que experimentamos el mundo y a nosotros mismos, y por ello son nucleares. Son las mismas unidades que los esquemas de emoción, y son nuestra unidad de análisis y de cambio terapéutico. Son la esencia de las revoluciones personales, y pueden distinguirse cuatro temas principales: realidad, valor, identidad y poder (Mahoney, M., 2005).

A lo largo del desarrollo de este trabajo hemos ido diferenciando el cambio de primer orden, y el cambio de segundo orden que es a largo plazo y duradero en el tiempo. Este segundo cambio es drástico, difícil y resistente, esto quiere decir que para poder cambiar los procesos de ordenación nuclear tendremos que ser conscientes en todo momento de lo duro que es y de que lleva mucho tiempo producir ese cambio. Anteriormente mencionábamos que para poder abandonar un lugar, primero debemos llegar hasta él. Esto implica asistir a una revolución personal, cargada de emoción tanto para el paciente como para el terapeuta (Mahoney, 2005). Es mucho más sencillo cambiar hábitos de conductas y algunos constructos personales, (aprendizaje incremental) pero sabiendo que son unidades nucleares son mucho más que conductas o malos hábitos, son formas estructurales de ser. Para conocerlos tenemos que *"presenciar totalmente las propias acciones y emociones en el proceso de examinarlas"* (Mahoney, M., 2005, p.89.).

4 SÍNTESIS SOBRE CAMBIO HUMANO: “REVOLUCIONES PERSONALES” Y “CAMBIO EMOCIONAL”

Tras haber recogido información suficiente sobre el cambio humano, sus tipos, los procesos que están implicados en él y las teorías psicológicas que abarcan en profundidad el cambio psicoterapéutico, conviene resaltar brevemente los puntos principales.

Desde la Escuela de Palo Alto, se ha venido diferenciando el cambio de primer orden, y de segundo orden; cambio I y cambio II respectivamente. Decíamos que el primero implicaba un cambio dentro del sistema, y el segundo un cambio en la estructura del sistema. Comenzábamos a ver como a través de las paradojas introducíamos un nuevo engranaje que afectaba a la estructura de los elementos. Recordemos el ejemplo del paciente con insomnio, al decirle que cada vez que tuviera este problema en lugar de tratar de dormir, pusiera todo su empeño en mantenerse despierto. Nos dimos cuenta, que a veces los intentos repetitivos por cambiar algo, nos llevaban a soluciones erróneas. Aquí se dieron cuenta de la utilidad del síntoma, y de lo importante que era eliminar su funcionalidad.

El aprendizaje incremental consiste en la adquisición de respuestas más adaptativas que contrarrestan las anteriores, esto es cambio I; soluciones erróneas. Por el contrario el aprendizaje transformacional, consiste en la disolución de aprendizajes emocionales generadores del síntoma introduciendo un nuevo aprendizaje, al tiempo que activamos las estructuras de memoria emocional. Cuando el síntoma deja de ser necesario para el sistema, este se disuelve gracias a un proceso de reconsolidación de memoria. Del mismo modo desde la TFE, coactivamos los esquemas de emoción desadaptativos junto con nuevos aprendizajes emocionales. La emoción es clave para el cambio, sin ella no podemos hacer accesibles los procesos de ordenación nuclear. Para poder asistir a una revolución personal hay que poder sostener todo el proceso que se viene encima, con sus resistencias y sus recaídas, sabiendo que para llegar a buen puerto primero tendrá que pasar por todo un proceso emocional, haciendo consciente lo inconsciente y lo indecible decible. Los terapeutas debemos ser conscientes que al tocar estas estructuras nucleares, es probable que se produzca un incremento de la sintomatología, y esto nos afecta como personas, pero si nos mostramos abiertos al cambio, validando esas nuevas experiencias podremos ser buenos catalizadores del cambio duradero.

En conclusión:

No hay revolución personal sin cambio II, las personas que reorganizan sus procesos de ordenación nuclear son aquellas que realizan cambio en esquemas de emoción.

5 CONCLUSIONES

Al comienzo del presente trabajo nos preguntábamos sobre los distintos modelos de investigación en psicoterapia, y encontrábamos los tradicionales centrados en los resultados, frente a los de nueva generación basados en los procesos.

¿Por qué es importante la investigación sobre cambio en psicoterapia?

Para poder hablar de cambio es necesario hacer investigación, puesto que ha sido esta la que ha permitido no solo validar las teorías psicológicas sino también entender el cambio en sí. Hicimos mucho hincapié en la necesidad de centrar la investigación en psicoterapia, desde una perspectiva procesual pero también de resultados. Puesto que esta última ha sido la tendencia principal a lo largo de la historia, bajo la premisa de que así reducíamos la subjetividad y los fallos en la investigación.

De acuerdo con Greenberg y Pinsof (1998), una investigación centrada en los procesos favorece al cambio del paciente puesto que implica investigar algo que ocurre en un contexto particular, y establecer relaciones entre procesos y efectos.

Sin investigación no podemos saber cómo ayudar a nuestros pacientes en cada momento de la terapia, ya que para poder facilitar el cambio duradero y transformacional necesitamos generar modelos teóricos que estén basados en investigaciones orientadas al proceso de cambio. Esto implica adentrarnos en la subjetividad del paciente. ¿Qué es más objetivo, administrar un test psicológico que puede falsear cualquier persona o visualizar miles de horas de terapia? Si nuestro objetivo es generar modelos de cambio transformacional que ataquen a las estructuras nucleares y a los esquemas de emoción, necesitamos investigación centrada en la experiencia y en los elementos del mundo interno de los pacientes, porque lo que buscamos es cambiar todo un esquema de funcionamiento, no un cambio de hábitos.

Si lo que queremos es fomentar el desarrollo de respuestas más adaptativas al entorno y determinar si los sujetos están menos deprimidos que antes, implementaremos un estudio basado en los resultados. Sin embargo, como ya hemos visto estos estudios pueden no ser

tan fiables como parecen puesto que no tienen lugar en el contexto de la vida cotidiana. ¿Qué mejor rigurosidad que atender al contexto clínico concreto?

En conclusión, la investigación y el cambio psicoterapéutico son inseparables, puesto que para desarrollar cambio II, necesitamos modelos basados en la reorganización de los procesos de ordenación nuclear.

REFERENCIAS Y BIBLIOGRAFÍA:

1. Besnard, A., Caboche, J. y Laroche, S. (2012). Reconsolidation of memory: A decade of debate. *Progress in neurobiology*, 99, 61 -80
2. Cain, D. J. (2002). *Defining characteristics, history and evolution of Humanistic Psychotherapies*. En D. J. Cain y J. Seeman (Eds.), *Humanistic Psychotherapies: Handbook of research and practice*, (pp. 3-54). Washington, D.C.: American Psychological Association.
3. Castonguay, L. G., Goldfried, M. R., Wiser, S., Raue, P. J., Hayes, A. M. (1996). Predicting the effect of cognitive therapy for depression: A study of unique and common factors. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 64, 497-504.
4. Corbella, S., & Botella, L. (2006). *Investigación en psicoterapia*. Madrid: Vision Net.
5. Ecker, B., Ticic, R. and Hullery, L. (2014). *La reconsolidación de la memoria*. Barcelona: Octaedro.
6. Elliott, R. (1983a). Fitting process research to the practicing psychotherapist. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 20, 47-55
7. Eysenck, H. J. (1952). The effects of psychotherapy: An Evaluation. *Journal of Consulting Psychology*, 16, 319-324.
8. Feixas, G. (2003). Una perspectiva constructivista de la cognición: Implicaciones para las terapias cognitivas. *Revista de Psicoterapia*, 56, 107-112.
9. Greenberg, L. (2010). Terapia Focalizada en la Emoción: Una síntesis clínica. *FOCUS, The Journal of Lifelong Learning in Psychiatry*. VIII(1), pp. 32-42.
10. Greenberg, L. and Paivio, S. (2012). *Trabajar con las emociones en psicoterapia*. Barcelona: Paidós.
11. Greenberg, L. y Pinsof, W. (Eds.) (1986). *The psychotherapeutic process: A research handbook*. Nueva York: Guilford Press.
12. Greenberg, L. (1986). Change process research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54(1), pp.4-9.
13. Greenberg, L. S., Rice, L. N., & Elliott, R. K. (1993). *Facilitating emotional change: The moment-by-moment process*. New York, NY, US: Guildford Press.

14. Jasiński, M., Paz, C. and Feixas, G. (2016). La terapia de la coherencia: un enfoque constructivista apoyado por la neurociencia contemporánea. *Acción Psicológica*, 13(1), p.131.
15. Kiesler, D. (1983, October). *The paradigm shift in psychotherapy process research*. Summary discussant paper presented at the National Institute of Mental Health workshop on Psychotherapy Process Research, Bethesda, MD.
16. Lepper, G. & Riding, N. (2006). *Researching the psychotherapy process*. Houndmills, Basingstoke: Palgrave Macmillan.
17. Mahoney, M. (2005). *Psicoterapia constructiva*. Barcelona: Paidós.
18. McLeod, J. (2003). *Doing counselling research*. London: Sage Publications.
19. Meier, S. (2008). *Measuring change in counseling and psychotherapy*. New York: Guilford Press.
20. Miller, S. D., Duncan, B. L., y Hubble, M. A. (1997). *Escape from Babel: Toward a unifying language for psychotherapy practice*. New York: Norton.
21. Orgel, S. Z. (1958). Effect of psychoanalysis on the course of peptic ulcer. *Psychosomatic Medicine*, 20, 117-123.
22. Pinsof, W. (1981). Family therapy process research. In A. Gurman & D. Kniskern (Eds.), *Handbook of family therapy* (pp. 699-741). New York: Brunner/Mazel.
23. Poch, J. & Avila Espada, A. (1998). *Investigación en psicoterapia*. Barcelona: Paidós.
24. Rice, L., & Greenberg, L. (1984). *Patterns of change: Intensive analysis of psychotherapy process*. New York: Guilford Press.
25. Smith, M. L., Glass, G. V., y Miller, T. I. (1980). *The benefits of psychotherapy*. Baltimore, MD: John Hopkins University Press.
26. Timulak, L. (2008). *Research in counselling and psychotherapy*. London: SAGE.
27. Van Balen, R. (1997). Teoría del cambio de personalidad. Comparación entre Rogers, Gendlin y Greenberg. *Revista de Psicoterapia*, VIII (32), 37-47.
28. Villegas, M. (1992). Hermenéutica y constructivismo en psicoterapia. *Revista de Psicoterapia*, III (12), 5-12.
29. Watzlawick, P., Weakland, J.H., Fisch, R. (1992). *Cambio*. Barcelona: Herder.
30. Watson, J. C., Greenberg, L. S., & Lietaer, G. (1998). The experiential paradigm unfolding. In L. S. Greenberg, J. C. Watson, & G. Lietaer (Eds.), *Handbook of experiential psychotherapy* (pp. 1-27). New York: Guilford Press.