

FUNDAMENTOS CONCEPTUALES DE LA TERAPIA DE ESQUEMA HOY

¿Por qué comenzamos este libro con la vinculación del modelo de terapia de esquemas con la teoría y con el cimiento de su desarrollo en los resultados de la investigación actual en varios campos? Si bien, buscamos condensar la esencia de las terapias racionales en un enfoque consistente y comparativamente simple, no nos atrevemos a presentar una teoría unificada. Sin embargo, tener una idea de las teorías detrás de la terapia de esquemas profundiza la comprensión de los terapeutas de los procesos involucrados, permitiéndoles desarrollar el modelo más allá de un enfoque de “libro de recetas” puramente práctico y adaptar su trabajo a clientes individuales. Young y colegas (2003) indican estos fundamentos, pero no los describen en detalle. Intentamos hacerlo aquí.

Este enfoque es intelectualmente desafiante y complejo. El contenido que presentamos es muy condensado, y su comprensión requiere algunos conocimientos básicos. Especialmente para aquellos que están familiarizados con los hallazgos de neurobiología, la lógica de la terapia de esquemas se volverá más clara con la comprensión de este material. A la larga, tener este conocimiento le dará una comprensión fundamental de los procesos de cambio en general, ayudándolo a adaptar su enfoque a cualquier problema específico. Sin embargo, si está ansioso por ir directo al modelo, puede omitir este capítulo y pasar al capítulo 2. Tal vez, a medida que lea el libro, su interés por los antecedentes teóricos crecerá, y más adelante podrá consultar este capítulo cuando conectemos nuestro enfoque práctico con la teoría para subrayar su base en los hallazgos actuales de la investigación.

Las necesidades emocionales básicas, las emociones básicas y el sistema nervioso autónomo

Las necesidades son fundamentales. La terapia de esquemas se centra en el concepto de necesidades emocionales básicas (para una revisión, vea Lockwood y Perris, 2012). Las necesidades son universales y no negociables. Un gran número de investigaciones indica que la continua frustración de las necesidades emocionales básicas afecta negativamente el desarrollo infantil y conduce a impactos inmediatos y a largo plazo sobre el bienestar físico y psicológico (Vansteenkiste y Ryan, 2013; vea Ryan y Deci, 2017,

para una cobertura completa de este tema). Existen varios sistemas de necesidades.

Sistemas de necesidades. Maslow (2007) elaboró una pirámide de necesidades, que abarca desde las necesidades biológicas básicas (como alimentos y agua) hasta la necesidad de autorrealización. Más recientemente, investigadores que indagan la teoría de la autodeterminación han encontrado evidencia del papel clave desempeñado por las tres necesidades emocionales básicas en el bienestar y el desarrollo humano: autonomía, competencia y afinidad (Ryan y Deci, 2017). En su escrito original sobre el tema, Young y colegas (2003) nombraron cinco necesidades emocionales básicas, incluida la fijación de límites para el niño. A diferencia de otros profesionales en ese momento, Young cogió una visión del desarrollo de las necesidades básicas, la de la perspectiva del niño (para detalles, vea el capítulo 2). Para Young, la satisfacción de necesidades conduce a esquemas sanos, y las necesidades de frustración conducen directamente al desarrollo de esquemas maladaptativos tempranos.

Tratamos de mantener el número de necesidades al mínimo para reducir la complejidad del modelo presentado en este libro. Esto nos llevó a reducir las tres necesidades descritas por Ryan y Deci (2007) a dos irreducibles, que se consideran como polos en un constructo dimensional de orientación del apego (o conexión/afinidad) y orientación de asertividad (incluyendo autonomía, competencia y control). Estos polos de necesidad están incrustados en una orientación compleja del organismo en conjunto (vea tabla 1-1). Tienen una relación inversa entre sí: cuanto más usted se esfuerza por el apego, más tiene que sacrificar la asertividad y la autonomía, y viceversa. Sin embargo, puede aspirar a un equilibrio bueno y flexible entre ellos.

Principio: *las necesidades de apego y asertividad son polos en la orientación fisiológica, psicológica y social del organismo en conjunto.*

El polo de apego

La conexión interpersonal es esencial para la supervivencia de los humanos. En comparación con otros animales jóvenes, los bebés humanos nacen en un estado muy inmaduro y requieren un gran cuidado mientras maduran. Para garantizar la supervivencia, los seres humanos tienen un impulso biológico innato para formar grupos y cooperar. Por lo tanto, nos sentimos más sabios en grupos que

solos (Gilbert, 2010). Cuando sentimos que estamos seguros en un grupo, nuestra activación emocional disminuye y cambiamos a un estado parasimpático sano. Nuestro ritmo cardíaco oscila cuando inhalamos y exhalamos, como un signo de flexibilidad emocional. La flexibilidad de la frecuencia cardíaca es un predictor de buena salud. Estar en un estado activado constante conduce a una pérdida de la flexibilidad de la frecuencia cardíaca y un mayor riesgo de morbilidad (Porges, 2007).

Se sabe que los efectos físicos y mentales de la soledad, el rechazo al aislamiento son severos (Hawkley y Cacioppo, 2010). Eisenberger, Lieberman y Williams (2003) demostraron que el rechazo “duele” al activar casi las mismas áreas corticales insulares que se activan cuando experimentamos dolor físico. Es común escuchar a las personas describir el rechazo emocional como “una patada en las entrañas” o “una puñalada en el corazón”. Por el contrario, las personas con relaciones sociales más fuertes tienen un 50 % más de posibilidades de sobrevivencia que aquellos con relaciones sociales más débiles (Holt-Lunstad, Smith, Baker, Harris y Stephenson, 2015). La conducta prosocial activa directamente nuestro sistema dopaminérgico de recompensa (Van der Meulen, Ijzendoorn y Crone, 2016), ¡justo como lo hacen las drogas!

Tabla 1-1. Los dos polos de la organización humana

Característica	Asertividad	Apego
Sistema autónomo activado	Rama simpática	Rama (vaga) parasimpática
Enfoque de atención	Dirigida al exterior	Dirigido al interior
Tipo de reacción fisiológica	Activación del sistema de alarma	Calmarse, recreación
Tendencia social	Autonomía y competencia	Conectarse, afinidad
Tipo de respiración	Hacia el pecho	Hacia el vientre
Tendencia metabólica	Agotamiento	Regeneración
Tendencia motora	Activación expansiva	Reacción receptiva
Tendencia social	Egocéntrico, ser dominante	Prosocial, busca armonía
Tendencia a reaccionar	Lucha o huida	Cooperación hasta la sumisión
Polo del niño activo si es amenazado	Polo del niño enfadado	Polo del niño vulnerable

Dirección de los modos del crítico interior	Dirigido a los otros	Dirigido a uno mismo
Dirección de acción	Externalización	Internalización
Estilo de afrontamiento (Piaget, 1985)	Aloplástico	Autoplástico
Modo de crianza (Lockwood y Perris, 2012)	Paterno (se entrena el autocalmarse)	Materno (alivia directamente)

El polo de autonomía, control y asertividad

El polo de autonomía, control y asertividad, basado en las actividades del sistema nervioso simpático, nos permite luchar o huir y es la “segunda etapa” en la que nos encontramos: la necesidad de asertividad y autonomía. En este estado más egocéntrico, tendemos a ser autosuficientes, y somos capaces de actuar de manera dominante y alcanzar un estatus más alto en el sistema social.

Principio: seguir la necesidad de apego y adoptar una postura cooperativa es esencialmente prosocial. Hacerlo nos hace bienvenidos en un grupo, lo que aumenta nuestras posibilidades de supervivencia. Sin embargo, ser capaz de luchar o huir es importante para sobrevivir como individuo.

Sistema de alarma

Cuando nos sentimos individualmente amenazados, o cuando nuestras necesidades de apego se frustran constantemente, nuestro sistema de alarma se activa, proporcionándonos la energía para luchar o huir. Si somos enérgicos y lo suficientemente fuertes, ser excluidos o dominados puede crear un enojo secundario, impulsándonos a defender nuestros derechos. Por lo tanto, podemos tratar de permanecer en nuestra etapa de asertividad para volver a controlar la situación. La interacción social exitosa se basa en un equilibrio bueno y flexible entre estos dos polos de la conducta humana (vea tabla 1-1).

¿Cómo se conectan las necesidades y las emociones básicas?

Ekman (1993) describió originalmente un sistema de emociones básicas basado en expresiones faciales transculturales. Desde entonces, (Ekman, sin fecha) describió cinco emociones básicas: las emociones negativamente contaminadas del miedo, la tristeza, el disgusto y la ira, y la emoción positiva de la alegría. Las cuatro emociones básicas negativas funcionan como luces rojas en un tablero de instrumentos, lo que indica que algo anda mal.

Principalmente, la frustración de la necesidad de apego lleva a sentimientos de miedo o tristeza.

El disgusto o la ira indican frustraciones de la necesidad de asertividad o control.

La alegría indica que el sistema de alarma fue regulado con éxito y que todas las necesidades se han satisfecho adecuadamente.

Reacciones a la frustración de necesidades. ¿Cómo podemos lidiar con una situación amenazante para regular nuestro sistema de alarma? El modelo animal (Cannon, 1915) describió cuatro formas generales de escapar de la amenaza y calmarse. En la terapia de esquemas, llamamos a estas tendencias de reacción básica *estilos de afrontamiento*:

1. **Lucha**, si vemos la posibilidad de ganar y convertimos en “el mandamás”. Llamamos a esto la forma de asertividad para obtener autonomía, control, dominio y respeto.
2. **Huida**, como un escape activo. En el modelo humano, esto significa evitación manifiesta y actividades autocalmantes.
3. **Parálisis, o retirarse** pasivamente desconectándose emocionalmente, entumeciéndose o disociando.
4. **Seguir**, o si el oponente parece ser más fuerte, para seguir siendo parte del grupo. Entre los humanos, llamamos a esto la forma de apego para lograr armonía, resonancia y una conexión amorosa.

Frustración de necesidades y estilos de afrontamiento. La ira nos impulsa a luchar. La repugnancia nos hace alejarnos y cuidarnos (huida). Cuando nos sentimos tristes, tendemos a aislarnos (parálisis). El miedo nos lleva más al lado de la sumisión (rendición). La desventaja de estas soluciones es que pueden desequilibrarse cuando las sobreutilizamos y descuidan el otro polo del espectro de

necesidades, lo que lleva a la frustración de las necesidades y al mantenimiento de los esquemas. Solo cuando somos capaces de encontrar una solución flexible con roles mutuamente cambiantes, nos sentimos equilibrados y ganamos la posibilidad de experimentar un afecto positivo. La Figura 1-1 reúne todas estas piezas en un marco complejo que incluye necesidades, niveles de activación, tendencias de reacción espontánea y la forma equilibrada de alegría y relajación. Esta es la base teórica en la que fundamos nuestras intervenciones.

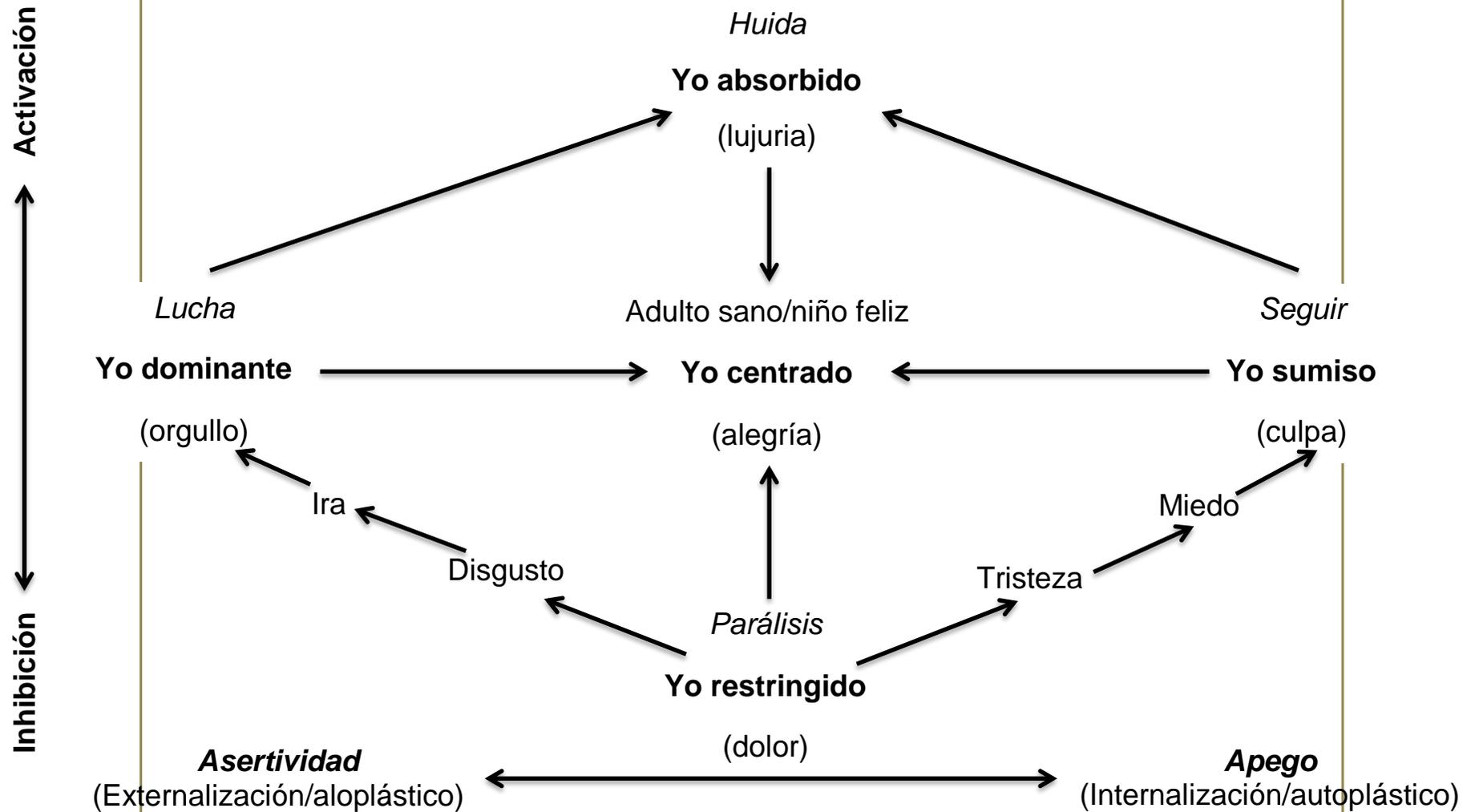


Figura 1-1. Emociones básicas, estilos de afrontamiento y autoexpresión

Sobre el apego

La necesidad de apego está biológicamente arraigada. Panksepp (2001) y, anteriormente, Bowlby (1969) describieron un sistema de apego que actúa en resonancia con un sistema de cuidado dentro de la persona que nutre como la base neurobiológica de nuestra necesidad de conectarnos con otras personas y cuidar de ellas. Entonces, lo que percibimos como “amor” en gran medida se basa en la biología.

Principio: los sistemas de apego y cuidado son el pegamento en nuestro sistema social.

Para sobrevivir, es esencial que el niño pueda inducir buena voluntad en sus cuidadores. En el lenguaje cotidiano, el niño debe hacernos como él. Al ver el video de Edward Tronick de su experimento del “juego del rostro inmóvil”, las personas suelen reaccionar con una sensación dolorosa al deterioro del estado de ánimo del niño después de la ruptura de esta resonancia interpersonal (Tronick, 2009). Volver a conectarse permite que el niño se calme y volver a un estado parasimpático (o vago) nuevamente. Pero no solo el niño se calma, también lo hace el adulto. ¡Incluso nosotros, los observadores, lo hacemos! Estos sentimientos están relacionados con la liberación de oxitocina, la hormona del apego.

La oxitocina es la hormona prosocial por excelencia. Apoya la confianza en las personas, induce la intimidad y mantiene a las parejas jóvenes unidas (Kosfeld, Heinrichs, Zak, Fischbacher y Fehr, 2005). Después de una aplicación nasal de la hormona, las personas en el espectro autista pueden mirar a los ojos de otra persona durante veinte minutos (Buchheim *et al.*, 2009), mientras el medicamento actúa. Este no es un mensaje romántico, pero una gran cantidad de oxitocina subyace en las actividades que hacemos por “amor”. Estos sentimientos de empatía probablemente se basan en un sistema de las llamadas neuronas espejo (para una visión general, vea Bargh, 2014).

Las neuronas espejo llenan el vacío entre nuestras percepciones de nosotros mismos y de los demás (para una visión general, vea Gallagher y Frith, 2003). Desafortunadamente, estas neuronas no están preinstaladas, pero deben ser entrenadas por estimulación. Stern (1985) argumentó que una función clave de los cuidadores en el desarrollo de la autorregulación de un bebé es su capacidad para comunicar la sintonía del afecto con el niño. Los cuidadores, principalmente en un nivel inconsciente, llevan a cabo una serie de

gestos y conductas que reflejan algunos aspectos esenciales de la conducta del bebé y su presunto estado emocional. Estos actos de reflejo del cuidador consisten en estados consistentes dentro del niño.

La sintonía afectiva ayuda a crear para el bebé una especie de sensación preverbal de ser entendido, estableciendo el escenario para que el niño desarrolle la autorregulación y la identidad (Winnicott, 1958). Más allá de eso, establece el camino para comprender lo que está en la mente de las otras personas (Siegel, 1999, vea “Mentalización y la teoría de la mente” en este capítulo).

Apego inseguro. Si la conexión resonante falla, esto conduce a un apego inseguro, un estilo de apego enredado y una niña sobrestimulada (Ainsworth, Blehar, Waters y Wall, 1978). Sin embargo, la niña logra reconectarse con la madre al controlarla. Si la madre no reacciona en absoluto, eso conduce a privaciones graves y estrés que amenaza la vida de la niña. Esta es la razón por la cual el tiempo de espera prolongado o no hablarle a un niño durante días es tan perjudicial. Para enfrentar este estrés, el niño se separa o se calma a sí mismo, lo que lleva a un estilo de apego evitativo. La activación apenas desaparece y se convierte en el precursor de muchos trastornos psiquiátricos y psicosomáticos (Hayes *et al.*, 2012; para más detalles, consulte el capítulo 3). Las parejas aisladas usan esta vulnerabilidad innata para castigar a los demás mediante el bloqueo.

El enfoque de autocompasión de Gilbert (2010) apunta a una dirección similar. En su modelo, la activación de un yo compasivo basado en el sistema de conexión es la clave para moderar las activaciones tanto del sistema de alarma (basado en el miedo) como del sistema de recompensa. Él ve el sistema de fijación impulsado por oxitocina como esencial para desarrollar la regulación emocional. Él nombra la “calidez” como el agente central para calmar las emociones básicas en ambos polos (el lado defensivo y el codicioso) y para abrirnos a una conexión compasiva.

En la terapia, el terapeuta actúa como un modelo a seguir, estando presente, atento, receptivo y afectuoso. Si es necesario, el terapeuta primero calma al cliente directamente en un modo materno (Lockwood y Perris, 2012). Más tarde, el terapeuta induce una representación interna al hablarle al cliente de una manera emocionante. Por lo tanto, el cliente aprende a calmarse a sí mismo en una especie de juego de roles interno entre una representación mental afectuosa y un estado emocional activado. Esto ayuda a

desarrollar un denominado estilo de apego seguro (secundario) adquirido (Pearson, Cohn, Cowan y Cowan, 1994). La capacidad de autocalmarse reduce la dependencia de otras personas, media la autonomía y hace que las relaciones bien equilibradas y flexibles sean mucho más fáciles (vea el capítulo 14). En el capítulo 7, describimos cómo tratamos de integrar la autocompasión en la terapia de esquemas.

La perspectiva neurobiológica y el modelo atractor

Almacenamiento de memoria y redes neuronales. La vida es para aprender. Desde una perspectiva neurobiológica, aprender significa construir representaciones internas dentro de redes neuronales y almacenar experiencias presentes para su posterior recuperación. Hebb (1949) describió cómo las células que se activan simultáneamente se conectan entre sí, formando conexiones sinápticas más ajustadas. Bliss, Lomo y Blane (1973) acuñaron el término *potenciación a largo plazo* para describir un proceso en el que las neuronas conectadas aumentan su reacción a un estímulo de forma duradera. De manera similar, el proceso inverso -depresión a largo plazo- produce una disminución duradera en la fuerza de esas conexiones. Por consiguiente, nació nuestra comprensión moderna de la neuroplasticidad. El flujo flexible de activación neural se dirige a vías más o menos fijas y rígidas. Esas vías pueden cambiarse, pero el cambio requiere un impacto serio y profundo que llegue a la base de las redes neuronales.

El modelo atractor. El modelo de atractor es otro enfoque, derivado de la física para describir estos procesos (Haken, 1983). Un sistema de conexiones neuronales se organiza fuera del caos alrededor de los llamados atractores. Funcionan como un sendero en el césped: una vez que algunas personas han caminado una determinada ruta y la hierba está gastada, comienza a surgir una especie de camino, lo que hace cada vez más probable que otras personas tomen el mismo camino. Eric Kandel (1989) fue honrado con un Premio Nobel por demostrar que la estimulación constante de las neuronas conduce a conexiones sinápticas más intensas entre las células, construyendo estas vías. “Esquemas” es otra palabra para estas conexiones rígidas que tienden a estabilizarse en un estado dado. De esta forma, es mucho más fácil para nosotros ser guiados por patrones automáticos de activación. El modelo atractor subyace a las teorías constructivistas de la autoorganización (Maturana y Varela, 1998). En su esencia, el modelo deduce que, por un lado, los

sistemas neuronales siempre tienden a niveles bajos de energía o activación, al igual que el agua corre cuesta abajo. Por otro lado, estar en un estado inestable de fluctuación induce sentimientos de incomodidad. Una vez que nuestro proceso mental encuentra una interpretación para una situación actual, el nivel de activación baja nuevamente. Mentalmente, percibimos esto como una sensación positiva de relajación o alivio.

Teoría de consistencia. Si tenemos una percepción pero no hay un atractor en nuestro cerebro (o mente) que la represente, o si la percepción no coincide con un atractor existente, esto crea una inconsistencia. Esto conduce a una mayor activación (percibida como estrés o tensión emocional) hasta que la información se asimila en la estructura existente o el sistema tiene que adaptarse al cambiar. Piaget (1985) llamó a este último proceso para obtener consistencia “acomodación”. De una manera u otra, el sistema intenta superar la inconsistencia. Los altos niveles continuos de inconsistencia (y la activación emocional asociada) conducen a una reacción de estrés persistente (Selye, 1936), agotamiento y, finalmente, trastornos. El estrés continuo conduce a cambios en el eje hipotalámico-pituitario-adrenal y, finalmente, a una expresión reducida de los genes receptores de corticoides como un cambio epigenético (Meaney, 2001). Estos cambios se consideran actualmente como un importante mediador de muchos trastornos (Weaver *et al.*, 2004).

Esquemas. En la terapia de esquemas, un atractor es un esquema. El modelo neurobiológico proporciona una perspectiva única de los esquemas (o atractores) en un nivel más profundo de análisis, y de esta manera, muchos de los hallazgos de la neurociencia pueden estar relacionados con la terapia de esquemas. En el contexto del esquema, el aprendizaje se puede ver como la creación de nuevos atractores (o esquemas) y, por lo tanto, la creación de estados o vías alternativas. Pero pasar de un atractor (esquema) a otro requiere de energía para superar las “colinas energéticas” entre ellos. La “energía” que un terapeuta brinda a la terapia por medio de la técnica (por ejemplo, a través del trabajo de imaginación) o la presencia del terapeuta (reeducación limitada), o ambas, admite cambios del estado atractor dentro del cliente que de otro modo no podría administrar por sí mismo. El terapeuta (y luego el modo del adulto sano del cliente) actúa como un catalizador en una reacción química. Dado que esto suena bastante teórico, le invitamos a probar un pequeño experimento con el siguiente ejercicio.

Cómo funcionan los atractores

Como terapeuta, está entrenado para tener un doble enfoque de atención: primero, mira a su cliente; segundo, observa sus propias activaciones. Vamos a intentar eso juntos ahora. Tenga en cuenta su nivel actual de activación y, luego, observe la Figura 1-2. Si lo desea, puede usar la escala de unidades subjetivas de angustia (SUDS) para calificar su cantidad de activación estresante del 1 al 10. Cuando vea la figura, observe los cambios en su nivel de activación mientras trata de descubrir el contenido de la imagen en un enfoque atencional dual. Una vez que se dé cuenta de lo que ve, siga leyendo.

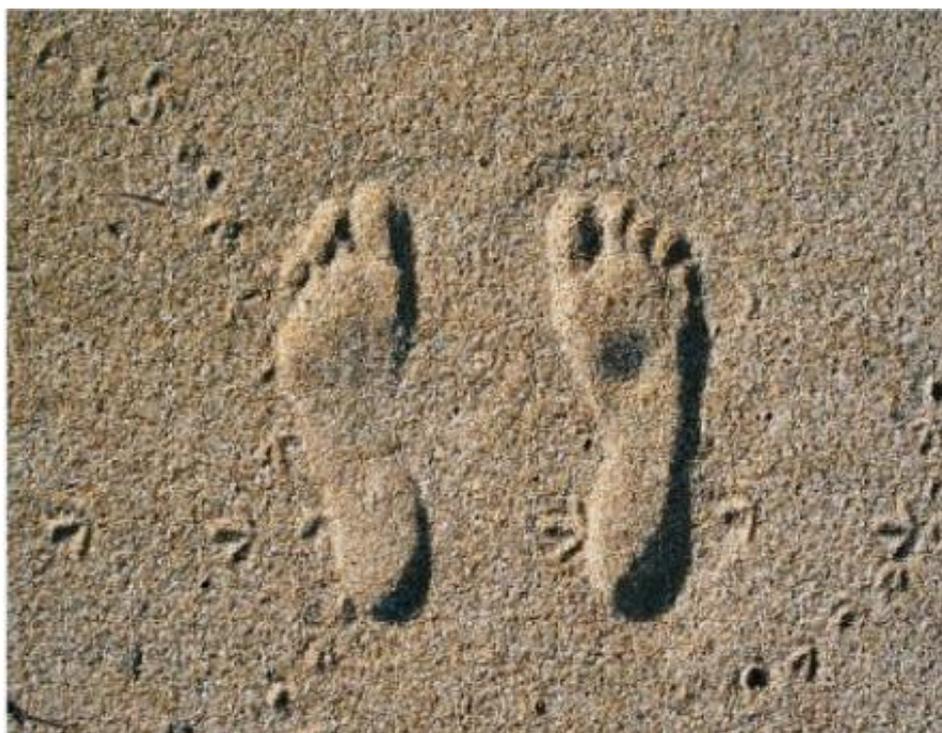


Figura 1-2. Un ejercicio en doble enfoque

¿Cómo cambió su nivel de activación cuando comenzó a mirar la imagen? Probablemente percibió un aumento inicial en la activación que disminuyó rápidamente después de identificar el contenido. Esta caída indica que acumuló un atractor sobre el contenido de la imagen. Salir del estado de activación es un poderoso impulsor de nuestros procesos mentales porque el cerebro intenta ahorrar energía. Su proceso mental le obliga a esta interpretación. Se convirtió en un esclavo de su piloto automático. ¿Difícil de creer? ¡Ya verá! Examinemos ahora el contenido de lo que vio por primera vez.

Probablemente vio pies en la arena. Suponemos que la mayoría de ustedes vio pies saliendo de la arena, como si hubieran sido tallados, ¿correcto? De acuerdo, déjenos ser racionales ahora. ¿Qué

tan probable es que alguien se haya esforzado por tallar estos pies de la arena? ¿Y las huellas de las gaviotas también? Mire su nivel de activación. ¿Está aumentando de nuevo? Bueno, sembramos alguna incoherencia entre su proceso de percepción automática y su mente racional. Esta incoherencia conduce a una mayor activación. ¿Está tratando de encontrar alguna justificación de por qué los pies están tallados y no impresos en la arena? ¡Una reacción bastante normal! El atractor (o el esquema) lucha por su “vida” e intenta evitar volver al estado de fluctuación.

De la persona que tomó la foto, sabemos que estas son huellas en una playa en Bretaña, cerca del atardecer. Entonces, con esto en mente, debería poder ver los pies impresos en la arena. Algunos de ustedes probablemente puedan. ¿Qué hay de su nivel de activación? Intente cambiar su perspectiva ahora. ¿Imposible? ¡Entonces, probablemente no esté esforzándose lo suficiente! ¡Por favor, intente un poco más!

¿Qué hay de su nivel de activación? ¿Está comenzando a sentirse un poco fastidiado o molesto por nosotros al ser insistentes? Esta es la reacción normal que proviene de su necesidad de asertividad. Los clientes sienten lo mismo cuando nos volvemos demasiado exigentes. Ahora, la reeducación entra en juego. Mire el talón del pie a la derecha. ¿Puede ver la luz del sol entrando desde el lado derecho a través de la arena, formando el borde donde se presiona el talón en la arena? La huella crea la sombra en el borde derecho. Más a la izquierda, la luz del sol ilumina la huella en la arena. ¿Funcionó esta instrucción? ¡Estupendo! ¿Su nivel de activación indica que acumula un segundo atractor? Ahora, tiene dos interpretaciones de la imagen. Su mente se ha ampliado; ha ganado flexibilidad.

¿Qué hay de aquellos de ustedes que todavía no pudieron cambiar su perspectiva? Su tensión probablemente aún se mantenga alta. Para darle un poco de alivio y llevar el experimento a un final exitoso (como en cada sesión de terapia de esquemas), eche un vistazo a la Figura 1-3.

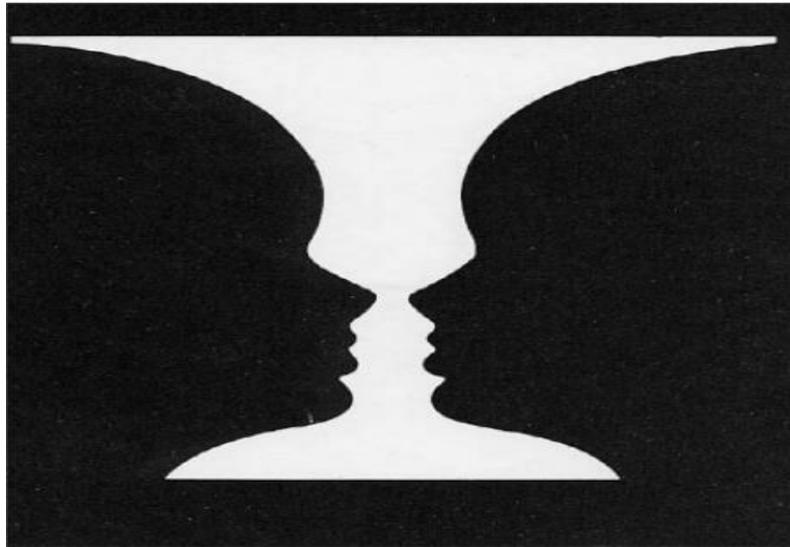


Figura 1-3. Un segundo ejercicio en el enfoque dual

Seguro puede cambiar la perspectiva ahora. Pero obsérvese a sí mismo cuidadosamente cuando cambie de las caras al jarrón (o al revés). ¿Puede sentir el pequeño “golpe”? No hay un cambio suave sino un tipo de punto de inflexión. Esta es la razón por la cual este tipo de imágenes se llaman imágenes *con doble sentido*. El pequeño bache indica el cambio de atractor y un breve estado transitorio de fluctuación. Finalmente, note su disminución en la activación ahora. La Figura 1-4 resume el nivel cambiante de activación y los atractores, o esquemas resultantes.

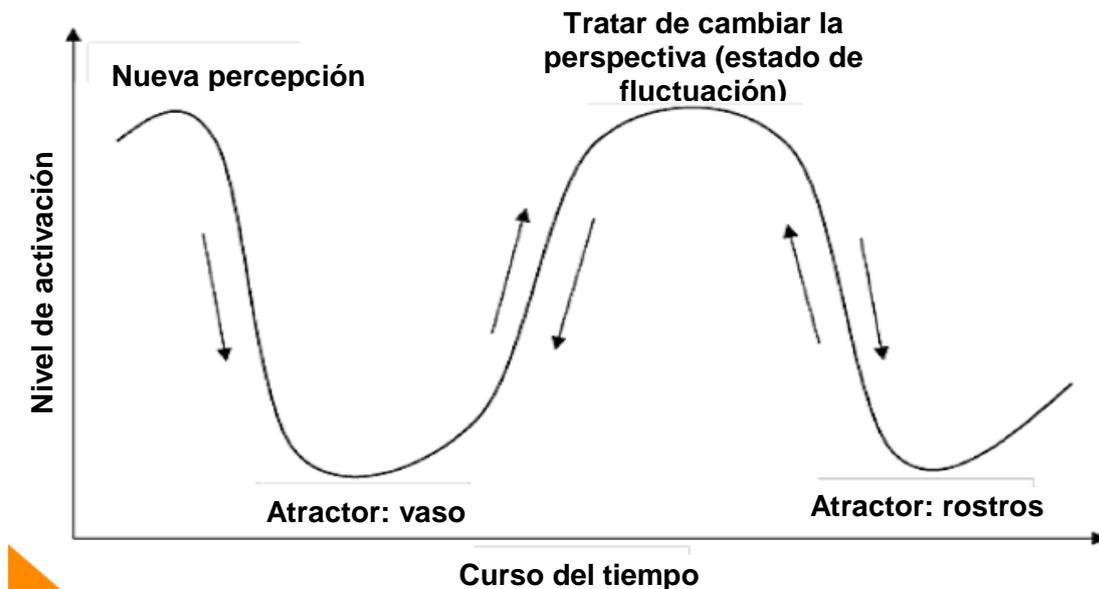


Figura 1-4. Atractores y campo energético

Viajar por el camino desde las buenas intenciones hasta el cambio conductual real a menudo requiere tiempo, paciencia y

esfuerzo constante (para obtener detalles, consulte el capítulo 8). La relación terapéutica es una herramienta poderosa para conectarse con los clientes y apoyarlos a medida que suben la colina energética entre dos atractores. Inducir cambios toma tres pasos principales que pueden ocurrir a lo largo de la terapia:

1. **Desarrollar la motivación y mostrarle al cliente que hay otro camino que podría tomar.** A menudo, esto ocurrirá al identificar con el cliente cómo se ve y se siente un esquema sano o una respuesta del adulto sano.
2. **Inducir experiencias emocionales correctivas para darle al cliente acceso a información adaptativa y crear un estado atractor alternativo.** En la terapia de esquemas, el terapeuta generalmente logra esto al usar una combinación de técnicas experienciales (por ejemplo, la imaginería rescriptiva), relacionales (reeducación limitada) y conductuales (experimentos conductuales).
3. **Entrenar una capacidad de conciencia** consciente para aumentar la conciencia del cliente sobre los patrones antiguos, maladaptativos e impulsados por el esquema y la posibilidad de elegir respuestas adaptativas alternativas.

En la terapia de esquemas, el organizador o conductor de este proceso de cambio se denomina el modo del adulto sano. Describimos en detalle en el capítulo 7 cómo los terapeutas pueden capacitar explícitamente este modo para los clientes en terapia.

Aprendizaje emocional

Joseph LeDoux (1996) describió dos vías principales para procesar la información entrante:

- La llamada vía inferior (pero más rápida) en el sistema límbico, impulsada principalmente por emociones precognitivas (básicas).
- La vía más lenta, que incluye más procedimientos cognitivos, en las áreas corticales del cerebro.

Procesos cerebrales y modos. Las respuestas autonómicas de la vía inferior reflejan la etapa más antigua en el desarrollo del cerebro. Esta vía está basada en las necesidades, impulsada por contingencias y aún presente como el nivel más bajo de funcionamiento una vez que nos activamos intensamente a nivel emocional. Experimentamos estas emociones precognitivas como si

estuviéramos en un modo “del niño”, a veces, en un estado preverbal (Stern, 1985). Durante el desarrollo del habla, las representaciones simbólicas del mundo exterior se almacenan en áreas corticales en términos de marcos relacionales cognitivos (consulte “La perspectiva contextual o de la tercera ola” en este capítulo). Nos ayudan a desarrollar un conjunto de reglas de despliegue (Fuster, 2002) que luego experimentamos como creencias o lo que se llama modos críticos internos en el contexto de la terapia de esquemas. La corteza cingulada anterior proporciona una zona de convergencia para fusionar la entrada emocional y cognitiva (Botvinick, Braver, Barch, Carter y Cohen, 2001), preparando la conducta ejecutada (modos de afrontamiento). Con la maduración, las habilidades de autocontrol emergen en los procedimientos conscientes de la memoria de trabajo en la corteza prefrontal lateral (LeDoux); llamamos a esto el modo del adulto sano. Vamos a entrar en los detalles de los modos en el capítulo 3. Este breve resumen está destinado a describir más o menos la relación de los modos con los procesos cerebrales subyacentes.

Cambiar los esquemas. Dado que los esquemas son como senderos en la estructura neuronal del cerebro, no se pueden eliminar ni curar en el sentido de deshacerlos (Hayes *et al.*, 2012). Sin embargo, al desarrollar vías adicionales, podemos construir una red de superposición, por ejemplo, mediante la creación de conexiones sinápticas inhibitorias. Este tipo de sobreaprendizaje debilita los atractores y facilita el cambio a estados atractores más funcionales. En la metáfora del sendero, eso significa tomar conscientemente un nuevo camino y no seguir el piloto automático. De acuerdo con la teoría de control del poder (1973), hacer esto requiere influenciar el sistema existente desde un nivel más alto de funcionamiento. Al comienzo de la terapia, esta influencia es el terapeuta. Más tarde, el modo del adulto sano del cliente es lo suficientemente fuerte como para hacerse cargo. Por lo tanto, el cliente internaliza el modelo de “buen padre” del terapeuta. A diferencia de una contingencia gratificante, esta estructura no se desvanece, sino que se convierte en una competencia mental que el cliente debe utilizar para liderar los procesos emocionales (Lewis, 1990).

Esta función ejecutiva del adulto sano se entrena sistemáticamente en las técnicas experimentales presentadas en el capítulo 8. El impacto que la psicoterapia tiene en el proceso de toma de decisiones es visible en la resonancia magnética funcional (IRMf): mientras que las drogas afectan directamente a la amígdala, la

psicoterapia actúa indirectamente mediante la creación de circuitos inhibitorios, comenzando en la corteza prefrontal y llevando a una regulación descendente secundaria de las actividades de la amígdala (DeRubeis et al., 2005). Es probable que todos los tipos de psicoterapia funcionen al aumentar las actividades prefrontales y amortiguar la activación límbica (DeCharms, 2008).

La ventana de la tolerancia emocional

Nuestras posibilidades de aprender algo nuevo dependen en gran medida de nuestro nivel de activación emocional. La curva de aprendizaje sigue una forma de U invertida (Yerkes y Dodson, 1908; vea la Figura 5-5). Si el nivel de activación es demasiado bajo (por ejemplo, debido a la somnolencia), no ocurre el aprendizaje. Los procesos neuronales se mantienen estables y sin cambios. La atención plena mejora el aprendizaje, pero si el nivel de activación aumenta demasiado, el sistema de alarma se activa, cierra las actividades cerebrales a un nivel de procesamiento automático impulsado por las emociones y se cierra la información nueva (esto se denomina secuestro emocional; Goleman, 1995). No ocurre ningún cambio en este estado tampoco. Solo cuando el nivel de activación se mantiene dentro de la llamada ventana de tolerancia emocional se procesa la información nueva, lo que induce cambios en el almacenamiento de información y crea nuevos atractores. Las actividades prefrontales intensivas ayudan a reorientar (esto se denomina anulación cortical, Siegel, 1999).

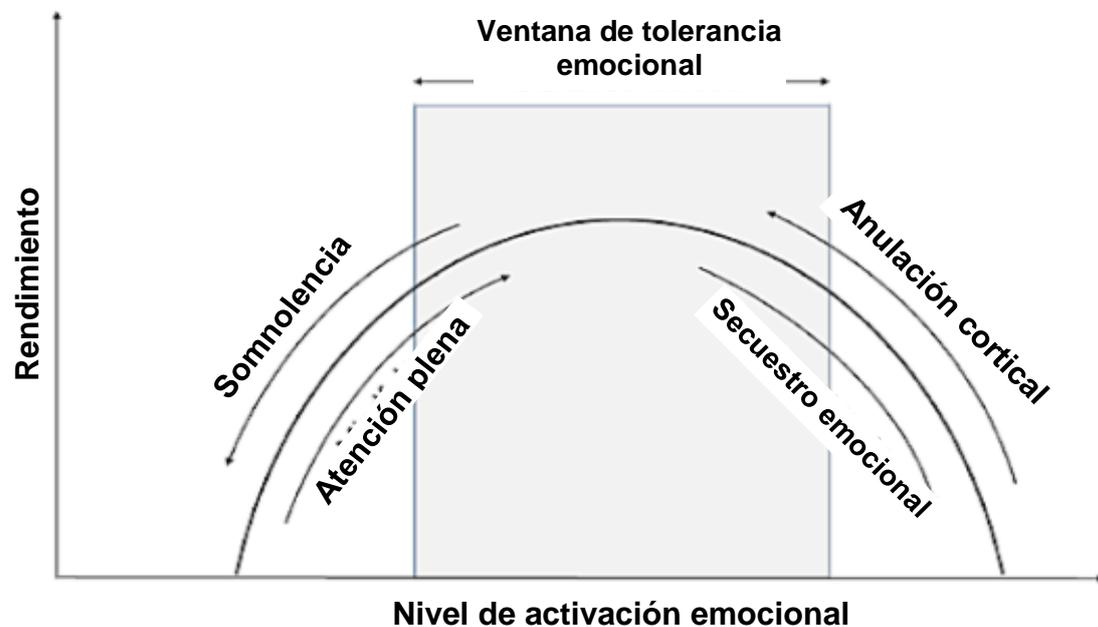


Figura 1-5. La ventana de la tolerancia emocional

Aprender significa desarrollar nuevos atractores, dependiendo del nivel de activación emocional (intensidad o frecuencia, o ambas). Los fármacos del desapego emocional administrados antes de un experimento conducen a una reducción de la consolidación de la memoria (Cahill, Prins, Weber y McGaugh, 1994). Estos hechos tienen dos consecuencias importantes:

1. Cada experiencia emocional intensiva en la infancia conduce a huellas en las redes neuronales evolutivas del niño y desarrolla esquemas. Esto es especialmente relevante para los primeros dos años de vida, cuando se construye la mayoría de las estructuras anatómicas corticales. Las experiencias traumáticas de la infancia conllevan no solo a malos recuerdos (en el “software”) sino a una deformación duradera del desarrollo cerebral (en un nivel de “hardware”) hasta una programación epigenética (Heim, Shugart, Craighead y Nemeroff, 2010). Tenemos que aceptar nuestros esquemas, que llevan nuestras heridas emocionales.
2. Los esquemas deben ser activados para ser transformados y reconsolidados de una manera diferente (Nader y Hardt, 2009). En la terapia, tenemos que crear experiencias adecuadamente intensivas para desarrollar nuevos atractores. Esto difícilmente se puede lograr a través de intervenciones puramente cognitivas (Hayes *et al.*, 2012) pero se puede hacer con el trabajo de imaginación cuando las emociones se activan fácilmente (Arntz, 2012). Las experiencias emocionales correctivas establecen las rutas neurales (en términos de esquemas positivos) para nuevas vías con el fin de asumir un nivel de conducta. Las buenas intenciones necesitan una base neuronal para poder conducir a una nueva conducta. Esta es la razón por la cual las técnicas experienciales y los experimentos conductuales son fundamentales en la terapia.

Principio: el terapeuta está a cargo de mantener el nivel de activación lo suficientemente alto para que los esquemas claves se activen, pero lo suficientemente bajo para prevenir que el cliente se bloquee.

Las heridas emocionales del cliente, o esquemas, pueden permanecer latentes durante años a menos que un evento desencadenante active al “durmiente”. Solo la combinación de la activación de esquema y el reprocesamiento del esquema controlado dentro de la ventana de tolerancia emocional permite a los clientes

integrar activaciones de esquemas en su historial de vida y lidiar con ellas. A modo ilustrativo, aquí hay una viñeta de caso:

Sally fue admitida en el hospital con un aumento dramático de los ataques de pánico que comenzaron después de la extracción de una muela del juicio bajo narcosis. Con cada ataque de pánico, los síntomas se ponían más graves. En una sesión de imaginación con su terapeuta, visualizó el papel tapiz de la habitación de su infancia, junto con el miedo a morir. Luego, recordó que sus padres una vez le dijeron que cuando tenía dos años la encontraron inconsciente en su cama, casi ahogada por una cuerda que fijaba la cubierta de su cama. Ahora, Sally y su terapeuta podían identificar la sensación de desmayo como parte de la escena en la cama, el comienzo de la narcosis y la sensación de mareo al comienzo de los ataques de pánico. Cada ataque de pánico activaba el esquema conectado con el miedo mortal resultante de la escena de la infancia. Después de descubrir esta conexión, fue mucho más fácil para ella relacionar sus sentimientos de pánico con el esquema, distanciarse de ellos y permanecer en un modo de afrontamiento adulto centrado en sus actividades presentes.

Mentalización y la teoría de la mente

Durante la “década del cerebro” a principios de este siglo, el determinismo biológico fue enfatizado en exceso. Se consideró que las actividades mentales surgían únicamente de actividades cerebrales (vea, por ejemplo, Metzinger, 2000). Ahora, el péndulo retrocede nuevamente y estamos observando un renacimiento de la perspectiva de la “teoría de la mente” (Leslie, 1987). El cerebro se ve como un “órgano social” (Adolphs, 2003) que se desarrolla en una interacción mutua con su entorno. El yo se crea a sí mismo en un mundo social (Eisenberg, 1995) al conectar las activaciones internas con las reacciones de los demás. En un primer paso, en un nivel preverbal, experimentamos representaciones (modos) separadas de un yo central fragmentado (Stern, 1985). En un proceso de autorreflexión (o en términos de terapia de esquemas, conciencia del modo) desarrollamos un sentido de un yo conceptual (Hayes *et al.*, 2012), integrando las partes (modos) en un yo coherente (Siegel, 1999) expresado en una autonarrativa. Organizamos nuestro yo autobiográfico de una manera canónica y semántica que es culturalmente requerida. La “historia” resultante nos convierte en la persona que creemos que somos, tanto para nosotros mismos como para los demás (McAdams, 2001). Finalmente, nos relacionamos con

los valores para definir nuestro lugar en el mundo social (columna de la derecha en la Figura 1-6).

Conectándose. En una pista conceptual paralela, Fonagy, Gergely, Jurist y Target (2004) describieron una actividad mental que denominaron “mentalización” que conecta nuestros estados de ánimo internos y sus representaciones mentales. Además de ver el mundo desde el interior, a través de la maduración, desarrollamos la habilidad de mirarnos desde el exterior (postura del observador). La mentalización también nos permite comprender lo que sucede en otras personas. Integramos sus comentarios, expresiones faciales y señales no verbales en nuestra comprensión de la escena. Este andamiaje social organiza nuestra forma de experimentar y crea símbolos individuales que calibramos con los símbolos colectivos de nuestra sociedad. Nos convertimos en parte de un sistema social y aprendemos a seguir sus reglas de despliegue (columna de la izquierda en la Figura 1-6). La mentalización es una segunda conexión prosocial con los otros, junto con nuestro sentido de pertenencia que se basa en el efecto de la oxitocina. En términos del concepto de “mente extendida” (Clark y Chalmers, 1998), la mentalización nos ayuda a distanciarnos de nuestros impulsos internos, adaptándolos a las necesidades de nuestro entorno social. En la terapia, los juegos de roles y el cambio a una perspectiva en tercera persona se basan en las habilidades de mentalización.

Principio. La mentalización conecta nuestros estados internos dirigidos por las necesidades con el mundo social que nos rodea.

Socialización

Constitución del yo

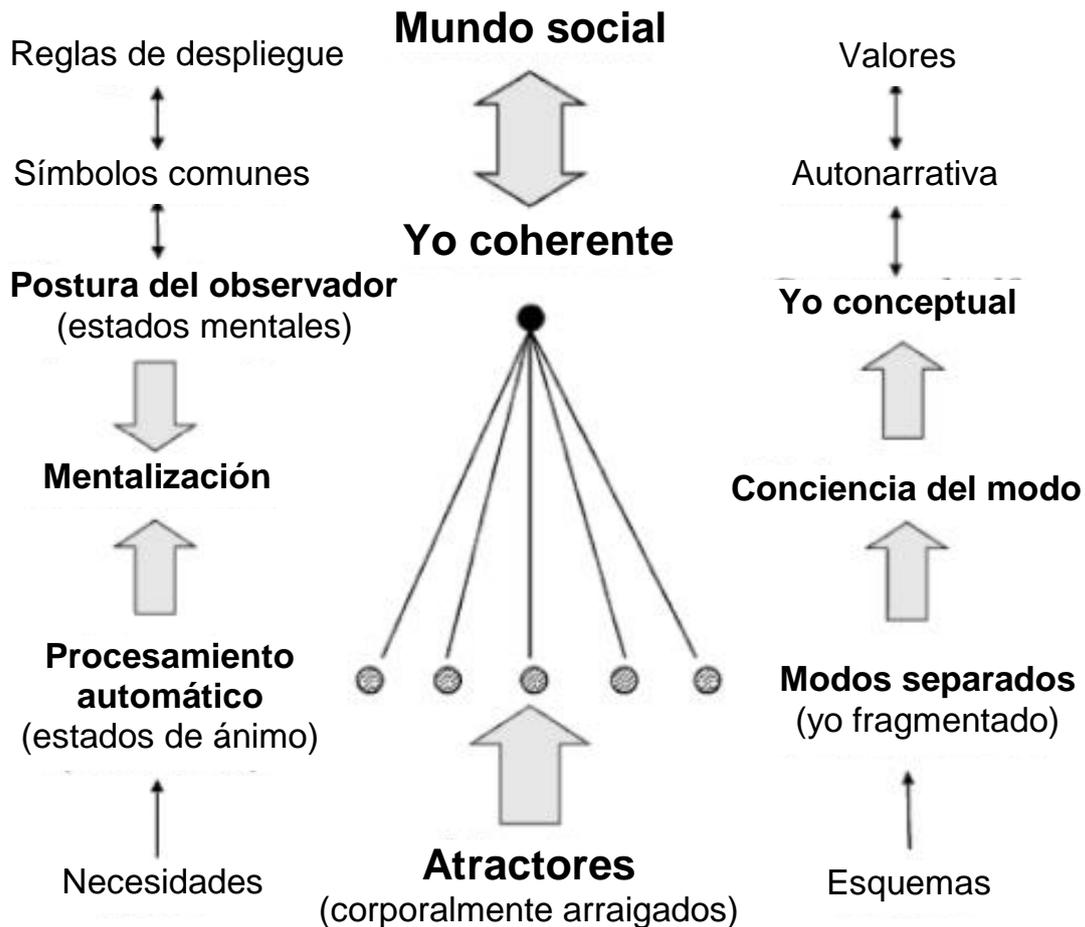


Figura 1-6. Socialización y constitución del yo

Volviéndose vulnerable. La mentalización nos conecta con los otros, pero también nos hace vulnerables a su impacto sobre nosotros, que puede invadir nuestro desarrollo. Desarrollamos el sentido de nosotros mismos en función de cómo los demás reaccionan a nosotros. Winnicott (1958) describió cómo un bebé que no es reflejado por su madre no construye su yo sino que internaliza la imagen de la madre. Este es un ejemplo de cómo los objetos externos se vuelven parte del mundo interno. Por lo tanto, la voz de un abusador más tarde se siente como una parte inherente del yo. Un niño no puede protegerse contra estas influencias. La identificación con las expectativas sociales y las evaluaciones de los demás plantea el riesgo de que tengamos conflictos internos con nuestros impulsos egocéntricos biológicamente arraigados, por ejemplo, nuestras necesidades de asertividad.

La integración es frágil. Finalmente, el proceso de desarrollo de un ser integrado permanece frágil y reversible. Cuando estamos cansados, enfermos, ebrios, dementes o en estado de furia, la mentalización se descompone y nuestra sensación de un yo coherente se desmorona. Partes del yo pueden volverse dominantes, y más tarde, podríamos volver a otro estado; por ejemplo, los clientes de trauma a veces operan con un yo fragmentado (Yehuda y McFarlane, 1995). En la terapia de esquemas, llamamos a estos cambios rápidos *salto de modo* (Bamber, 2004).

La perspectiva contextual o de la tercera ola

De la segunda a la tercera ola. La llamada terapia cognitiva de segunda ola enfatizó inicialmente el cambio directo, desde el contenido maladaptativo (“soy imperfecto”) a un contenido más sano y adaptativo (“lo valgo”). Si bien, este énfasis ha sido bastante exitoso, las terapias conductuales contemporáneas se enfocan en cambiar la forma en que uno se relaciona con las experiencias internas (pensamientos, sentimientos, impulsos) como una ruta importante hacia el bienestar (Hayes *et al.*, 2012).

Principio: las terapias de la tercera ola cambian el enfoque desde el contenido y las intenciones al contexto y los efectos presentes.

Durante los últimos quince años, este cambio en el énfasis ha llevado al desarrollo de una gama de enfoques que caen bajo la protección de las “TCC de la tercera ola” que incluye terapias tales como la terapia de aceptación y compromiso (ACT, Hayes *et al.*, 2012), la terapia cognitiva basada en la atención plena (Segal, Williams y Teasdale, 2002), la terapia centrada en la compasión (Gilbert, 2010), enfoques metacognitivos (Wells, 2009) y psicoterapia analítica funcional (Holman, Kanter, Tsai y Kohlenberg, 2017).

La influencia del budismo. Inspiradas en la psicología budista, la mayoría de las terapias de la tercera ola enseñan a los clientes a distanciarse del pensamiento automático al observar el proceso de pensamiento en sí mismo desde la perspectiva de un observador consciente. Como una etiqueta general para todas las terapias orientadas de la tercera ola, Hayes y colegas (2012) sugirieron el término “terapias contextuales”. Mientras tanto, McKay, Lev y Skeen (2012) han conectado las técnicas de ACT con la terapia de esquemas, mientras que van Vreeswijk y sus colegas (2014) le han agregado la atención plena.

El modelo de terapia de esquemas permanece intacto incluso con la atención plena integrada en él, pero cada vez más el rol del terapeuta de esquemas es ayudar al cliente no solo a desarrollar un contenido de esquema más adaptativo, sino, también, a crear la conciencia del modo como un mecanismo central de cambio (Farrell y Shaw, 2018). Algunas investigaciones iniciales (Brockman, 2013; Lazarevic, Hough y Brockman, 2013) sugirieron que existe una superposición considerable entre los modelos de tercera ola y el modelo de la terapia de esquemas, y que las técnicas de los modelos de tercera ola ya se han integrado con éxito en el modelo de la terapia de esquemas.

Teoría de marco relacional. Hayes y colegas (2012) describieron una teoría subyacente de las terapias contextuales llamada teoría de marco relacional. No pretendemos que esta teoría abarque por completo los antecedentes de la terapia de esquemas, pero su punto de vista sobre los procesos cognitivos a nivel práctico contribuye a una comprensión más detallada de la conducta funcional (adulto sano).

Para aquellos que no están familiarizados con la teoría de marcos relacionales y los procesos terapéuticos básicos derivados de ella, ofrecemos una breve descripción. Nuestro proceso mental constantemente tiende a relacionar dos (o más) objetos si aparecen simultáneamente. Hayes y sus colegas (2012) llaman a esta conexión cognitiva un marco relacional. Una vez que se establece el marco relacional, si se activa una parte, se activará todo el marco (o red). Las redes de miedo, descritas por Foa y Kozak (1986), son un ejemplo clínico típico de este tipo de activación generalizada.

Pensar en términos de crear relaciones entre objetos es una espada de doble filo. Por un lado, permite a los humanos extraer reglas y anticipar eventos. Podemos aprender de nuestra propia experiencia y la de otras personas en lo que Sterelny (2003) llama “ingeniería descendente”. Esta relación es la fuente de nuestro desarrollo cultural. Las estructuras resultantes en nuestras operaciones de pensamiento son atractores o esquemas.

Por otro lado, los atractores desvían nuestros procedimientos de pensamiento hacia vías determinadas y tienden a reducir nuestra flexibilidad para reaccionar aquí y ahora. Los marcos relacionales pueden generar prejuicios que limitan nuestras posibilidades de aprendizaje. Por ejemplo, si un niño tiene una mala experiencia con un perro, puede tender a considerar a todos los perros peligrosos y nunca tendrá uno. Si una anciana que vive sola lee en el periódico

sobre el creciente número de ladrones y oye un ruido de rasguños en su puerta, podría llamar a la policía. El miedo domina la percepción. Extendemos, o proyectamos, nuestro mundo interno en el mundo que nos rodea. Hayes y sus colegas notaron que “nuestras mentes comienzan a advertirnos con alarmas sobre estados psicológicos pasados y futuros en lugar de con solo alarmas sobre amenazas externas... con resultados tóxicos” (2012, p.18). Comparan esto con “un tipo de reacción alérgica a nuestro propio mundo interno” (p.19), llamando a estos procedimientos de pensamiento autorre restrictivo “fusión cognitiva”. Esos procedimientos de pensamiento nos atrapan en nuestras propias “redes ontológicas” (p. 30), y ni siquiera nos damos cuenta.

Los seis procesos patológicos que conducen a la rigidez psicológica. Muchos trastornos clínicos muestran signos de pensamiento fusionado, como la reflexión del pensamiento en la depresión o el trastorno de ansiedad general, o pensamientos que anticipan desastres (fobias, trastorno obsesivo-compulsivo, hipocondría, paranoia). Hayes y sus colegas nombraron seis procesos centrales patológicos subyacentes que conducen a la amplia gama de trastornos en el DSM-5 y representan “excesos de conductas normales y procesos cognitivos” (2012, p.10):

1. **Fusión cognitiva:** el “lado oscuro del poder mental” (p. 19) crea marcos relacionales.
2. **Evitación experiencial:** “intentar evitar, suprimir o eliminar las experiencias privadas no deseadas” (p. 22); la “conducta viene a estar más bajo un control aversivo que bajo control apetitivo –más dominado por la evitación y el escape que por la atracción natural” (p. 23).
3. **Atención inflexible:** “un modo de resolución de problemas de la mente está restringido, orientado por el futuro o pasado, a veces, rígido, crítico y altamente literal” (p. 57).
4. **Apego al yo conceptualizado:** ser absorbido e identificado con la propia historia del yo.
5. **Interrupción de los valores** mientras es absorbido por los problemas cotidianos.
6. **Inactividad, impulsividad o evitación persistente** como conducta automática centrada en el yo.

Los seis procesos funcionales para la flexibilidad psicológica. Hayes y colegas identificaron seis procesos principales que consideran como capaces de usarse para recuperar la flexibilidad

psicológica para “controlar todo el espectáculo de los síntomas o síndromes” (2012, p. 60):

1. **Defusión:** desenredarse de los procesos automáticos (fusionados) de la mente mediante el desarrollo de “habilidades para pasar de un modo mental fusionado de resolución de problemas a un modo mental descriptivamente comprometido” (p. 21).
2. **Aceptación:** como “la alternativa preferida para la evitación experiencial” (p. 23); esto incluye aceptar pensamientos futuros en vez de “no pensar en algo, pensar menos en algo o pensar solo de una forma” (p. 50).
3. **Momento presente/atención plena:** “aprender a ser conscientemente consciente del propio pensamiento mientras este se da” (p. 23) en una forma consciente y flexible.
4. **Yo como contexto:** ver el yo en una “corriente cambiante de eventos”, incluyendo “la historia y situaciones mientras se relacionan con la conducta” (p. 33) en un contexto funcional; “la verdad es lo que funciona” (p. 33).
5. **Valores:** “todas las interacciones terapéuticas son evaluadas mientras se relacionan con los valores escogidos del cliente y sus metas y el problema siempre es la trabajabilidad” (p. 34).
6. **Acción comprometida:** mantener la atención enfocada en “desarrollar patrones sucesivamente más grandes de acciones efectivas basadas en valores, tal como se hace en la terapia conductual tradicional” (p. 66).

Estos seis procesos funcionales describen tres estilos de respuestas sanas: estar abierto, estar centrado y estar comprometido.

Terapia de esquemas como un enfoque de terapia conductual contextual. Las características principales de ACT como enfoque conceptual son totalmente consistentes con la terapia de esquemas, por lo que es una buena candidata para ser una terapia contextual. Creemos que la terapia de esquemas se beneficiará al tener un enfoque explícito en estos procesos contextuales. Primero, la centralidad de las necesidades en el modelo de esquemas significa que no hay una verdad inherente en términos de esquemas. Más bien, un esquema es adaptativo o maladaptativo según el contexto y la capacidad de ese esquema para ayudar a la persona a experimentar la satisfacción de las necesidades en ese contexto. El enfoque de esquemas es, por ende, un modelo funcional-contextual en el que la satisfacción de necesidades es el poder para el contexto.

Existen cuatro grandes implicaciones para el terapeuta de esquemas desde este punto de vista contextual:

1. Esquemas y patrones conductuales son funcionales (es decir, al final, ejercen alguna función) y deben descubrirse.
2. Un contexto que se debe entender en términos muy amplios, desde desencadenantes situacionales actuales hasta los antecedentes evolutivos de los esquemas (como el trauma infantil).
3. Alterar aspectos del contexto, ya sea en la sala de la terapia (como al crear una defusión) o en la vida de la persona (al crear la satisfacción de las necesidades), puede conducir a un cambio terapéutico y, por lo tanto, es un objetivo terapéutico importante.
4. El objetivo final de la terapia es crear un yo sano y flexible que se preocupe por el cumplimiento de la satisfacción de las necesidades basado en los valores a más largo plazo.

Resumen

En este capítulo, resumimos brevemente los conceptos teóricos bien aceptados en los que basamos nuestro modelo extendido de terapia de esquemas. Creemos que esta información contribuirá a una comprensión más profunda de nuestras intenciones de refinar la relación terapéutica y aplicar las técnicas. Añadiremos algunos detalles teóricos más adelante para subrayar cómo la terapia de esquemas puede desarrollarse más como una terapia contextual sin perder sus raíces. En el capítulo 7, especialmente, integraremos los procesos funcionales de ACT sin problemas en el desarrollo del modo del adulto sano.

Bibliografía

Eckhard Roediger MD and Bruce A. Stevens PhD. (2018) Contextual Schema Therapy: An Integrative Approach to Personality Disorders, Emotional Dysregulation, and Interpersonal Functioning. Chap.1