

TERAPIA DE ESQUEMAS PARA EL TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD

Psicólogo Carlos Jesús Buiklece Salardi

En este artículo se expondrá brevemente el sustento teórico y científico para la aplicación de la psicoterapia de Esquemas para el trastorno límite de personalidad (TLP).

La terapia de Esquemas es un modelo de psicoterapia creada por Jeffrey Young y colaboradores a inicio de los años noventa. Jeff. Young había desarrollado originalmente su modelo de intervención centrado su atención en los Esquemas Desadaptativos Tempranos, postulando que estas estructuras mentales se originan en la vida de los individuos durante la infancia y la adolescencia a partir de la frustración de 5 necesidades emocionales básicas, afectando la manera de autopercebirse, percibir el mundo y a los demás, y que éstos esquemas son activados en la edad adulta desencadenando síntomas clínicos y comportamientos autodestructivos. Más tarde, él tuvo dificultades para aplicar esta forma de intervención con pacientes Borderline. Observó que los pacientes con trastorno límite de la personalidad “saltaban” de un esquema a otro, de estilo de afrontamiento a otro y de estado emocional a otro, y todo en una misma sesión. Esto lo llevó a ampliar el modelo de Esquemas, abarcando el concepto de Modos de esquemas.

Los Modos son estados emocionales, cognitivos, neurológico y conductuales, presentes en un momento específico. Además de esto, los Modos son cambiantes y cada uno requiere una intervención particular. En terapia el paciente es psicoeducado bajo el modelo de los modos, teniendo una conceptualización de Modos, el cual vincula síntomas y comportamientos que requieren ser abordados como objetivos de terapia. Además de ello, el contexto histórico de la paciente responde a sus Esquemas.

CAPÍTULO I. TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD (TLP)

Las personas con TLP desarrollan problemas con varios aspectos de su vida: Las relaciones interpersonales, la autoimagen, cambios de humor, problemas con el self, las cogniciones y conductas impulsivas.

Alguno de los comportamientos que suscitan mayor atención, son el consumo de sustancias y las autolesiones, y el 10% muere como resultado de un intento de suicidio (Paris, 1993).

Los criterios diagnósticos del TLP aparecen en el CIE-10 con el código de F60.3, siendo los principales síntomas los siguientes:

Criterios Diagnósticos del CIE- 10 (F60.3)
<ul style="list-style-type: none">• Alteración o dudas acerca de la autoimagen.• Facilidad para verse envuelto en relaciones inestables que a menudo terminan en crisis emocionales.• Esfuerzos excesivos para evitar el abandono.• Reiteradas amenazas o actos de automutilación.• Sentimiento crónico de vacío.

1.2 Comorbilidad del TLP

El TLP es en muchas ocasiones tardíamente diagnosticado, debido a que se superpone con otros diagnósticos, no obstante una persona con TLP desarrollan también otras afecciones psicológicas, entre las que destacan los trastornos de ansiedad como ataques de pánico, fobia social, TOC, ansiedad generalizada; trastornos del estado de ánimo como Depresión, Consumo de sustancias, trastornos alimenticios como la Bulimia, trastorno Bipolar. Además todos los trastornos de personalidad pueden ser comórbidos al TLP, pero los más frecuentes son antisocial, histriónica, narcisista o evitativa.

Los diagnóstico del Eje I. complejizan aún más el proceso terapéutico, sin embargo, estos también requieren atención. Se sugiere no centrarse exclusivamente en los síntomas agudos, sino también trabajar las conductas impulsivas y de autodaño.

1.3 Desarrollo del TLP

La mayoría de los pacientes con TLP han experimentado en la infancia y/o adolescían abuso físico, sexual o psicológico, siendo en el caso del abuso emocional el más difícil de identificar y reconocer como nocivo, debido a que se camufla con sentimientos de lealtad hacia los padres.

Algunos autores postulan que la biología se interrelaciona con el ambiente invalidante, y la actitud reforzante de conductas inadecuadas e intermitentes por parte de los padres, lo que desemboca en desregulación emocional o TLP (Linehan, 1993).

Para Arnoud Arntz y colegas, las experiencias traumáticas, en combinación con el temperamento, el apego inseguro, y el contexto social, da como desarrollo interpretaciones inexactas y distorsionadas acerca de si mismas y el mundo. Los pacientes con TLP tienen un apego desorganizado, resultado de la situación irresoluble cuando eran niños, siendo sus figuras de apegos también fuentes de angustia y estrés.

CAPÍTULO II. TERAPIA DE ESQUEMAS PARA EL TLP

Durante años el TLP se abordaba con la terapia psicoanalítica, sin embargo en los años noventa esto empezó a cambiar, cuando los terapeutas Cognitivos Conductuales comienzan a estudiar como intervenir eficazmente con este diagnóstico.

En ese año, Aaron Beck amplió la Terapia Cognitiva Conductual para trastornos de personalidad, logrando intervenir con éxito en conductas suicidas y parasuicidas, sin embargo no se daba un cambio profundo de personalidad.

En simultáneo Jeffrey Young desarrolla la Terapia de Esquemas a partir de la Terapia Cognitivo Conductual y modelos experienciales como la Gestalt y la Teoría del Apego de Bowlby. Posteriormente, este modelo se amplía para abarcar los Modos de Esquemas, con un fuerte énfasis en la relación terapéutica, procesamiento de traumas y cambiando patrones conductuales fuertemente arraigados.

2.2 Resultados de Investigación

La investigación sobre las formas tradicionales de Terapia Psicoanalítica mostró porcentajes muy altos de abandono del tratamiento (46% - 67%). En cuatro estudios longitudinales el 10% de los pacientes fallecieron durante el tratamiento o dentro de los 15 años posteriores (París, 1993).

El primer estudio controlado de tratamiento cognitivo conductual, lo realizó Marsha Linehan en 1993. La Terapia Dialéctica conductual (DBT) reportó tasas de abandono más bajas, menos hospitalizaciones y una mayor reducción de los comportamientos suicidas y parasuicidas. En otras variables de psicopatología no hubo diferencias significativas en comparación al tratamiento de control.

La Terapia de Esquemas (TE), fue estudiada en Países Bajos, donde se comparó con la terapia enfocada en la transferencia. Este estudio inició en el año 2000 y concluyó 3 años después. La Terapia de Esquemas mostró resultados positivos, mayores a las de la terapia focalizada en la transferencia, abarcando la reducción de los síntomas del TLP, otros aspectos de la psicopatología general y la calidad de vida. En el siguiente estudio de esta misma población, 4 años después del tratamiento, el 52% de los pacientes que fueron abordados con Terapia de Esquemas se recuperaron del TLP. Lo más prometedor de estos estudios fue que no solo se redujeron los síntomas del TLP como las autolesiones, además de ello, su calidad de vida y autoestima mejoraron considerablemente. En Noruega se encontraron resultados similares, 4 años después de ser abordados con TE, el 50% de los pacientes ya no cumplía los criterios diagnósticos del TLP y el 80% de los casos se beneficiaron exponencialmente.

2.3 Bases Teóricas de la Terapia de Esquemas

Para Jeffrey Young, los Esquemas se desarrollan en la infancia a partir de la frustración de necesidades emocionales. El esquema surge para dar respuesta y permitir al niño adaptarse a una realidad que es altamente angustiante para él, el Esquema da un marco de referencia de lo que es familiar para el niño, por tanto provee de previsibilidad. Los Esquemas se componen de cogniciones, emociones y sensaciones corporales, y el sujeto despliega estrategias de afrontamiento para lidiar con la amenaza. Dichas estrategias son mediadas por el temperamento innato y se van complejizando con el tiempo hasta convertirse en estilos o patrones de conducta arraigados, siendo estos los síntomas clínicos y conductas problema que trae el paciente en la adultez.

Todo niño viene al mundo vulnerable y son los padres quienes deben satisfacer las necesidades emocionales para que los niños puedan crecer como personas saludables, estas necesidades son: *Conexión y aceptación, autonomía, límites realistas, expresión de emociones y juego espontáneo*. Al frustrarse estas 5 necesidades surgen hasta 18 esquemas (consulte La guía práctica de Terapia de Esquemas de Jeffrey Young y Janet Klosko para mayor detalle).

2.4 Los Modos del TLP

Los Modos son estados emocionales, cognitivos y conductuales cambiantes de momento a momento, cuando se activa un esquema aparecen de manera visible los Modos.

Existe 4 categorías de Modos: Modos de Niño, Modos Críticos, Modos de afrontamiento desadaptativos y modos saludables. Asimismo, para el tratamiento del TLP, se abordan 5 Modos principales: Niño vulnerable (abusado/abandonado), Niño enojado o impulsivo, Protector Alejado (Protector Enojado), Crítico Punitivo y Adulto Sano.

Niño vulnerable

En este Modos se experimenta de manera directa el dolor de la activación del Esquema, principalmente se expresa con emociones como tristeza, angustia, miedo, ansiedad, soledad. El paciente se siente abandonado y abusado.

Niño Enojado e impulsivo

El enojo es resultado de la activación de Esquemas, este enojo puede convertirse en arrebatos de ira y conductas impulsivas, algunas conductas autolesivas orientadas a castigar a los demás proceden del modo de niño enojado.

Distanciado Protector

Este es el modo más frecuente durante la terapia, la paciente se muestra fría y distante desapegada de las emociones, esta desconexión es una protección ante la activación de los esquemas. Muchas veces minimiza y racionaliza. Algunas conductas autolesivas proceden de este modo, si se ejecutan para evitar emociones dolorosas o para sentir dolor físico a cambio del dolor emocional. En algunos casos los síntomas como la disociación son una forma extrema del protector alejado.

Critico Punitivo

Este modo es la interiorización de los mensajes tóxicos recibidos en crianza y en la escuela. Son mensajes auto dirigidos de manera juiciosa, condenatoria, desaprobando, auto atacándose, autodespreciándose. Este modo debe ser desterrado en la terapia. Las conductas autolesivas o actos suicidas más potentes proceden de este modo, aquí se siente culpa, vergüenza y desprecio por uno mismo y se cree merecedor de castigo.

Adulto Sano

Este modo saludable e integrativo de la personalidad, representa todas las características positivas de la paciente, fortalezas, habilidades, cualidades, autocompasión, sabiduría interior, consciencia de sí misma, resiliencia. Es necesario fortalecer este Modo para proteger al niño vulnerable (validar y procesar el dolor emocional) colocar límites al niño enojado, desactivar a la voz crítica y modificar comportamientos contraproducentes. Al inicio de la terapia es el terapeuta quien modela el adulto sano, comportándose limitadamente de la forma como un buen padre lo haría.

CAPÍTULO 3. TRATAMIENTO

El proceso de intervención o de cambio en TE, aborda 3 vías distintas al tratar el TLP. Pensar, sentir y hacer, estas 3 vías corresponden a la estructura de los Esquemas: la memoria explícita (las cogniciones), la memoria implícita (las emociones y sensaciones) y representaciones operacionales (comportamientos).

Por otro lado, estas 3 vías son conceptualizadas en 3 instancias o áreas de desarrollo del paciente: durante la sesión, fuera de sesión y el pasado del paciente.

Atención en:	Canal:		
	Emociones	Pensamientos	Conductas
Fuera de terapia	.Juegos de Rol de situaciones del presente. -Imaginando situaciones presentes. -Practicando sintiendo emociones. -Exposición a mostrar emociones	-Diálogo socrático. -Formulando nuevos esquemas -Diálogo de Esquemas. -Diálogo de Modos. -Tarjeta recordatoria. -Libro de registro positivo.	-Experimento conductual. -Entrenamiento de habilidades mediante juego de roles. -Resolución de problemas. -Probar nuevos comportamientos
Dentro de terapia	-Reparentalización limitada. -Confrontación empática. -Estableciendo límites. -Cambio de Roles terapeuta - pacientes	-Reconocimiento del Esquema del paciente en la relación terapéutica. -Ideas desafiantes sobre el terapeuta. -Reconocimiento de Esquemas del terapeuta. -Autoevaluación	-Experimentos de comportamientos. -Fortalecimiento de comportamientos funcionales. -Entrenamiento en habilidades relacionadas a la relación terapéutica. -Modelamiento guiado por el terapeuta.
Pasado del paciente	-Imaginería Reescriptiva -Juegos de Rol del pasado. -2 o más Sillas -Escribiendo cartas	-Reinterpretación de eventos pasados e integración en nuevos esquemas. -Prueba historia.	-Prueba de nuevos comportamientos en individuos clave del pasado.

3.2 Estructura del Tratamiento

La TE para el Trastorno Límite de la personalidad no posee un protocolo fijo que describa sesión por sesión que temas tratar. Después de toda esta terapia durará entre 2 a 3 años, no obstante existe una serie de fases distinguibles que se describirán. Es muy importante para el terapeuta de Esquemas estar atento a los diferentes Modos que surgen en la terapia para saber cómo reaccionar frente a ellos. Es de esperar que la terapia se ajuste e individualice a cada paciente en concreto, Como menciona Jeffrey Young, no es una terapia manualizada sino una donde el terapeuta modela al paciente cómo aprender a escucharse, a satisfacer sus propias necesidades y a autorregularse.

No existe un orden establecido para estas fases pero hay 7 fases distinguibles en la TE, algunas fases pueden omitirse y en algunos casos podemos volver flexiblemente a alguna de ellas. Estas fases son las siguientes:

FASES DEL TRATAMIENTO DE TE PARA TLP			
FASE INICIAL	Y	DE	Esta fase dura entre 6 a 12 sesiones, se recoge el motivo de consulta y la conducta problema, se requiere una entrevista diagnóstica completa y una entrevista amnésica integral. El terapeuta busca la relación entre los síntomas, comportamientos problema del presente y eventos en la infancia de la paciente. También se administran inventarios
CONCEPTUALIZACIÓN			
CASOS			

	<p>para complementar la evaluación. Finalmente, se hace junto al paciente una conceptualización de caso basada en Modos en un lenguaje que éste pueda entender. Explicando cómo se conectan los problemas actuales a Esquemas y Modos. Junto a todo este proceso se trabaja la relación terapéutica (Reparentalización limitada) creando un ambiente cálido, seguro y estable.</p>
TRATAMIENTO DE SÍNTOMAS COMÓRBIDOS – EJE I	<p>Se abordan síntomas agudos del Eje I, como ansiedad, depresión, consumo de sustancias, u otros. (Preferentemente con Terapia Cognitivo Conductual). Una vez resueltos estos síntomas se procede con TE. En algunos casos, es durante la TE que aparecen estos síntomas, en ese caso, se regresa a este punto.</p>
GESTIÓN DE CRISIS	<p>Durante la crisis el Distanciado Protector no está presente, razón por la cual se experimentan las emociones más dolorosas de manera directa, el terapeuta debe intervenir de inmediato tranquilizando y consolando. No es aconsejable buscar soluciones prácticas, sino validar las emociones. Se crea un plan para gestionar las crisis y se busca vincular a personas que puedan dar soporte.</p> <p>De existir amenaza con suicidarse o autolesionarse, el terapeuta evalúa desde qué Modo procede este impulso y se interviene con la estrategia específica de dicho Modo. También se establece que el paciente puede llamar al terapeuta antes de realizar el autodaño. También se emplea habilidades para afrontar la crisis, reemplazando las conductas autolesivas por unas conductas no tan dañinas como el agua fría, ducha fría, hielo, intenso ejercicio. (Ver Linehan, 1993).</p>
INTERVENCIÓN CON MODOS DE ESQUEMAS	<p>Esta es la fase principal de la TE. Se procede a ingresar a esta fase siempre que el paciente pueda explicar con sus palabras la relación entre sus conductas problema y los esquemas y modos, todo ello bajo una conceptualización visual de Modos con objetivos claros de intervención.</p> <p>Aquí se despliegan las intervenciones Emocionales, Cognitivas y Conductuales, trabajando con los Modos del paciente.</p>
TRATAMIENTO DE TRAUMAS INFANTILES	<p>Para lidiar con eventos traumáticos, el paciente debe haber desarrollado y fortalecido su adulto sano, además de contar con una red de apoyo además de la terapia. Se procesan memorias traumáticas con Imaginería reescriptiva.</p>
ROMPIENDO PATRONES CONDUCTUALES	<p>Jeffrey Young mencionó que esta etapa es la más larga y la más crucial en la terapia. El paciente puede haber fortalecido Esquemas positivos, incluso sentirse mejor emocionalmente, pero si no cambia patrones fuertemente arraigados puede volver a recaer. Se utiliza también rol play, diálogo de sillas e imaginería para romper patrones conductuales.</p>
FINALIZACIÓN DE LA TERAPIA	<p>Gradualmente el terapeuta va fomentando cada vez más la autonomía del paciente, permitiendo que sea el adulto sano del propio paciente quien vaya resolviendo problemas y tomando decisiones bajo sus valores personales. Muchas veces la terapia concluye cuando el paciente se ve orientado en un nuevo trabajo, en un nuevo estudio, en una buena relación de pareja, o contando con una red de apoyo sólida.</p>

CAPÍTULO 4. LA RELACIÓN TERAPÉUTICA

La relación terapéutica es uno de los componentes más distintivos del modelo de terapia de esquemas, puesto que contribuye al cambio de esquemas y modos, centrándose en satisfacer necesidades emocionales no satisfechas desde una manera limitada bajo la ética profesional y el sentido común.

En muchas ocasiones es justamente la relación de terapia en donde las pacientes Borderline son invalidadas una vez más, por no ser entendidas, porque el terapeuta no tolera las emociones intensas o por experiencias de abuso ocasionadas en consulta.

Para la TE, son 2 las estrategias fundamentales en la relación terapéutica.

4.2 Reparentalización Limitada

Aquí el terapeuta satisface las necesidades emocionales del paciente como un buen padre lo haría. Es importante aclarar el “como si” no se pretende realmente convertir al terapeuta en un padre en su totalidad, por ello este tipo de Reparentalización es limitada. Consiste básicamente en modelar la actitud correcta que necesita desarrollar la paciente en sí misma, aprendiendo a validarse, escucharse, cuidarse, y satisfacer sus necesidades en su contexto vital. Existe la Reparentalización limitada continua y la Reparentalización limitada específica. La Primera consiste en generar un clima verbal y no verbal lo suficientemente seguro, cálido, amable y validante, surge de manera espontánea, y el segundo tipo de Reparentalización, trata de abordar necesidades específicas durante la intervención, por ejemplo durante la imaginación reescriptiva, u otros momentos de la terapia. Con el tiempo, la relación terapéutica va propiciando la autonomía del paciente, fortaleciendo su propio adulto sano.

4.3 Confrontación Empática

La confrontación empática busca generar un cambio de pensamientos, comportamientos o en la forma como la paciente se conduce en la misma terapia. Se emplea para este fin la validación, al comprender las razones subyacentes del comportamiento de la paciente (Esquemas, Modos, Estilos de afrontamiento, Historia de aprendizaje) y al mismo tiempo señalar la importancia de comprometerse en la modificación de comportamientos, muy necesario para generar cambios duraderos para su vida. Si la Reparentalización limitada refleja la esencia cálida y segura de una crianza sana, la confrontación empática propicia la puesta de límites y la corrección de conductas sin juzgar al self de la paciente.

Muchas veces es necesario poner límites ante conductas inadecuadas que el paciente emite durante la terapia, comportamientos que atentan contra su proceso como no hacer tareas, no llegar a tiempo, y también aferrarse a distorsiones del pensamiento y no involucrarse activamente con el cambio. Al atender pacientes Borderline, esa puesta de límites abarca las conductas agresivas hacia el terapeuta o las amenazas de autolesión, incluso el entregar obsequios al terapeuta o llamarlo constantemente fuera del horario de terapia. Frente a estas conductas el terapeuta emplea la puesta de límites empática.

CONCLUSIONES

- En los inicios de la Terapia de Esquemas Jeffrey Young amplió su modelo original centrado en Esquemas, hacía un modelo que explica los cambios abruptos de estados emocionales, esquemas y estilos de afrontamiento del paciente con TLP. A esta ampliación le llamó el Modelo de Modos.
- La persona que desarrolla un Trastorno Límite de la Personalidad (TLP), tiene problemas en varios aspectos de su vida, tales como: la autoimagen, las relaciones, las cogniciones y la impulsividad.
- El TLP es comórbidos con varios diagnósticos del Eje I. y todos los desórdenes de personalidad, principalmente: antisocial, histriónico, narcisista y evitativo.
- En el origen del TLP, confluyen el temperamento sensible, el estilo de apego, la edad del niño y experiencias ambientales como eventos traumáticos y sociales.
- Para la TE, el paciente con TLP desarrolla Esquemas desadaptativos tempranos a partir de la frustración de necesidades, mediante experiencias traumáticas, y para sobrevivir en un mundo amenazante, emplea estilos de afrontamiento desadaptativos, los cuales van complejizándose con el tiempo, derivando en síntomas clínicos y comportamientos problemáticos.
- La Terapia Dialéctica Conductual (DBT) fue el primer tratamiento Cognitivo Conductual que mostró alentadores resultados para tratar el TLP.
- La TE realizó una investigación longitudinal en el año 2000, que duró 3 años, reportando que el 52% de la población TLP, se recuperó no solo de los síntomas del TLP como las autolesiones, sino también en la calidad de vida y autoestima. Lo cual fue replicado en Noruega con resultados similares. A los 4 años de ambos estudios más del 80% de la población de benefició de la TE, siendo la TE un tratamiento superior a la Terapia Centrada en la Transferencia.

- La TE no tiene un protocolo fijo para tratar el TLP, pero si 7 fases distinguibles: Fase inicial y conceptualización, tratamiento de síntomas comórbidos del Eje I., Gestión de crisis, Intervención con Modos, tratamiento de traumas infantiles, rompiendo patrones conductuales y finalizando la terapia.
- La Relación terapéutica es de suma importancia para la TE, emplea 2 estrategias distintivas: la Reparentalización limitada y la Confrontación empática.

TÉCNICAS EXPERIENCIALES EN LA TERAPIA DE ESQUEMAS

Psicólogo Carlos Jesús Buiklece Salardi

En este artículo se expondrá brevemente las técnicas enfocadas en la emoción y procesamiento de memorias traumáticas aplicadas en la Terapia de Esquemas.

CAPÍTULO I. FUNDAMENTOS DE LAS TÉCNICAS EXPERIENCIALES EN TERAPIA DE ESQUEMAS

La Terapia de Esquemas (TE), es una terapia que se fundamenta principalmente en la Terapia Cognitivo Conductual e integra a la Terapia Gestalt, Psicoanálisis, Teoría del Apego de Bowlby y Terapia centrada en la emoción.

Jeffrey Young mencionó en el libro *Reinventa tu Vida* que diez sesiones de terapia Gestalt le ayudó más que 2 años de Terapia Cognitivo Conductual, esto lo lleva a contemplar las estrategias centradas en la emoción como una herramienta para conectar eventos pasados que se interponen inadvertidamente en la vida de las persona, llevándola a aferrarse a sus cogniciones y a actuar de manera rígida.

Jeff. Young se basa también bajo la premisa de Aarón Beck, de que las cogniciones más difíciles de reestructurar requieren ser reestructuradas en caliente; esto es, presentando la activación de la emoción in situ. Por tanto encontró en las técnicas Gestálticas una manera idónea para activar emociones intensas.

La terapia de Esquemas toma los estudios del Neurocientífico Joseph LeDoux, quien estudió la implicancia del sistema límbico, sobre todo a la amígdala cerebral en el almacenamiento y evocación de la memoria emocional. LeDoux, encontró que la memoria se almacena en estructuras cerebrales diferentes, de acuerdo al contenido y el canal del recuerdo en cuestión. La memoria explícita (consciente, cognitiva) es almacenada principalmente en el Hipocampo y la memoria Implícita (sensorial y emocional) se almacena en la Amígdala cerebral.

Para la Terapia de Esquemas estos estudios son sumamente importantes, debido a que la definición de un esquema es la de un patrón compuesto de memorias, sensaciones corporales y emociones originados en la infancia a través de la frustración de necesidades emocionales universales. Por tanto, la TE coloca gran énfasis en el trabajo de dichas memorias emocionales y sensoriales para regular los esquemas, ganando flexibilidad psicológica, o como lo diría LeDoux: “La terapia genera sinapsis entre el córtex pre frontal y la Amígdala cerebral”.

Con el pasar del tiempo la TE ha demostrado ser un modelo basado en la ciencia. Algunos de estos excelentes estudios fueron desarrollados por Joan Farrel, Ida Shaw, Arnoud Arntz, entre otros. Teniendo a la imaginación reescriptiva y al trabajo con sillas como parte fundamental en todos estos estudios. La terapia de Esquemas para trastorno límite de la personalidad se ha estudiado en los Países Bajos y Noruega, y en los protocolos de intervención de dichos estudios se encuentran las técnicas experienciales.

Es importante mencionar que el trabajo con sillas por parte de la TE posee similitudes y diferencias con la silla vacía de Perls.

Proceso o característica	Sillas en Terapia de Esquemas	Sillas en Terapia Gestalt

CAPÍTULO II. IMAGINERÍA EN TERAPIA DE ESQUEMAS

Las técnicas de Imaginería consisten en recrear una determinada situación visualizándola, se busca que sea lo más vívida posible y para este fin el terapeuta emplea una voz cálida y una luz ambiental sobria. Es importante que exista confianza por parte del usuario al momento de introducir estrategias de imaginación.

2.2 Imaginería de evaluación

La TE trabaja con el contexto histórico de la persona, para este fin el terapeuta conecta el motivo de consulta, síntomas actuales y comportamientos autodestructivos a experiencias de origen en el desarrollo vital del consultante.

La TE tiene 2 fases bien marcadas, la primera es la evaluación y conceptualización y la segunda es la fase de cambio o intervención. Durante la fase de evaluación y conceptualización el terapeuta recoge el motivo de consulta, realiza el análisis funcional de las conductas y síntomas problemáticos, aplica inventarios y explora en la historia de vida para encontrar la relación del problema actual con necesidades emocionales, esquemas, estilos de afrontamiento y modos.

La imaginación para evaluación es una de las técnicas que se emplean para que el paciente sienta en primera persona la activación de un esquema y comprenda que a pesar de haberse originado en la infancia, aún repercute silenciosamente en su vida actual.

Instrucciones

- Cierra tus ojos y visualiza un momento actual en el que estás a punto de (conducta problema) o en el que te sientes (síntomas actual) reconstruye con los 5 sentidos y en tiempo presente esta escena.
- ¿Cómo te sientes al entrar a esa situación?, permítete experimentar esa emoción y/o sensación corporal, localízala en alguna parte de tu cuerpo.
- Desvanece la escena actual pero quédate con esa sensación y/o emoción
- Ve a un momento de tu infancia en dónde sentiste una sensación y/o emoción muy similar a esta. ¿Qué es lo que aparece? Sin forzar, permite que emerja una situación en ti.
- Describe esa situación en presente: ¿Dónde estás? ¿Qué es lo que pasa? ¿Quiénes están ahí? ¿Qué más sucede? ¿Y tú qué haces?
- Bien, ahora sal de esa escena, y volvamos a tu lugar seguro.

Al finalizar este procedimiento se valida (Reparentalización limitada) y se analiza cognitivamente procesando la información:

- ¿Qué relación encuentras entre el evento actual y lo que pasó en la infancia?
- ¿Qué necesidades, esquemas, estilos de afrontamiento y modos se originaron en esa situación?
- ¿Cómo afectan en tu vida presente esos esquemas, estilos de afrontamiento y modos?

2.3 Imaginería de intervención

El objetivo de este tipo de imaginería es producir procesamiento de memorias dolorosas, exposición emocional, desensibilización de la activación Amigdalítica, procesar eventos traumáticos, cambiar la cognición relacionada a lo sucedido y/o expresar necesidades emocionales genuinamente.

2.3.1 Construyendo el lugar seguro

Esta técnica se basa en los principios de la ventana de tolerancia emocional de Siegel, el cual consiste que para procesar memorias dolorosas, se requiere estar en un margen adecuado de activación del sistema nervioso. No puede estar hiperactivo ni hipoactivo. Por tanto, el lugar seguro permite volver a un estado de equilibrio fisiológico.

Instrucciones

- Cierra tus ojos y respira de manera relajada y profunda.
- Permítete viajar a un lugar real o imaginario que genere paz, calma, tranquilidad y dónde te sientas segura.
- Describe ese lugar e interactúa con los 5 sentidos y en lenguaje presente
- ¿cómo te sientes en ese lugar? ¿Qué parte te gusta más? Entra en esas sensaciones y disfrútalo.
- Deja de manera muy amable y suave tu lugar seguro, sabiendo que podrás volver a él cuando lo necesites.
- Permanece con esa sensación de tranquilidad en tu cuerpo, respira (x3)
- Abre tus ojos o ingresemos/salgamos al/del recuerdo.

2.3.2 Imaginería reescriptiva

La imaginería reescriptiva, como su nombre lo indica tiene por objetivo reescribir memorias traumáticas dónde se originaron los esquemas desadaptativos.

El terapeuta y paciente ingresan a las experiencias en dónde las necesidades emocionales no fueron satisfechas: el niño estaba indefenso y se le dañó, el niño recibió mensajes sumamente punitivos, el niño fue abandonado, privado, abusado, avergonzado, aislado y adquirió la creencia de que él era el culpable y único responsable de todo lo malo que le sucedió.

Estas escenas se encuentran directamente relacionadas a la memoria implícita, por tanto acceder a estos recuerdos conlleva una activación Amigdalítica.

La imaginería reescriptiva ha sido estudiada por Arnoud Arntz, encontrando validez científica en el procesamiento de trauma.

Indicaciones

El ingreso a las memorias dolorosas se da principalmente por un puente afectivo, es decir a través la emoción o sensación corporal, asimismo, es posible ingresar directamente al recuerdo doloroso sacado de la historia de vida, pero también es posible empezar desde un evento presente asociado (tal como se indicó en la imaginería diagnóstica), también es posible ingresar luego de un trabajo de sillas o viceversa. Finalmente, es también posible ingresar luego de un conflicto en la relación terapéutica, en dónde se activó un esquema por parte del paciente en su sesión de terapia.

Las indicaciones son exactamente iguales a las de la imaginación diagnóstica, pero nos detenemos cuando está a punto de pasar el evento con mayor carga y dolor emocional, en ese momento ingresa el terapeuta y protege, valida, cuida y satisface las necesidades emocionales del paciente, le permite también expresarse.

- Permíteme ingresar a la escena, visualiza que yo estoy en ese momento
- Yo estoy aquí y no permito que te dañen, y no lo permitiré nunca, nunca más tendrás que para por esto, yo me encargaré de que tú estés bien.
- El terapeuta expulsa al agresor o los destierra del evento
- El terapeuta protege, valida, cuida al modo niño del paciente
- ¿Qué más te gustaría que pasase en este momento? ¿Que necesitas para sentirte más protegido?
- Cuando el paciente refiere sentirse más tranquilo y su lenguaje no verbal confirma ello, es momento de salir de esa escena e ir al lugar seguro
- Se finaliza procesando la información a través del diálogo
- Toma consciencia que no era tu culpa, toma consciencia que eso que sucedió no fue lo más saludable, pero ahora podemos fortalecer tu adulto sano, para que sea capaz de protegerte cuando el esquema se active en el presente.

Otro aspecto importante con la imaginación reescriptiva es que esta es inicialmente reescrita por el terapeuta, posteriormente es el adulto sano del paciente quien ingresa y reescribe la escena, y finalmente es el adulto sano del paciente quien ingresa (descrito por el terapeuta) y el paciente lo vive desde la posición del niño. La finalidad de estos 3 pasos es: primero, que el paciente aprenda que tenía necesidades emocionales válidas y que tiene el derecho para satisfacerlas, segundo, que en él existe una parte resiliente y sabia capaz de auto sostenerse. Y en tercer lugar, pueda sentirse satisfecho de los cuidados que él mismo se propicia.

Imaginación reescriptiva en Terapia de Esquemas		
Primera fase	Segunda fase	Tercera fase
El terapeuta ingresa a la escena y protege al niño vulnerable del paciente, quien lo vive y recibe como niño vulnerable.	El adulto sano del paciente ingresa a la escena y satisface las necesidades del niño que fue.	El terapeuta narra como el adulto sano del paciente ingresó y el paciente lo vive desde la perspectiva del niño que recibe la satisfacción de sus necesidades.

2.3.3 Imaginería para romper patrones conductuales

Las técnicas conductuales en TE son llamadas “Ruptura de patrones conductuales”. Jeff. Young refiere que esta etapa de la terapia (última etapa) es de vital importancia, aquí el paciente realizará cambios reales en su vida. No basta con sentirse emocionalmente diferente con su historia de vida, cambiar cogniciones distorsionadas o aprender a gestionar sus modos, lo que prevendrá las recaídas será fortalecer un adulto sano capaz de cambiar comportamientos.

En esta fase de la terapia volvemos a emplear la imaginería pero al servicio del cambio conductual.

Es importante aclarar que el terapeuta de esquemas no tiene por qué esperar a la última etapa para recién emplear técnicas conductuales, sino que por el contrario, el terapeuta de esquemas deja tareas para casa también de tipo conductual, como los experimentos conductuales, exposición, entrenamiento en relajación, uso de habilidades u otros.

Indicaciones

- Cierra tus ojos y recrear visualizando una situación presente en la que usualmente actúas con el patrón conductual (conducta problema)
- Toma consciencia de todo lo que ocurre e indaga que cambios te gustaría poder realizar, ¿cómo te gustaría responder frente a esto, como te gustaría mostrarte en tu postura corporal?
- Vuelve a la escena y visualízate respondiendo conductualmente de la manera deseada, bajo una nueva conducta.
- Explora qué cogniciones y emociones afloran en ese momento
- ¿Qué es lo que temes?
- Toma consciencia y reconoce qué Esquema mal adaptativo temprano se ha activado
- Pide ayuda a tu adulto sano, acompáñalo de respiración y relajación.
- Visualízate actuando como adulto sano.

CAPÍTULO III. TRABAJO CON SILLAS EN TERAPIA DE EQUEMAS

El trabajo con sillas en TE sirve para abordar experiencialmente los modos. Los modos son estados emocionales, cognitivos y comportamentales que cambian al momento que se activa un esquema frente a un evento disparador en el presente.

Con el trabajo de sillas el paciente puede dar voz a su dolor emocional, a la voz crítica interiorizada a través de experiencias punitivas y a los mecanismos defensivos expresados

conductualmente cómo son el distanciado protector, el cómplice rendido o la sobrecompensación. De esta manera el paciente puede escucharse, tomar conciencia y distanciarse de los modos desadaptativos.

El objetivo del trabajo con sillas es variado: Tomar conciencia, conocer procesos mentales automatizados que refuerzan patrones cognitivos y conductuales autodestructivos, gestionar sus modos, ganar flexibilidad psicológica, defusionarse, tomar el control, liberarse de los esquemas desadaptativos y fortalecer un yo saludable (mente sabia o yo como contexto).

Cabe mencionar que el trabajo con modos puede planificarse o abordarse en el aquí y ahora, dependiendo de la activación durante la sesión. Al planificarse esta va a depender de los objetivos de intervención, los cuales se deciden durante la fase de evaluación, y junto al paciente se crea una conceptualización de modos personalizada.

El trabajo con modos de manera fenomenológica encuentra validez en el hecho de que los esquemas pueden ser activados durante la vida cotidiana o durante la sesión (en caliente), siendo éste un buen momento para abordarlos en sillas. Otro aspecto importante es que los modos no son solamente trabajados experiencialmente, sino que de manera flexible el terapeuta realiza también técnicas cognitivas. El diálogo socrático, la reestructuración cognitiva, pruebas históricas, escalas visuales y el análisis de pros y contras van a ser de utilidad durante este proceso. El terapeuta de esquemas es flexible en el uso de estas herramientas, siempre y cuando los objetivos del modelo de esquemas estén claros.

Activar al niño vulnerable en la terapia de esquemas no es sinónimo de que el paciente permanezca toda la sesión en ese estado. No es una mera catarsis emocional, sino que se validará y acto seguido se buscará traer en una silla al adulto sano. Siempre el objetivo es generar mayor perspectiva y procesamiento, no permanecer en una visión de desamparo o indefensión.

3.2 Pasos generales en el trabajo con modos en la Terapia de Esquemas

Los pasos generales para el trabajo con sillas serán descritos a continuación, es de vital importancia que con los modos se promueva: conciencia de modos (cognitivo), dialogo de modos (emocional) y gestión de modos (conductual).

Pasos generales del trabajo con Modos	
1. Consciencia del modo	Se identificar y etiqueta el modo; se toma consciencia de cómo se experimenta subjetivamente y conductualmente, se le da un nombre para identificarlo con facilidad.
2. Origen y valor adaptativo del modo durante la infancia	Se conecta con el origen infantil del modo y se explora cómo éste le permitió adaptarse a una realidad que frustraba necesidades.
3. Vincular el modo con síntomas y conductas problema actuales	Se relaciona al modo con síntomas y conductas problema.
4. Ventajas derivadas de aprender a gestionar los modos	Se evalúa las ventajas para modificar los modos.
5. Diálogo entre modos	Se procede a establecer un diálogo entre un modo y el terapeuta, o un modo y el adulto sano, o un modo con varios modos. O el adulto sano con un esquema o varios esquemas.
6. Gestión de modos	El paciente se hace consciente de los modos durante la activación de los mismos en su contexto vital, y adquiere estrategias para manejarlos.

3.2 Trabajo con dos sillas

El terapeuta y el modo vulnerable: El terapeuta está atento al síntoma o al suceso que está generando dolor emocional (tristeza, angustia, soledad, miedo, ansiedad) y coloca una silla vacía cerca al paciente. Se le explica que existe una parte de él vulnerable y que le gustaría dialogar con esta parte. Se le permite expresarse, aquí el terapeuta es cálido, validante, empático, comprensivo y sintoniza con el dolor emocional.

El adulto sano y el modo vulnerable: El terapeuta estará atento a lo justificado del dolor expresado en la silla vulnerable, pero también estará atento a la parte distorsionada o al hecho de qué quedarse en este modo lo llevará a perpetuar su dolor y tener conductas problema, tales como: deprimirse, permanecer en un círculo vicioso de ansiedad, etc.

En ese momento el terapeuta evocará al adulto sano, partiendo de las fortalezas que conoce del paciente, y verbalmente va explicando la existencia de estas dos partes, una con tendencia a sufrir si no se hace nada, y la otra generadora de resiliencia, sabiduría y flexibilidad.

El terapeuta coloca 2 sillas vacías y pide al paciente que escoja a cuál de estas dos partes desea representar primero. El terapeuta valida el dolor, sintoniza con las razones válidas del mismo, pero confronta empáticamente la parte distorsionada o autodestructiva. Pide que aparezca el adulto sano apelando a que comprenda las razones de su dolor con mayor perspectiva y a su vez se comprometa en cuidar de su dolor (vulnerabilidad). Luego se procesa lo trabajado, volviendo a las sillas iniciales de terapeuta y paciente.

El terapeuta y el modo enojado: El terapeuta permite la expresión (mientras no exista agresión de ningún tipo), valida la emoción, comprende las razones y busca que el adulto sano pueda encontrar una manera asertiva de satisfacer la necesidad subyacente. Se realizan rol play conductuales si el enojo se dio por un suceso de la vida del paciente, de manera que pueda usar lo aprendido en la próxima ocasión.

El terapeuta y el distanciado protector: El terapeuta identifica que el paciente habla de su dolor emocional de manera desapegada y fría, o no habla de su dolor en lo absoluto intelectualizando todo, minimizando las cosas que le suceden y las razones por las cuales está en terapia.

El terapeuta hace que el paciente tome consciencia de esto y coloca una silla vacía, invitando a sentar en ella a la paciente, aquí se describe, identifica y se nombra al protector. El objetivo es acceder al dolor emocional para encontrar herramientas para sostenerse. Por momentos se valida al distanciado protector puesto que este modo la protegió en su contexto histórico, pero también se confronta empáticamente para que permita que la terapia tenga lugar. La terapia solo puede prosperar cuando existe contacto emocional sin evadirlo, se entiende el dolor (activación de esquemas) y se gestiona.

El adulto sano y el distanciado protector: Aquí se busca que él mismo paciente pueda ser consciente de las dos partes que coexisten en él, y pueda decidir flexiblemente entrar en adulto sano, se habla con el distanciado protector, se le confronta y se llega a acuerdos. En ocasiones, se le pide simplemente cerrar los ojos y pensar en el niño que fue en alguna situación emocionalmente intensa, de manera que se pueda acceder a su vulnerabilidad sobrepasando las defensas del distanciado protector.

El terapeuta y el modo crítico punitivo: El terapeuta advierte la presencia de ese modo a través del lenguaje autodespreciativos que tiene el paciente, por ejemplo el paciente podría estar hablando de una situación de su vida en dónde él tiene pensamientos automáticos críticos. El terapeuta sienta en una silla vacía a este modo y se le da un nombre personalizado (al igual que a los otros modos), El paciente encarna este modo y se le pregunta la razón de su desprecio hacia nuestro paciente, se indaga también el origen: ¿Dónde aprendiste a hablarle de esta

manea a, a través de qué persona o personas y bajo qué circunstancias? En esta parte el paciente en su modo crítico vincula las experiencias tóxicas en crianza dónde adquirió este modo. Es importante reestructurar basándonos en pruebas históricas que quiten validez contundentemente a este modo. Luego el paciente vuelve a su asiento y profundizan en el origen y la falta de validez de estos mensajes, devolviéndole estos mensajes a su emisor original, (por ejemplo: si corresponde al padre, se le atribuye a sus propios problemas y nunca a la esencia del niño).

Se busca que el paciente construya su adulto sano refutando estos mensajes negativos y desterrando junto al terapeuta al crítico. Se enseña al paciente que el crítico podrá volver (incluso puede realizarse un ejercicio de imágenes acerca de la situación que suele activarlo y se insta al paciente a responder desde su adulto sano). Algunas veces, actos simbólicos cómo quitar la silla del consultorio puede resultar de ayuda.

El terapeuta y el cómplice rendido: El terapeuta trae una silla vacía y solicita sentarse en ella al paciente, permitiéndole tomar consciencia de la rendición y cómo ésta rendición refuerza sus esquemas, o lo aleja de los objetivos deseados (necesidades emocionales), el terapeuta confronta empáticamente. Solicita posteriormente, que sea el propio adulto sano quien ponga límites a este modo. La gestión de modos, será expresada en estrategias conductuales de exposición, habilidades sociales y técnicas de relajación con auto instrucciones.

El terapeuta y la sobrecompensación: El terapeuta advierte el tipo de sobrecompensación que aparece en el paciente, lo invita a sentarse en una silla y personificar su modo. Es importante mencionar que la sobrecompensación equivale al crítico punitivo exteriorizado en una conducta hacía otros. En ese caso se requiere entender el origen histórico, al modo vulnerable que se encuentra detrás y a las consecuencias negativas de continuar sobrecompensando. Si se trata de un Autoengrandecedor, se mostrará las consecuencias autodestructivas de menospreciar a otros. Si se trata de un buscador de aprobación, será importante sentir al modo vulnerable (y esquema primario) que se encuentra detrás. Con este tipo de modos, el paciente ha de estar especialmente atento a la contratransferencia, debido a que aquí el paciente puede activar esquemas del terapeuta. Por ello se tendrá que estar consciente y confrontar empáticamente. En el caso de pacientes narcisistas que su sobrecompensación sea fabular historias egocéntricas de si mismos, inicialmente se les sigue la corriente sin corregirlos (para no romperles la coraza bruscamente) pero no perder ninguna oportunidad cuando aparece el modo vulnerable, con el tiempo será el mismo paciente quien admita sus fabulaciones y sea autentico.

3.3 Trabajo con sillas múltiples

En el trabajo de sillas múltiples se buscan los mismos objetivos que los realizados con el trabajo con dos sillas (acceder al niño vulnerable para fortalecer al adulto sano). La diferencia aquí es que pueden aparecer simultáneos modos, razón por lo cual es necesario colocarlos en diferentes sillas, algunas veces el distanciado protector querrá surgir luego de que el crítico punitivo apareciera, en otras ocasiones será el cómplice rendido o la sobrecompensación quienes alternen escondiendo al niño vulnerable detrás u obedeciendo al crítico punitivo. En cualquier caso, cada modo será colocado en una silla diferente, y se irá tomando consciencia de cómo se efectuó ese ciclo o patrón.

El trabajo de sillas múltiples es también de utilidad para colocar el mapa del modo en el consultorio y que tanto el paciente como terapeuta hagan un trabajo en equipo para entender, reprocesar, reparar y reestructurar lo que sea necesario, de tal forma que el modo vulnerable del paciente se sienta validado, escuchado, al mismo tiempo que el adulto sano sea fortalecido.

Con el tiempo, estos diálogos serán interiorizados por el paciente como parte de sus procesos cognitivos, ganando mayor flexibilidad.

CAPÍTULO IV. JUEGOS DE ROL

Los juegos de rol son estrategias experienciales que devienen del psicodrama de Moreno. En la terapia de esquemas los rol play son utilizados para reescribir memorias traumáticas, involucrando la corporalidad y el movimiento físico. También se emplea para representar situaciones problemáticas del presente, sirviendo para fortalecer habilidades prácticas para gestionar modo y romper patrones conductuales.

4.2 Juegos de Rol Histórico

El juego de rol histórico consiste en recrear una experiencia en la vida del paciente que haya contribuido en la creación de esquemas y modos. El paciente, el terapeuta y el mobiliario del consultorio son utilizados para recrear con mayor precisión la escena. Esta técnica conlleva 3 fases. La primera el paciente se representa como el niño que fue (luego toman distancia de la escena analizando y procesando lo observado), la segunda fase, el paciente desarrolla el papel de la otra persona involucrada en la escena y es el terapeuta quién actúa como el niño del paciente (en esta instancia, regresan a sus asientos habituales y analizan juntos lo sucedido, desde la perspectiva de las necesidades frustradas, modos y esquemas, los problemas que pudo haber tenido el otro personaje y finalmente se planifica una manera de satisfacer la necesidades insatisfechas). En la última fase, el paciente vuelve a ser el niño que fue pero expresando sus

necesidades de manera firme y genuina, el terapeuta desempeña al otro personaje en cuestión y facilita la expresión de necesidades (la última escena es reprocesada juntos).

Juego de rol histórico en terapia de esquemas		
Primera fase	Segunda fase	Tercera fase
El paciente representa al niño que fue y el terapeuta desempeña el otro rol. Se analiza y procesa lo sucedido.	El terapeuta representa al niño del paciente y el paciente representa al otro rol. Se analiza y procesa la información (Se observa esquemas, modos, actitudes de la otra persona y maneras para satisfacer necesidades)	El paciente vuelve a desempeñar su rol de niño pero expresando y satisfaciendo sus necesidades. El terapeuta siendo el otro rol, facilita la satisfacción de las necesidades.

4.3 Juegos de Rol Actual

En el juego de rol actual se recrea vivencialmente una escena relacionada a eventos del presente de la paciente, su objetivo principal es fortalecer el adulto sano, capaz de destinar esquemas y modos a través del uso de habilidades comportamentales. Puede ser utilizada como tarea para casa en cualquier fase de la TE, siempre y cuando el paciente haya desarrollado su adulto sano.

CAPÍTULO V. OTRAS TÉCNICAS EMOCIONALES EN TERAPIA DE ESQUEMAS

El terapeuta de esquemas puede integrar cualquier técnica enfocada en las emociones y experiencial de cualquier otro modelo de psicoterapia, siempre y cuando los objetivos de la terapia de esquemas sean cubiertos y logrados a través de estas técnicas. A continuación se expondrán algunas técnicas de otros modelos que pueden ser integradas fácilmente a la terapia de esquemas.

Técnicas emocionales que podrían emplearse en la Terapia de Esquemas	
Exposición emocional	Es la más evidente de las técnicas emocionales. Consiste en evocar emociones intensas y el paciente es expuesto a ellas, llevándolo a habituarse e inhibir respuestas de evitación experiencial.
Cartas Proyectivos (Cartas OH)	Puede ser de utilidad para la fase de evaluación y la fase de cambio. En evaluación va a permitir encontrar esquemas, necesidades y

	modos. En la fase de intervención podrá preceder al trabajo de imaginación o de sillas.
Cartas a personas del pasado	Esta técnica aparece en el libro de Reinventa tu vida de Jeffrey Young. Consiste en escribir cartas a personas que reforzaron los esquemas de la persona. Las cartas no se envían.
Psicoterapia corporal	Puede acompañar el trabajo de sillas al personificar modos, y también a los rol play.
Arte terapia	Permite conectar con modos bloqueados o rechazados y expresar necesidades emocionales básicas. Puede preceder al trabajo de gestión de modos y ruptura de patrones conductuales.
Trabajo con sueños	El material Onírico que suele repetirse o de contenido ansioso suele tener esquemas activados. Se analiza el sueño en función de esquemas, necesidades, estilos y modos.
Creando el YO compasivo	Técnica de la terapia centrada en la compasión que permite desarrollar una imagen cognitiva y emocional capaz de manifestar autocompasión. Aquello resulta útil como antídoto para el modo crítico

ENTENDIENDO Y TRABAJANDO EL MIEDO AL FRACASO DESDE LA TERAPIA DE ESQUEMAS

Psicólogo Carlos Jesús Buiklece Salardi

El concepto principal de la Terapia de Esquemas de Jeffrey Young son los Esquemas desadaptativos tempranos (EDT). Dentro del paradigma de la psicología cognitiva fue Piaget, quien menciona a los esquemas mentales por primera vez, siendo representaciones del mundo, que ayudan a dar coherencia y significado a los eventos externos, de modo que se optimice energía en la resolución de problemas, y estos esquemas mentales estaban sujetos a la acomodación y asimilación, siendo la asimilación la incorporación de nueva información y la acomodación es la modificación de los esquemas que permiten al individuo adaptarse y sobrevivir.

Posteriormente Aarón Beck menciona a los esquemas como creencias nucleares acerca del sí mismo, los demás y el mundo, con los cuales los individuos perciben los acontecimientos a través de sesgos preconcebidos llevándolos a generalizaciones y otras formas de distorsión del pensamiento.

Jeffrey Young retoma ambos conceptos, pero los operacionaliza de tal forma que explica que los esquemas desadaptativos está compuesto por 4 elementos: Emociones, sensaciones corporales, creencias y recuerdos, adquiridos en la niñez y adolescencia, a través de la frustración de 5 necesidades emocionales básicas en el ambiente y el temperamento innato del niño, finalmente estos se reelaboran hasta reforzarse mediante 3 respuestas de supervivencia: rendirse, huir, contraatacar, hasta generar síntomas del eje1 persistentes o trastornos de personalidad.

Jeffrey Young va más allá y fundamenta su teoría de los esquemas desadaptativos en hallazgos en neurociencia, principalmente de los estudio de Josep LeDoux, quien encontró que la memoria emocional se guarda en la amígdala cerebral y que la memoria cognitiva o consciente se almacena en el hipocampo y otras estructuras frontales, y que por esa razón los Esquemas no podían ser fácilmente modificados con intervenciones meramente cognitivas. Este estudio acerca a la terapia de esquemas a las terapias del trauma, puesto que requiere acceder a la consciencia que originó los esquemas (traumas) y resignificarlos de tal mal manera que se debiliten en su manifestación emocional y respuesta inconsciente corporal, además de establecer conexiones sinápticas entre el córtex frontal (parte consciente, también llamado adulto sano) y la amígdala cerebral (memoria inconsciente – emocional, también llamada el modo del niño vulnerable).

El origen de los esquemas desadaptativos se encuentra en la frustración e invalidación de las 5 necesidades emocionales básicas: Conexión y aceptación (apego seguro), autonomía y desempeño, expresión de emociones y deseos, juegos libre y espontáneo, límites realistas y autocontrol.

A medida que se están necesidades no se ven cubiertas se van desarrollando los esquemas, uno de los esquemas que pertenecen a la necesidad de autonomía y desempeño es el esquema de fracaso, el cual será explicado a detalle en esta presentación.

ESQUEMA DE FRACASO

El esquema de fracaso es la creencia de haber fracasado o de fracasar en el futuro inevitablemente y que en comparación con otras personas su desempeño será muy inferior en áreas académico, profesional, deportivo u otros. Muchas veces esto viene acompañado de etiquetas de tonto estúpido, inferior, de menos estatus, sin suerte y condenado al fracaso.

Según Jeff. Young y colegas, existen 4 experiencias de origen que pueden crear esquemas. La primera de ellas es la frustración tóxica de necesidades, cuando se recibe muy poco de algo bueno (poco cariño, poca validación, poca atención, poca comprensión, poca ayuda), la traumatización o victimización (donde se abusa o violenta a los niños), entregar demasiado de lo bueno (como la sobreprotección) y la internalización selectiva o por modelado (donde el niño se identifica con algunos de sus padres y representa sus conductas, o también recepción mensajes verbales o no verbales como reglas de conducta que asume como códigos implícitos en su contexto).

Es Esquema de fracaso podría crearse por cualquiera de las 4 experiencias, por ejemplo, en la frustración tóxica de necesidades un niño con muchos talentos y habilidades no logra desarrollarlas por falta de dirección, de refuerzo, de validación, guía o cercanía constante. En estos casos pareciera que el niño es dejado a su suerte, ignorado, de modo que no desarrolle hábitos o una rutina en la que desplegar sus talentos. En la traumatización, el niño podría haber sido criticado fuertemente con cada error cometido, podrían haberse empleado palabras hirientes en alusión a su capacidad o inteligencia, incluso podría ser golpeado, romperle sus cuadernos obligarlo a no dormir o no comer si no termina sus tareas o aprender alguna lección escolar. Muchas veces la traumatización es tan silenciosa y normalizada que se da con sutilezas en el aula, como separar en grupos distintos a los "inteligentes" de los "burros", cuadros de mérito, economía de puntos y caritas felices.

En la tercera experiencia de origen, es decir, demasiado de lo bueno, el niño podría ser excesivamente mimado, no tener un horario de estudios, el niño podría abusar del tiempo libre con juguetes, televisión, Tablet, YouTube, o incluso que alguno de los padres le resuelvan su tarea, podría además de desarrollar el esquema de fracaso, también los esquemas de dependencia y/o autocontrol insuficiente. En la cuarta experiencia de origen, el niño internaliza mensajes o conductas de sus padres, un hogar donde siempre haya sido difícil llegar fin de mes, por falta de dinero, donde los padres se veían desanimados o que no lograban las cosas por más que se esforzaran, o también, nos encontramos en este tipo de adquisición de esquemas, a los mensajes “típicos de la familias que intentan sobrecompezar” – “sino estudias serás barrendero, si no sacas buenas notas no serás nadie, aprende de tu hermano que él si es buen alumno, si quieres que te vaya bien en la vida debes ser el mejor”.

Como vemos los orígenes del esquema de fracaso son diversos, pero en cualquiera de ellos o en su combinación es fuente de mucho dolor emocional, es frecuente que la tristeza, el enojo, la ansiedad, la vergüenza y la culpa estén presentes en la activación del esquema. Por lo general, este esquema es frecuentemente activado al intentar estudiar o en pensar en estudiar, al postular a un trabajo o al tener una nueva responsabilidad, al compararse con personas que han logrado algún tipo de éxito o al estar parado cerca a personas que considera más exitosas, inteligentes capaces. Además de los botones emocionales (eventos activadores) típicos del esquema, las personas responden de distinta forma frente a su esquema, por ejemplo, si la persona se rinde a su esquema, se repetirá cognitivamente y verbalmente constantemente lo mal que le irá y lo poco capacitado que se siente, al mismo tiempo cuando tenga que realizar alguna responsabilidad las ejecutara de manera desganado. Si la persona evita su esquema de fracaso, evitara cualquier tarea que implique responsabilidad, procrastinando y tratando de distraerse de pensar en sus responsabilidades. Si la persona sobrecompezar su esquema, se mostrará como “híper competente” como un “Superman de cartón” o sobres forzándose insaciablemente para demostrarse a él y al resto que no fracasará, llevándolo a experimentar mucho estrés y ansiedad de rendimiento. Algunas de estas personas se muestran fanfarroneando de sus logros y comparándose a los demás si consiguen algún logro, o metiéndose contantemente a capacitaciones no por el placer en sí mismo de aprender, sino como una forma de “empoderarse erróneamente”

En la fase de cambio de la terapia de esquemas

Relación terapéutica:

En la relación terapéutica, el terapeuta satisficará la necesidad de autonomía y desempeño, permitiéndole gradualmente animarse a probar cosas nuevas, a ser compasivo con sus equivocaciones y seguir adelante, el terapeuta validará el malestar que genera emprender cosas nuevas, mostrándose como un ser humano falible y también compasivo con sus equivocaciones. También la satisfacción de la necesidad será específica dependiendo del tipo de experiencia de origen de su esquema, si primó en esta persona la frustración toxica de necesidades el terapeuta dará refuerzo constante, elogios y guía para tomar decisiones, muchas veces, personas con un TDAH no han podido desarrollar tienen problemas de concentración, la terapia ayudará a dotar de herramientas para lidiar con esta dificultad, en otras ocasiones el consultante con esquema de fracaso, no ha logrado cosas realmente y eso se debe a no ser organizado, así que la terapia ayudará con ello. Si el origen del esquema es la traumatización el terapeuta validará mucho su malestar y lo protegerá en imaginaria, si su origen es demasiado de lo bueno, se le enseñará como colocarse limites así mismo. Y si su aprendizaje fue por modelado o internalización se pueden emplear técnicas tanto cognitivas como el pro y contras, como las técnicas experienciales con el dialogo de sillas y la imaginaria.

Técnicas cognitivas:

El consultante necesita salir de su visión de túnel, por tanto se hará la evidencia a favor y contra del esquema desde la infancia hasta la adultez, y se le ayudará a comprender como se creó su esquema y se le devolverá la responsabilidad a los adultos responsable del cuidado del niño. Asimismo, se realiza el pro y contras del estilo de afrontamiento para empezar a modificar ciertos comportamientos que refuerzan su esquema.

En todo este tramo es necesario fortalecer su adulto sano, para ello se empleará el dialogo de sillas cognitivo entre la voz distorsionada del esquema y la voz objetiva del esquema, en primera instancia modelado por el terapeuta. El trabajo de diario de logros, cómo los flash cards y diarios de esquemas serán muy beneficiosos.

Técnicas experienciales:

La imaginaria reescriptiva ayudará a desbloquear emociones que no fueron validadas durante las experiencias de origen en la infancia y adolescencia, por lo que acceder en puente emocional y validar al niño vulnerable es importante, en caso corresponda, también se impugnará a algún agresor y liberar al niño enojado, permitiéndole al consultante enfadarse con aquellos que lastimaron y propiciaron la creación de su esquema. Gradualmente será el propio adulto sano del consultante quien ingrese a la escena y haga el trabajo mencionado.

El diálogo de modos, también es una técnica experiencial que ayudará a fortalecer recursos de adulto sano. El consultante puede dialogar con niño vulnerable, niño enojado, niño indisciplinado, modo crítico exigente o modo crítico punitivo, así como su auto calmante separado en caso fuese necesario. Aquí es sumamente importante que el paciente tome distancia de las voces críticas y puede desarrollar la autocompasión

Los rol play históricos también ayudarán a fortalecer el adulto sano, al mismo tiempo que se podrá reforzar de forma directa.

Rompiendo patrones conductuales:

Se hará el listado de las conductas con las cuales el consultante se rinde, evita o sobrecomepeza. Este listado será bien específico y operacionlizado desde el punto de vista conductual y se comenzará a romper patrones desde la conducta más disfuncional a la menos disfuncional. La imaginación para romper patrones conductuales será utilizado en conjugación con rol play conductuales de situaciones típicas y entrenamiento en técnicas cognitivas conductuales más tradicionales, como inoculación del estrés, exposición gradual, técnicas de relajación, técnicas de asertividad, resolución de problemas u otra que sean necesarias reforzar.

Otras técnicas de otros modelos:

Es posible utilizar técnicas corporales para desbloquear memorias traumáticas, la ventana de tolerancia emocional si las memorias traumáticas se manifiestan con fuerte somatización y posturas automáticas constantes.

Técnicas de la terapia basada en la compasión serán muy efectivas para contrarrestar a los modos críticos.

Las técnicas de aceptación y compromiso, tales como la identificación de valores, desempeño creativo, defusion del pensamiento (o Mindfulness) reforzarán bastante al modo adulto sano y en al romper patrones conductuales.

CONCLUSIONES

- La terapia de esquemas es creada por Jeffrey Young, a partir de modelos cognitivos ya precedentes, sin embargo da mayor detalle y especificación acerca de los componentes del esquema.
- Los esquemas desadaptativos temprano están compuestos por 4 componentes: emociones, sensaciones corporales, creencias y recuerdos
- Los esquemas se almacenan principalmente en la amígdala cerebral, esto acerca a la terapia de esquemas a las terapias del trauma, donde se requiere contracondicionar memorias dolorosas inconscientes manifestadas en respuestas emocionales y corporales.
- Existen 5 necesidades emocionales básicas: Aceptación y conexión, autonomía y desempeño, expresar emociones y deseos, juego libre y espontaneo, límites realistas-autocontrol.
- Existen 4 experiencias de origen que crean esquemas: frustración toxica de necesidades, traumatización, poco de lo bueno e internalización selectiva o por modelado.
- El esquema de fracaso pertenece a la necesidad de autonomía y desempeño y consiste en la creencia de ser un fracaso o que inevitablemente se fracasara en comparación con otras personas, en áreas académica, laboral, deportes u otras.
- El terapeuta de esquemas se vale de estrategias relacionales, cognitivas, emocionales y conductuales para ayudar a los consultantes.