

PRINCIPIOS BÁSICOS DE LA IMAGINERÍA RESCRIPTIVA

Apego y vinculación

- *Dentro de la imagería reescriptiva, los principios básicos de la terapia de esquemas de las intervenciones de la reeducación limitada y experienciales convergen para proporcionar un efecto sinérgico.*
- *Aquí, el paciente puede experimentar la sintonía y la capacidad del terapeuta para satisfacer sus necesidades dentro del proceso de la imagen, proporcionando una experiencia poderosa y emocionalmente correctiva.*
- A diferencia de algunas otras intervenciones basadas en la imagería reescriptiva donde el paciente está codificado para cambiar la imagen por sí mismo, la imagería reescriptiva dentro de un contexto de terapia de esquemas inicialmente alienta al terapeuta a reescribir la imagen, permitiendo que el paciente experimente algunas de sus necesidades emocionales satisfechas por el terapeuta.
- Al hacerlo, el paciente experimenta un apego sano y fuerte al terapeuta.
- Además, el proceso le enseña al paciente cómo responder a los antagonistas y manejar las situaciones de la infancia con carga emocional.
- De esta manera, los pacientes a menudo informan internalización o aprovechamiento de la postura y la capacidad de su terapeuta.
- Por ejemplo, decir que pensaron en lo que el terapeuta haría o diría en una situación dada.
- Al avanzar en el tratamiento (similar a un niño que crece), se alienta al paciente a asumir el papel principal en la reescritura, y el terapeuta desempeña cada vez más un papel de apoyo.

Satisfacción de las necesidades del paciente

- **Los trastornos de la personalidad y los problemas emocionales crónicos** suelen asociarse con el descuido, el trauma y la privación de las necesidades de la infancia (Johnson *et al.*, 1999).
- En la reeducación, el concepto de un terapeuta que satisface las necesidades emocionales básicas en el trabajo de imaginación funciona de forma similar como un principio de orientación, que conduce las intervenciones del terapeuta en cada etapa de la reescritura.
- En circunstancias difíciles, donde el terapeuta no sabe cómo proceder, identificar la necesidad del niño en la imagen es un método útil para obtener un resultado correctivo.

Proceso de imaginación reescritiva

Selección de las imágenes significativas

- A veces, puede ser desafiante identificar las imágenes potenciales a describir.
- Algunos pacientes reportan dificultad para recordar situaciones específicas de su infancia (a veces debido a la evitación del esquema o trauma preverbal).
- En contraste, los otros tienen entendimiento limitado del impacto emocional de sus experiencias tempranas y no ofrecen recuerdos específicos, ya que los consideran irrelevantes para sus problemas actuales o su progreso en el tratamiento.
- Existen varias formas de identificar imágenes significativas de la infancia para la imaginación reescritiva.
- **La información obtenida del proceso de evaluación y el uso de inventarios, como el Inventario de Estilos Parentales de Young (YPI; Young, 1996)**, puede proporcionar eventos e imágenes específicos y peligrosos para describir.
- Además, **los pacientes pueden acceder a las imágenes a través de un puente afectivo (o “navegar al pasado”) desde un evento desencadenante reciente**. Aquí, el terapeuta le pide al paciente que acceda a una imagen desencadenante reciente, identifique los sentimientos y los pensamientos de

esta experiencia, y luego lo relacione con un evento de la infancia cuyos sentimientos sean similares. “Entonces, ¿es ese sentimiento de tristeza, como si no importaras, te pasaran por alto y como si a nadie le interesaras? Aférrate a ese sentimiento y la sensación de que no importas, y trata de obtener una imagen de la infancia donde te sentiste de la misma manera”.

- **Un método alternativo para ayudar a acceder a las imágenes significativas para reescribir son las “imágenes de Google” o la “técnica del motor de búsqueda”,** un enfoque que suele utilizarse en un contexto de desensibilización y reprocesamiento por movimientos oculares (EMDR).

Aquí, el terapeuta sugiere al paciente que está haciendo una “búsqueda de memoria” en su “motor de búsqueda” mental para una creencia o esquema particular. Por ejemplo, la “búsqueda en Google” de un paciente para la creencia “No valgo nada, soy malo” (el componente cognitivo de un esquema de imperfección) podría dar como resultado una lista de recuerdos relacionados que previamente no había conectado a este tema. Al igual que los motores de búsqueda en Internet, se alienta a los pacientes a sugerir varios recuerdos que pueden ser parte de su “búsqueda”, con la “publicación” superior más vinculada a la búsqueda deseada.

El terapeuta puede alentar al paciente a completar dicha tarea en su propio tiempo como tarea, y usar el ejercicio para preparar el trabajo de imaginación o hacer enlaces a lo largo de la sesión. Los recuerdos clave se pueden usar para trabajos futuros de imaginación.

- Hay dos etapas principales de la imaginación reescriptiva.
- **En la etapa 1,** el terapeuta proporciona la reescripción y es el principal agente de cambio. El terapeuta actúa como un modelo interno para el paciente y tiene como objetivo proporcionar experiencias emocionalmente correctivas al satisfacer las necesidades centrales del niño en la imagen.
- **La etapa 2** es cuando el paciente modifica la imagen. **Esto suele ocurrir cuando el modo de adulto sano del paciente es lo suficientemente fuerte como para tener compasión,**

entendimiento y cierta capacidad emocional para responder a las necesidades del niño en la imagen.

- Algunos pacientes también pueden optar por representar personajes importantes y afectuosos en nuestra vida al entrar en la imagen y ayudar en la reescritción (por ejemplo, un abuelo que tuvo un impacto positivo en el paciente).

En la etapa 2, el paciente y el terapeuta también pueden trabajar juntos para satisfacer las necesidades del niño en la imagen.

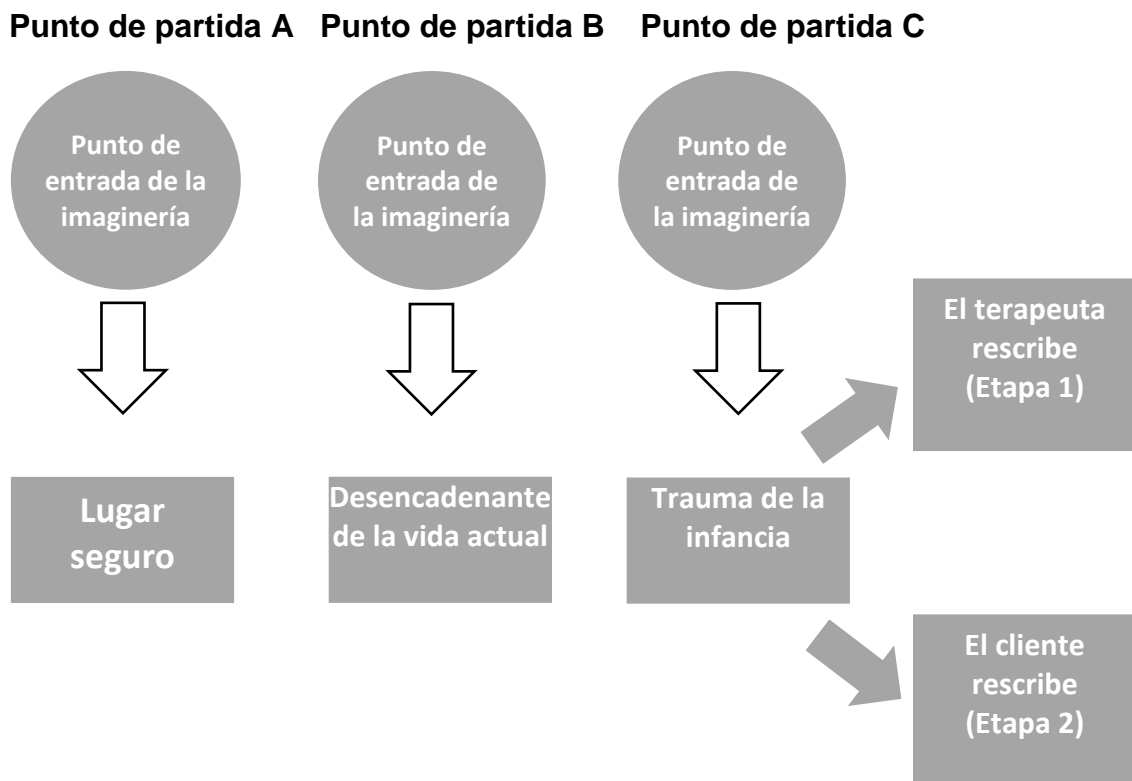


Figura 1. Imaginería reescritiva –etapas 1 y 2 del proceso

- Existen varios puntos de entrada en el trabajo de imaginación reescritiva (Figura 1).
- Los pacientes que se muestran aprehensivos sobre la imaginación o están más desregulados pueden beneficiarse de completar la imaginación al inicio para crear un “Lugar seguro” (Punto de partida A).
- Después de esto, se pueden acceder a los “objetivos de la imagen” específicos para la reescritción de eventos desencadenantes recientes (o estados emocionales dentro de

la sesión), tales como una discusión reciente con una pareja o sentirse tenso en la sesión con el terapeuta (punto de partida B). Aquí, el terapeuta usa un puente de afecto para identificar los eventos tempranos estándares de la infancia en los que el paciente experimentó sentimientos similares. Alternativamente, el terapeuta puede tratar de acceder directamente a imágenes específicamente significativas identificadas en la evaluación como pertinentes en el desarrollo del esquema (punto de partida C). Por ejemplo, un paciente con un esquema de subyugación puede identificar un recuerdo en el que se sintió intimidado y controlado de niño (con el reescritión que comienza con esta imagen).

Etapa 1: Reescritión del terapeuta de la imagen histórica

- *A diferencia de las terapias de exposición, la imaginería reescritiva no requiere que el paciente visualice los aspectos más traumáticos de la experiencia.*
- En cambio, **el terapeuta tiene como objetivo reescribir la imagen en el momento en que el niño necesita que ocurra la experiencia correctiva.**
- Como resultado, **el terapeuta busca acceder a parte de la experiencia del paciente en la escena angustiante sin abrumarlo ni revivir un evento altamente traumático.**
- Para ayudar a determinar este punto, los terapeutas pueden preguntarse: “Si esto fuera en una situación real que involucrara a un niño bajo mi cuidado, ¿Cuándo intervendría?”.
- Este proceso requiere un equilibrio entre llegar demasiado temprano (y, como resultado, tener acceso limitado a los sentimientos y necesidades del niño en la situación) y entrar demasiado tarde, arriesgando al paciente a sentirse abrumado y retraumatizado.
- **Típicamente, el terapeuta entra en la imagen justo antes del trauma y evita que ocurra.**
- Una vez en la imagen, **el terapeuta hace lo necesario para validar las necesidades básicas del niño.** Esto puede significar abordar a un antagonista en la imagen, quitando al niño de esta situación, ofreciendo seguridad, consuelo o expresión de apreciación y cuidado.
- La reescritión del terapeuta puede ser guiada en parte por su conocimiento de los esquemas del paciente. Por ejemplo, si el

paciente tiene un fuerte esquema de subyugación, el terapeuta podría resaltar la necesidad de empoderamiento y autonomía: “Está bien decir lo que piensas, de verdad quiero saber cómo te sientes y no pasará nada malo si expresas tus pensamientos y lo que necesitas conmigo”.

- Por el contrario, si un esquema de imperfección era dominante, el terapeuta puede resaltar la necesidad de aceptación y aprecio: “Creo que lo que dices es excelente. No hay nada malo con tus sentimientos. Cualquiera en esta situación se sentiría así. Lo que pasó no es tu culpa”.
- **El terapeuta puede evaluar regularmente cómo el paciente se siente en respuesta a su reescritura.** “¿Cómo se siente tener a alguien allí para ti?”; “¿Cómo se siente el que yo le hablé así a tu mamá?”. Tales indagaciones brindan una retroalimentación valiosa de cómo satisfacer mejor las necesidades del niño en la imagen y permiten al terapeuta adaptar su Reparentalización para hacer que la imagen se sienta más segura si el paciente está angustiado o abrumado.
- Después de que el terapeuta ha satisfecho las necesidades del niño en la imagen, y el paciente reporta sentirse apoyado y seguro, el terapeuta puede preguntarle al niño en la imagen: “¿Qué te gustaría hacer ahora? ¿Qué se sentiría bien para ti? Podemos ir a pasear, salir a jugar, o solo sentarnos juntos. ¿Qué se siente bien para ti?”. Por ejemplo, “¿Qué si hacemos algo menos intenso? ¿Qué te gustaría hacer ahora en vez de tener que lidiar con esto? ¿A dónde te gustaría salir ahora mismo? ¿Quizá podríamos salir a jugar?”. Este proceso de conclusión ayuda al paciente a regular su estado emocional al contrastar las emociones intensas con actividades disfrutables y relajantes.
- Además, este componente del proceso de reescritura encarna el principio reescritivo de que la Reparentalización del terapeuta (en la que el niño está seguro y es cuidado) sigue más allá de la escena rescrita original.

Etapa 2: El paciente rescribe la imagen histórica

- Después en el tratamiento, cuando el modo de adulto sano del paciente es fortalecido, el terapeuta le anima a asumir un rol más activo en la reescritura.
- Aquí, el terapeuta invita al paciente, como adulto ahora, a reescribir la imagen y responder a las necesidades del niño. Existen tres fases para esta etapa:

- (1) La configuración de la imagen;
- (2) La reescritura del adulto sano,
- (3) El niño vulnerable experimenta la reescritura.

Fase 1: configuración de la escena (el paciente en la imagen de niño)

TERAPEUTA: ¿Qué está pasando para el Pequeño Peter, ¿cuántos años tiene?

PETER: Tengo 7 años, papá ha llegado a casa y está molesto, le grita a mamá al preguntarle dónde estoy.

TERAPEUTA: ¿Dónde estás?

PETER: Estoy en la lavandería, asustado, esperando que me encuentre.

Una vez que el paciente ha establecido la escena y sus sentimientos y las necesidades insatisfechas están “activas” en la imagen, el terapeuta pasa a la fase 2.

Fase 2: el paciente rescribe la imagen (paciente en la imagen como adulto)

TERAPEUTA: Quiero que pauses la imagen y lleves a tu lado de adulto sano, tú de adulto, a la imagen con el Pequeño Peter. Sé el adulto sano ahora, quizá siéntate como el adulto sano lo hace. Entonces ahora, están el Pequeño Peter, tú de adulto y tu papá. Como adulto, ¿cómo te sientes al respecto? ¿Qué quieres hacer por el Pequeño Peter como adulto?

PETER: Estoy harto de esto. ¡Está mal! Lo lamento por el niño, no merece esto.

TERAPEUTA: Díselo de nuevo.

PETER: “Ahora te enfrentas a mí. Lo que haces está mal y no voy a dejarte que le hagas pasar un mal rato”.

- El paciente procede con la reescritura, respondiendo a las necesidades del niño y proveyendo seguridad, cuidado, orientación y apoyo y, al final, dominando en el diálogo.

Fase 3: la perspectiva del niño de la reescritura (paciente en la imagen de niño)

TERAPEUTA: Ahora quiero que rebobines las imágenes al inicio de la imagen cuando el adulto Peter llega, y ahora sé el Pequeño Peter –qué ves...

PETER: Estoy en la lavandería, estoy asustado, escondiendo de papá, luego, el adulto mio entro.

TERAPEUTA: ¿Qué sucede ahora?

PETER: Mi Adulto sano está de pie junto a papá diciendo que está harto de cómo me trata, que ya no va a aguantar más y que ahora está lidiando con él.

TERAPEUTA: ¿Cómo se siente oír y ver eso?

PETER: Increíble, nadie le habla así.

- El terapeuta sigue desarrollando la imagen como antes, preguntando al niño qué necesita. Si este expresa necesidades adicionales (tales como, cuidado, abrazo, etc.), el terapeuta le anima a pedirle a su adulto sano que las satisfaga.

TERAPEUTA: ¿Qué necesitas ahora? [Como el Pequeño Peter].

PETER: Necesito un abrazo.

TERAPEUTA: ¿Puedes decírselo?

PETER: “¿Gran Peter, puedes abrazarme?”, él me abraza y me dice que todo va a estar bien. Se siente bien.

- Este tipo de imaginación le ayuda al modo del niño vulnerable del paciente a sentirse capaz de “hablar” con su adulto sano y pedirle lo que necesita en las situaciones del día presente.

IMAGINERÍA REESCRPTIVA: TIPOS DE ANTAGONISTAS

- En la reescritción, las necesidades emocionales del niño deben actuar como un principio de orientación para determinar lo que sucede en la imagen y el terapeuta y el adulto sano del paciente tienen la libertad de hacer lo que sea necesario para satisfacer las necesidades del niño.
- En esencia, la reescritción ofrece una oportunidad para que el niño en la imagen experimente lo que debió haber sucedido, pero no fue así.
- Típicamente, esto implica que el terapeuta o el adulto sano del paciente tengan un nivel de fortaleza e influencia que no sea estrictamente realista, en un sentido literal, sino que encarne lo que el niño necesitaba en el momento, y sea, por tanto, emocionalmente creíble y, por lo general, apreciado por el paciente.
- Dentro del proceso reescritivo, el terapeuta puede encontrar una gama de circunstancias diferentes y “personajes” que se asocian con el desarrollo de uno o más de sus esquemas.

Antagonistas castigadores

- Los antagonistas castigadores culpan, debilitan y son abusivos, y el terapeuta debe tomar medidas firmes y directas para brindar seguridad y cuidado a los niños.
- Al trabajar con tales antagonistas, el terapeuta “pausa” la imagen, se interpone entre el niño y el antagonista y hace lo que sea necesario para crear un sentimiento de seguridad, poder y generar un sentido de retribución.
- Para que la reescritción sea creíble, el terapeuta debe responder de una manera decidida, segura, firme e intransigente que demuestre que está a cargo de lo que sucede, y no el antagonista.

Ejemplo de caso

De niña, Sandra era victimizada por un padre violento quien, con frecuencia, la insultaba y golpeaba por sus errores y “conducta deficiente”. Durante la imaginería reescritiva, Sandra describe la siguiente imagen:

SANDRA: Estoy muy pero muy asustada, está parado en la puerta, está tan molesto, dice que soy una pequeña perra estúpida porque derramé un poco de mi bebida [la paciente se pone llorosa y se molesta].

TERAPEUTA: Sandra... [Pausa] la imagen, quiero que me veas en la imagen contigo, parada entre tú y tu papá, ¿puedes verme allí?

SANDRA: Sí, puedo verte... estoy asustada, no quiero que él [papá] me lastime.

TERAPEUTA: ¿Cómo se siente el que yo esté allí?

SANDRA: Se siente bien, un poco más seguro el que estés cuando papá está así.

TERAPEUTA: ¿Sientes que es seguro lidiar con él con mi presencia, o piensas que necesito ser más grande o algo adicional para ayudar?

SANDRA: Sí, quizá un poco más grande, porque está muy molesto...

TERAPEUTA: Bien, entonces, estoy más grande, elevándome sobre él y ahora estoy hablando con papá, Pequeña Sandra... [Tono: fuerte, decidido, intransigente]. "Greg [papá], puedes detenerte allí mismo. Estás asustando a Sandra, es una buena niña. Es tu trabajo que esté segura y no estás haciéndolo, así que me haré cargo ahora para asegurarme de que esté segura. Quiero que te vayas ahora mismo". ¿Cómo está respondiendo?

SANDRA: Él no cree que alguien le esté enfrentando.

TERAPEUTA: [siguiendo con el fuerte tono intransigente] "Estás lidiando conmigo ahora, y no voy a dejar que te desquites con Sandra, ahora harás lo que digamos: retírate". (Saco a tu papá de la imagen). "Ahora me torno hacia ti, Pequeña Sandra. No mereces todo esto, solo es una lata de bebida. Eres una buena niña y él es el del problema". ¿Cómo se siente el que tengas a alguien allí para ti, para protegerte?

SANDRA: Nadie lo había hecho antes, se siente bien [llorosa].

Antagonistas exigentes

- Los antagonistas exigentes presionan en el rendimiento y éxito más allá de los recursos realistas o equilibrados del paciente.
- No hay tiempo para relajarse, se debe trabajar duro en todo momento y tener éxito en lo que se haga (p. ej., “Solo quiero que seas la mejor versión de ti mismo”).
- Tales cuidadores quieren que sus hijos tengan éxito en la vida y sienten que un alto nivel de logro es una condición necesaria para ese éxito.
- Enfrentar estos mensajes exigentes requiere un enfoque diferente en comparación con la lucha con los mensajes castigadores.
- Aquí, el terapeuta asume un enfoque más persuasivo y orientado al diálogo cuyos argumentos explicarán por qué la relajación, la espontaneidad y el juego son necesidades básicas para los niños.

Ejemplo de caso

Ben fue criado por unos padres amorosos pero muy trabajadores que nunca tenían tiempo para el descanso ni relajarse. Ben experimentó una clara presión en el rendimiento. Durante un ejercicio de imaginación reescriptiva, el padre de Ben estaba parado detrás de Ben, quien tenía 12 años y hacía su tarea. Ben había estado haciéndola por una hora y le gustaría salir a jugar, pero su padre le presiona para seguir haciéndola. El terapeuta aborda al padre en la imagen, y reconocer sus buenas intenciones mientras formula la situación de permitir a Ben un tiempo para relajarse y jugar: “Aunque comprendo que quieres lo mejor para tu hijo, la forma en que te haces cargo de él ahora mismo lo está dejando exhausto. Toda batería necesita recargarse de cuando en cuando, para evitar que se gaste. Creo que ambos queremos que Ben mire hacia atrás, dentro de años, y vea una vida equilibrada y feliz llena de experiencias de amor, conexión y diversión. No quiero que recuerde una vida que no era más que plazos y trabajo duro”.

Antagonistas que culpan

- Los antagonistas que inducen culpa muestran decepción, tristeza, retraimiento u otras formas de comunicación indirecta. Esta suele ser una forma de desalentar la autoexpresión, autonomía, juego y espontaneidad o una forma indirecta de castigar al niño.
- Tales mensajes suelen experimentarse como castigo (“Soy malo por dejar a mamá triste en casa”), y suelen darse de una forma indirecta que induce culpa. En algunos casos, donde el antagonista tiene problemas mentales o está socialmente aislado, puede haber un intento desesperado pero equivocado de que el niño satisfaga sus propias necesidades emocionales y permanezca muy cerca a expensas de la necesidad de autonomía del niño.
- En su desafío al padre, el terapeuta debe identificar directamente la comunicación indirecta y sutil y llamar la atención sobre el impacto en el niño.
- Luego, el mensaje puntual tácito debe ser claramente (aunque con menos fuerza que con los padres castigadores) refutado y desafiado.
- El paciente también puede recibir educación psicológica sobre la diferencia entre una lealtad sana y un sentido de responsabilidad. Además, el terapeuta puede necesitar brindar “ayuda” y apoyo al antagonista (por ejemplo, el terapeuta dice que accederá al apoyo para cuidadores con problemas mentales).

Ejemplo de caso

Elsa creció con una madre depresiva y agotada. Se presenta con un ánimo crónico bajo y dificultades para que otros satisfagan sus necesidades.

ELSA: Estoy en casa con mamá.

TERAPEUTA: ¿Qué ves? ¿Cuántos años tienes?

ELSA: Tengo casi ocho. Estoy en su habitación. He entrado porque quiero ir con una amiga a la tienda de la esquina para comprar algunos bocadillos –estamos de vacaciones de la escuela.

TERAPEUTA: ¿Cómo se ve en la imagen?

ELSA: Está acostada en la cama. Es casi las tres de la tarde. No dice nada, se ve cansada y tiene ojos tristes.

TERAPEUTA: ¿Cómo te sientes?

ELSA: Estoy triste [se pone llorosa], soy una molestia y no debería molestarla.

TERAPEUTA: Elsa, hablaré con tu madre... “Comprendo que no te sientas bien, y lo lamento. Sin embargo, todavía eres la madre de Elsa, y se supone que debes cuidarla –y no al revés. Sé que no te sientes bien y necesitas ayuda, pero no está bien que la responsable sea Elsa. Puedo recomendarte a un buen colega de mi confianza para que ayude si deseas. Pero no quiero que cargues a Elsa tu dolor de esta manera”. El terapeuta le dice a Elsa: “Quiero que me mires ahora en vez de a tu madre, porque cada vez que la miras, te sientes responsable y culpable. Me alegra poder ayudarla, pero no está bien que tú tengas que preocuparte por ella. Quiero que solo disfrutes la vida y seas una niña, así que ve a comprarte un dulce ahora”.

Cuidadores negligentes o ausentes

- Algunos pacientes han crecido en un ambiente de negligencia emocional y soledad en el que los cuidadores estuvieron física o emocionalmente ausentes.
- Si bien los sentimientos de castigo pueden ser limitados, el paciente ha internalizado tales experiencias privativas con el mensaje: “Tus necesidades no importan y no eres importante ni agradable”.
- En tales situaciones, el terapeuta puede necesitar enfocarse en las necesidades del niño sin un cuidador presente.
- En estos diálogos, el terapeuta utiliza la reeducación limitada para satisfacer las necesidades del niño y validar sus sentimientos. A menudo, la presencia, la participación y el deseo del terapeuta de pasar tiempo con el niño en la imagen proporcionan un antídoto contra su soledad y la sensación de que no importa.
- En situaciones con cuidadores físicamente ausentes, el terapeuta también puede necesitar “traer” al padre infractor, permitiendo un intercambio dentro de la imaginación. En los diálogos con los cuidadores privadores, el terapeuta aprecia

explícitamente al niño, destaca sus necesidades emocionales y señala las responsabilidades del cuidador.

Ejemplo de caso

John describe una imagen en la que tiene nueve años y está sentado solo en su habitación. Sus padres han salido, no sabe dónde están ni cuándo regresarán, ha tenido que regresarse solo de la escuela y quedarse dentro en casa. El terapeuta entra en la imagen y consuela al niño triste y solo. Luego, le pide a la madre de John que se une y defiende sus necesidades.

TERAPEUTA: ¿Puedes verme allí contigo y tu mamá?

JOHN: Sí, puedo verlos allí, estás al frente de mí y mamá al lado.

TERAPEUTA: Me dirigiré a tu madre. Mary, John es un niño fantástico y necesita que lo notes, que estés allí para él. Siente que no le importas y eso no está bien. [A John] ¿Cómo responde?

JOHN: Se ve confundida, dice que necesita trabajar.

TERAPEUTA: [a Mary]: Sé que necesitas trabajar, pero necesitas pensar en John y hacerle saber que le importas, ese es tu trabajo... [A John] ¿Cómo responde?

JOHN: Dice: "Necesito trabajar", como un robot.

TERAPEUTA: [a Mary]: Mary, sé que es difícil para ti, pero ignorar a tu hijo, lo está dañando. No voy a quedarme de brazos cruzados. Voy a hacerle saber a John que él importa, y que eres afortunada de tenerlo. [A John]: ¿Qué se siente tenerme allí, saber que no estás solo?

JOHN: [lloroso]: Bien...

TERAPEUTA: Voy a sacar a mamá de la imagen ahora, ¿puedes verme allí contigo? Pequeño John, me importas, eres muy importante para mí y me importas mucho, lamento que estés solo... Voy a hacer tiempo para ti. ¿Qué se siente tenerme allí?

JOHN: Muy bien.

- La reescritura no llega a manipular las reacciones emocionales del antagonista de ninguna manera. En el caso anterior, una madre negligente no se considera arrepentida (a menos que así sea como el paciente crea que reaccionaría el

padre). Más bien, el terapeuta y el adulto sano hacen lo que sea necesario para reeducar al niño en la imagen. Esto es emocionalmente creíble porque el paciente es consciente de los sentimientos de cuidado y compasión que tanto él como el terapeuta tienen por el niño en la imagen.

- Algunos eventos de la infancia pueden asociarse inevitablemente con una gran pérdida o tristeza (por ejemplo, la muerte de un ser querido) y puede que no sea posible resolver por completo la situación para el niño. No obstante, el terapeuta puede validar y proveer una ayuda vital y una profunda presencia atenta que faltó en el momento del evento. De esta forma, el terapeuta empatiza con la pérdida inevitable en la situación, sin dejar al niño solo enfrentando el dolor.

Emociones en el trabajo de imaginiería

- La imaginiería reescriptiva está diseñada para abordar el componente emocional de los esquemas.
- Como resultado, el terapeuta apunta a desencadenar una respuesta emocional en la imaginiería.
- Sin embargo, los terapeutas suelen preocuparse por inundar al paciente con un afecto excesivo o por no acceder lo suficiente a la emoción.
- Aquí, el modelo de la ventana de tolerancia (Siegel, 2005) puede ser un marco útil para el terapeuta con el fin de comprender el mejor nivel de experiencia emocional para el cliente.
- El modelo de ventana de tolerancia describe una zona de activación emocional óptima para el trabajo psicoterapéutico, lo que sugiere que la activación emocional puede variar entre un estado de hiperactivación (experiencia emocional excesiva o abrumadora) e hipoactivación (“entumecimiento” de la experiencia emocional subactiva).
- Entre tales estados, existe una “ventana” de experiencia emocional que permite el procesamiento efectivo (Ogden, 2009).
- Según este modelo, los límites de la ventana son idiosincráticos para cada persona, y algunos pacientes tienen una mayor capacidad y voluntad de experimentar emoción que otros.

- Los factores que influyen la gama de la “ventana” pueden incluir experiencia de trauma infantil, temperamento, creencias sobre la emoción y factores ambientales.
- Como resultado, el terapeuta de esquemas debe considerar la ventana de tolerancia cuando acceda al material emocional. **Inundar y abrumar (y posiblemente Re traumatizar) al paciente no es el objetivo de la intervención.**
- Más bien, el terapeuta también necesita dar pasos activos para acceder al modo del niño vulnerable cuando el paciente se desconecte del material emocional.

Las siguientes estrategias pueden emplearse para modificar el nivel de intensidad emocional en la imaginación.

Los pacientes recuerdan y no experimentan

- Algunos pacientes describen lo que sucede en la imagen de una forma distante, como si lo observaran de lejos en vez de sentir parte de la escena. Por ejemplo, el paciente puede recordar un evento de la infancia en vez de tener una experiencia visual/perceptiva (“Papá llegaba a casa ebrio y me gritaba porque no me iba bien en la escuela”).
- Aquí, el terapeuta alienta al paciente a usar la primera persona del presente (“Estoy llegando a casa de la escuela, un poco tarde, papá está en el portón ebrio, tropezando y gritándome, diciéndome que soy patético”).
- Además, el terapeuta se enfoca en los aspectos (particularmente visuales) experienciales de la experiencia (Terapeuta: “¿Qué ves? ¿Qué escuchas a tu alrededor?”). Eso ayuda al paciente a experimentar sus sentimientos y necesidades con más intensidad en la imagen mientras siente que están “allí” y esto permite que la reescritura tenga un impacto más fuerte.

El terapeuta usa su influencia o la fantasía en la imaginación para manejar el afecto (ventana de tolerancia)

- Los pacientes suelen acceder a emociones fuertes e intensas durante la imaginación reescritura y a veces pueden sentirse abrumados.

- En estas situaciones, el terapeuta puede manipular los aspectos visuales de la escena para ayudar al paciente a sentirse más seguro, más en control y menos abrumado.
- Por ejemplo, el terapeuta puede usar el enfoque del “control remoto” para “adelantar” o “rebobinar” experiencias particulares.
- En algunos casos, se necesita que los antagonistas clave sean removidos, o rasgos de seguridad tales como un muro de cristal o celda de prisión para contener al personaje aversivo.
- El terapeuta también puede usar la fantasía para que el paciente tenga una sensación de seguridad en la imagen. Por ejemplo, el terapeuta puede aumentar de tamaño, entrar en la imagen con ayuda adicional (tal como la policía o protectores infantiles que se vuelven figuras adultas imaginarias que son seguras, fuertes y protectoras).
- En contraste, los antagonistas específicos pueden no estar en la imagen y necesitar ser “convocados” para una reescritura efectiva. Por ejemplo, un paciente que tiene un padre ausente puede no tener muchos recuerdos de dónde estaba interactuando activamente con él. En tales casos, el terapeuta puede necesitar traer al antagonista a la escena para permitir una interacción terapeuta-antagonista. Por ejemplo, un padre que puede haber abandonado a la familia podría necesitar ser “devuelto” para que el terapeuta proporcione una reescritura.

Sintonizar con la experiencia del paciente

- El terapeuta tiene como objetivo equilibrar la sintonía con la experiencia del paciente y estructurar el proceso para que las necesidades del niño se satisfagan en última instancia en la imagen.
- El terapeuta tiene como objetivo “llegar a entender” y mostrar al paciente su comprensión de las necesidades del niño, en lugar de proceder solo con el proceso técnico de reescritura.
- El terapeuta apunta a sintonizarse con el material emocional (¿cómo te sientes cuando dice eso?), cogniciones relacionadas (“¿Dónde notas esto en tu cuerpo?”). Además, los resúmenes breves y las aclaraciones en la imaginación pueden aumentar la intensidad de la experiencia del paciente (“Entonces, ¿es algo así como que no hay nada que puedas hacer bien? Estás tan

asustado y tienes la sensación de que simplemente te va a gritar sin importar lo que hagas”).

- Para algunos pacientes, la imaginería reescriptiva puede sentirse demasiado desafiante. Por ejemplo, un paciente puede sentirse abrumado, miedo de ser controlado o expuesto, o convencido de que la técnica no lo ayudará. Si un paciente se niega a completar el trabajo de imaginería, el terapeuta necesita respetar posición del paciente.
- El terapeuta puede preguntar acerca de sus preocupaciones y alentar al paciente a dar voz a la parte de él que está indispuerto a hacer la imaginería.
- Esto permite al paciente sopesar los pros y contras de no hacer dicho trabajo. Los diálogos de modos también pueden realizarse para explorar y trabajar la ambivalencia del paciente. Por ejemplo, el terapeuta podría escuchar al niño vulnerable y adaptar la imaginería para abordar sus miedos de estar inseguro, o el adulto sano del paciente podría responderle al modo del padre castigador con respecto al miedo del paciente de verse como un tonto o de cometer errores.

Conclusión

- La imaginería reescriptiva ofrece una forma creativa, comprometedora y flexible de obtener entendimientos profundos de los orígenes de los esquemas y modos clave.
- También provee una oportunidad única para el paciente de crear experiencias emocionales correctivas que estuvieron ausentes en la infancia y son fundamentales para su crecimiento y bienestar.
- Además, el proceso proporciona un foro para que el adulto sano se fortalezca y asuma un papel más central, a medida que practica satisfacer las necesidades de su niño vulnerable en cada nueva reescripción.
- Las intervenciones pueden proporcionar al paciente experiencias únicas que proporcionan resultados poderosos.
- No obstante, el proceso puede verse limitado por la voluntad y capacidad del paciente de experimentar el material emocional basado en la imaginería. Dada su intensidad emocional, algunos pacientes pueden sentirse asustados o desconfiar de la imaginería y tratan de evitarla. En estos casos, los terapeutas

deben preguntar por la preocupación de la “parte” de ellos que no quiere hacer la imaginación. A menudo, las preocupaciones del modo de afrontamiento pueden entenderse y adaptarse para permitir la imaginación reescriptiva, a veces con adaptaciones creativas al proceso.

- La imaginación reescriptiva puede ser desafiante. Es posible que el terapeuta no sepa necesariamente qué sucederá para el paciente, o puede no ser consciente de las experiencias infantiles muy angustiosas que se revelan inesperadamente.
- Dos principios rectores que pueden asistir al terapeuta en circunstancias tan desafiantes son: “¿Qué haría un buen cuidador en este momento?” y “¿Qué necesita el niño y cómo puedo satisfacer directamente esta necesidad en la imagen?”.
- De esta manera, el terapeuta sintoniza con las necesidades básicas del paciente y el paciente siente la oportunidad de experimentar algo diferente y más positivo para su futuro yo.