



## **BOLETÍN DE TERAPIA DE ESQUEMAS**

### **PRIMAVERA 2023**

*El duelo, la experiencia de dolor emocional y la angustia en respuesta a una pérdida, es una parte universal de la experiencia humana. Como tal, el duelo no representa una patología a tratar, sino, más bien, un proceso de adaptación a la pérdida, la separación y el cambio. Como terapeutas de esquemas, comprendemos que nuestro paso por las experiencias vitales, incluso las normales y esperadas, está influido por los esquemas y modos que hemos desarrollado.*

*Cuando el proceso de duelo no progresa como se esperaba, y los individuos no son capaces de integrar la pérdida y “seguir adelante” con su vida, se puede hacer un diagnóstico de Duelo “Complicado” o “Prolongado”. En este número se describen los distintos tipos de duelo y se sugieren formas en que la terapia de esquemas ayuda a las personas a atravesar el proceso de duelo de forma sana y adaptativa, evitando o superando los posibles escollos de este proceso, a veces abrumador.*

**Gemma Gladstone** proporciona una importante descripción del duelo y del duelo complicado, e introduce un modelo que esboza las capas que contribuyen al duelo complicado. También destaca la importancia de reconocer y trabajar con el modo del niño vulnerable cuando se trabaja con pacientes en duelo, ya que las pérdidas pasadas contribuyen a la pérdida reciente y a veces la complican. En las descripciones de casos, demostró el uso de técnicas experienciales para movilizar al adulto sano en el duelo por pérdidas pasadas y presentes.

**Liam Spicer** escribe sobre la curación del duelo prolongado, manteniendo al mismo tiempo un sentimiento de conexión con la persona perdida, destacando la importancia de la relación terapéutica, tan arraigada en la práctica de la terapia de esquemas. En un ejemplo de caso, demuestra el uso de técnicas experienciales, cognitivas y conductuales para movilizar a una paciente cuyo duelo por una pérdida repentina se estancó, impidiéndole vivir una vida que tuviera sentido para ella.

El artículo de **Christoph Fuhrhans** analiza algunos de los factores de riesgo que contribuyen tanto al duelo complejo como al duelo privado de derechos, un duelo que no es “socialmente aceptable”, bien porque es prolongado, o porque el duelo se refiere a una pérdida que no está socialmente reconocida. Este artículo describe la actividad de los esquemas, la afiliación religiosa, el contexto de la muerte y los fundamentos culturales y neurobiológicos del duelo complejo.

**Galit Goren Gilad** introduce el concepto de “modo del niño con múltiples capas”, subrayando la importancia de explorar la presencia de más de una iteración del modo de niño vulnerable, al tiempo que se busca el modo del niño contenido. Comienza este debate con un ejemplo de caso de un hombre de 35 años que lucha por superar la muerte de su hermano gemelo, y amplía sus ejemplos de casos para ilustrar las múltiples capas del modo del niño a través de ejemplos de casos con otras luchas.

**Peregrine Murphy Kavros** amplía el concepto de duelo para extenderlo no sólo a la pérdida de un ser querido, sino, también, a la pérdida de oportunidades y de tiempo. Esto es muy importante cuando se trabaja con personas que se enfrentan a una enfermedad que amenaza o altera su vida. Sugiere escribir cartas y diarios, así como la imaginación rescriptiva, como intervenciones eficaces en este proceso, y destaca la importancia del perdón, tanto para uno mismo como para los demás, en el duelo por la pérdida de oportunidades.

*Estos artículos ponen en relieve la aplicación polifacética de la terapia de esquemas no sólo a los trastornos de la personalidad y la psicopatología, sino, también, para ayudar a las personas emocionalmente estables a afrontar el reto universal del duelo por la pérdida.*



**DRA. GEMMA GLADSTONE**

## **¿QUIÉN ESTÁ DE DUELO? LA IMPORTANCIA DE LA PÉRDIDA INFANTIL NO PROCESADA EN EL DUELO COMPLICADO**

### **INTRODUCCIÓN**

Ciertamente, hay mucho que decir del duelo. Sabemos que es a la vez una emoción dolorosa y una experiencia compleja profundamente arraigada en la condición humana.

El duelo está íntimamente ligado a lo que significa ser un ser humano que vive en un mundo siempre cambiante e imperfecto. En cierto modo, el duelo es también la experiencia de “no conseguir lo que queríamos”. Es lo que sentimos cuando la vida no nos da lo que esperábamos. Por tanto, el duelo constituye tanto la “ausencia de presencia” como la “presencia de ausencia”.

Una de las verdades más dolorosas de nuestra humanidad es que siempre sufriremos la pérdida de un ser querido con su muerte. La muerte de una figura de apego cercana (es decir, un duelo), es muy a menudo una experiencia vital profundamente estresante y dolorosa que afecta a múltiples aspectos de nuestras vidas y plantea muchos retos: emocional, física, espiritual y socialmente.

Aunque el duelo es una experiencia universal, no deja de ser un proceso único para cada persona. La forma en que afrontamos el duelo y nuestra adaptación a la pérdida están influidas por una miríada de factores, entre ellos, los esquemas personales. La historia pasada individual de cada persona y la naturaleza de su relación con la persona perdida (entre otros muchos factores determinantes), influirán tanto en el curso como en la naturaleza de su duelo.

## EL CURSO DEL DUELO

La fase aguda del duelo es la respuesta inicial intensa a la pérdida, en la que la persona experimenta una serie de vivencias emocionales, cognitivas y físicas. Cuando un ser querido muere de forma repentina e inesperada, el duelo agudo suele ser más intenso y se caracteriza por una alteración importante del sistema de apego y un estrés sin precedentes para el cerebro (O'Connor, 2022), ya que la persona intenta conciliar el impacto y aceptar la ausencia física permanente de su ser querido.

Aunque no existe un marco temporal obligatorio, el duelo agudo suele ser "limitado en el tiempo", en el sentido de que la conmoción y la intensa angustia características del duelo agudo tienden a remitir de forma natural con el paso del tiempo. Sin embargo, el duelo nunca llega a su fin. No llegamos a un punto en el que hayamos terminado el duelo. Más bien, nos adaptamos a nuestras pérdidas gradualmente y con el tiempo para avanzar hacia la aceptación de nuestra nueva realidad. Las oleadas agudas de dolor pueden seguir aflorando en distintos momentos, pero lo hacen dentro de un proceso gradual de disminución de la añoranza aguda por nuestro ser querido.

Quienes investigan el campo del duelo y el luto (por ejemplo, Neimeyer y Burke, 2012; Shear, 2010, 2015) hablan de la evolución natural del duelo y de cómo se "integra" en nuestras vidas, en la medida en que nos permitimos sentir el dolor de la pérdida, y siempre que no se interpongan factores "complicantes".

## EL DUELO COMPLICADO

¿Qué es el duelo complicado? Parece tener muchos nombres e incluso se ha añadido recientemente al DSM (DSM-5-TR, 2022) como *Trastorno de Duelo Complejo Persistente*. Personalmente, prefiero el término "duelo complicado" principalmente porque parece menos estigmatizante y no contiene la palabra "trastorno", pero también porque simplemente implica la presencia de factores "complicantes". El duelo no es complicado en sí mismo, pero cuando determinados factores bloquean e interrumpen un proceso de duelo eficaz, el duelo puede complicarse.

Desde el punto de vista cualitativo, podríamos reconocer un cuadro de duelo complicado cuando la angustia y el anhelo agudos de una persona persisten en gran medida sin cambios a lo largo del tiempo y cuando su duelo bloquea su capacidad para volver a comprometerse con la vida o hacer planes o experimentar un sentido de propósito. Uno de los problemas es que tanto la sociedad en general (al menos en Occidente) como los profesionales de la salud mental han tendido a patologizar el duelo. La pérdida, la muerte y el duelo son temas incómodos. En general,

la sociedad espera que las personas se “recuperen” del duelo mucho antes de lo razonable. Todo esto ha llevado a una “expurgación” del duelo, lo que hace que muchas personas en duelo juzguen duramente su propio duelo y recuperación, un proceso que a menudo da rienda suelta a los modos críticos de cada uno.

¿Qué es lo que mantiene a las personas estancadas en su duelo? La investigación sugiere (p. ej., Stroebe et al., 2007) que muchos de los factores se centran en la evitación de las emociones dolorosas y la aceptación de la realidad; las rumiaciones; el pensamiento contrafactual cargado de culpa (es decir, el pensamiento del tipo *podría haber, debería haber, habría*); la autoculpabilización y las emociones complicadas no procesadas, como la culpa, la ira y la vergüenza.

Mi propia experiencia clínica concuerda con estos hallazgos y me ha reforzado el poderoso papel de la culpa, tanto emocional como en forma de creencias culpabilizadoras, a la hora de determinar la adaptación tras la pérdida de un ser querido.

Como terapeutas de esquemas, estamos bien situados para ayudar a los clientes que presentan un duelo complicado. Sabemos que los traumas pasados, las pérdidas y las necesidades insatisfechas determinan la adaptación de una persona a acontecimientos vitales estresantes. Nuestras intervenciones experienciales trascienden el ámbito cognitivo y permiten a los clientes afrontar y transformar el material doloroso, hablar de lo increíble y acceder a partes más profundas y ocultas de sí mismos.

A partir de mi propia experiencia personal y de mi trabajo con muchos clientes en duelo a lo largo de los años, he aprendido dos cosas clave: (1) cuando experimentamos una pérdida dolorosa, no es sólo nuestro yo actual el que se aflige, sino, también, todas las “partes” diferentes de nosotros que han venido antes, y (2) los seres humanos (especialmente los niños) son excepcionalmente buenos para adoptar comportamientos de afrontamiento y otros mecanismos no conscientes que sirven para protegernos de las dolorosas realidades de la vida.

Por lo tanto, el trabajo del terapeuta de esquemas consiste en guiar a los clientes a través del laberinto de la pérdida y el duelo, para ayudarles a acceder a su propia sabiduría (AS), de modo que puedan afrontar lo que se ha evitado y lo que es necesario sentir. Podemos ayudar a nuestros clientes a crecer en torno a su duelo, a encontrar una sensación de libertad frente a la tristeza abrumadora y a empezar a reincorporarse a la vida.



Figura 1. Cuando nos enfrentamos a una pérdida, no sólo nos afligimos nosotros mismos, sino, también, por nuestro pasado.

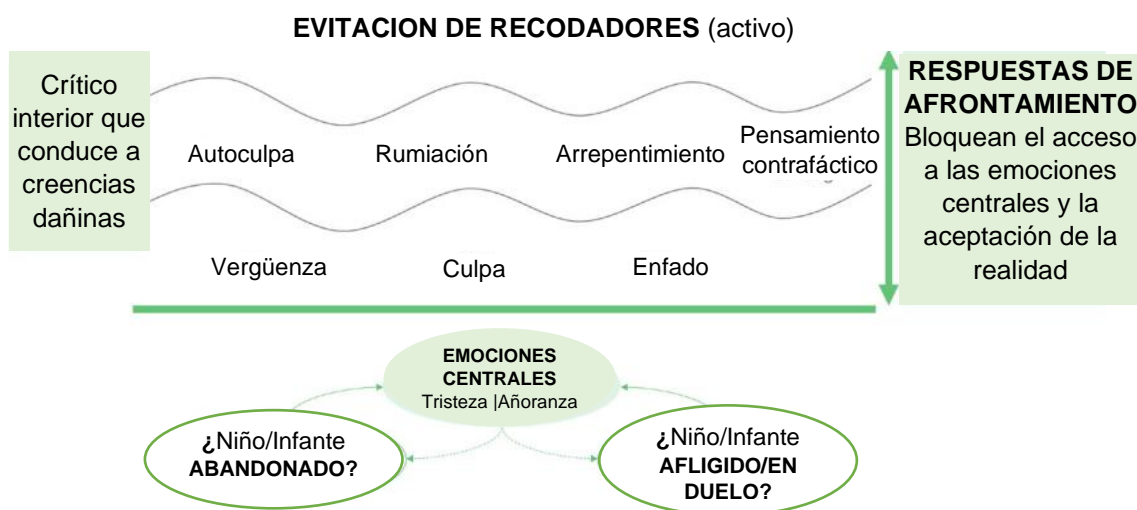


Figura 2. Modelo conductual, cognitivo y emocional. Modelo de estrategias de afrontamiento conductuales, cognitivas y emocionales en el **duelo complicado**.

En la Figura 2, he ideado un modelo para ilustrar las capas de factores comunes en el duelo complicado. En la parte superior, se encuentra la evitación activa, que si está presente implica comportamientos como evitar activamente los recordatorios de la persona fallecida (por ejemplo, retirar fotografías, evitar mencionar su nombre) o evitar tareas o planes que

reconozcan la realidad de la muerte (por ejemplo, mantener su habitación exactamente igual). La siguiente capa se refiere a los procesos cognitivos que se experimentan habitualmente y que inhiben el procesamiento emocional necesario. Los pensamientos prolongados y repetitivos de autoculpabilización, especialmente la “autoculpabilización del cuidador” (Stroebe et al., 2014); el pensamiento rumiativo, incluidos ejemplos comunes de pensamiento contrafáctico (p. ej., si tan solo hubiera...) y el arrepentimiento, son procesos que alimentan la evitación tanto del procesamiento emocional como de la aceptación de la realidad. Estos procesos desempeñan un papel clave en la dolorosa experiencia de añoranza prolongada del ser querido, que es una característica central del duelo complicado. Las emociones que subyacen a estos procesos suelen ser las de culpa (es decir, una emoción “dirigida al otro” que se centra en el fracaso de la persona a la hora de proteger a su ser querido o aliviar su sufrimiento). La ira enfocada hacia el exterior, ya sea hacia la persona fallecida o hacia los implicados (por ejemplo, el personal médico), aunque quizá sea válida y comprensible, a menudo puede alimentar la rumiación. También puede estar presente la vergüenza, que a veces conduce a una espiral de depresión en la que la persona en duelo interioriza su incapacidad para salvar a su ser querido y lo convierte en un “por lo tanto, soy malo”.

Como terapeutas de esquemas, podemos entender todos estos procesos en términos de respuestas de afrontamiento e incluso modos que bloquean el acceso a la vulnerabilidad y al trabajo centrado en la curación. Debajo de la línea en negrita se encuentran las emociones centrales concernientes al duelo, relacionadas con la profunda tristeza, el anhelo y la angustia de haber perdido a una persona querida (es decir, el duelo actual). Dado que estas emociones son tan dolorosas y abrumadoras, es comprensible que las personas dediquen un tiempo considerable a los procesos de “afrontamiento” descritos anteriormente.

Para muchos clientes, las emociones centrales relacionadas con el duelo actual se ven intensificadas por el material anterior (preexistente). Si existe una historia de pérdidas en los primeros años de vida (por ejemplo, un modo del niño en duelo), especialmente si el duelo estaba inhibido (como suele ocurrir en la infancia), el duelo infantil negado por el cliente suele aflorar con mayor intensidad, inundando a la persona con emociones abrumadoras del NV que incluyen un miedo y una desesperación intensos. Del mismo modo, un esquema de abandono con otros orígenes también puede intensificar y complicar el proceso de duelo para muchos. Los clientes que presentan un duelo complicado suelen tener esquemas de abandono no explorados o no sanados, con frecuencia, derivados de

abandonos no relacionados con la muerte en los primeros años de vida, incluidos los de origen preverbal.

Por lo tanto, una tarea clave para el terapeuta es identificar cuáles de estos procesos (si no todos) actúan como factores de complicación y priorizar las intervenciones experienciales dirigidas a ellos de forma intencionada y compasiva en el tratamiento. He descubierto que, para que el cliente reclute la sabiduría y la compasión de su modo del AS para avanzar en la vida, el tratamiento debe incluir un trabajo de sanación a nivel del niño abandonado o afligido.

La capacidad de sentir las emociones y volver a regularse tras la agitación emocional es una capacidad esencial para el duelo adaptativo (Mikulincer y Shaver, 2013). Además, la investigación sobre el apego (Kosminsky y Jordon, 2016) ha descubierto que la capacidad de una persona para oscilar entre los estados centrados en el duelo y el respiro del duelo, está fuertemente influenciada por su capacidad para autorregular y tolerar las emociones, que es una habilidad aprendida apuntalada por una adecuada sintonía madre-hijo (es decir, correulación) en las primeras etapas de la vida. Por lo tanto, uno de los objetivos de la terapia para el duelo complicado es fomentar una fuerte conexión entre el modo del AS del cliente y su(s) modo(s) del NV dolido(s) y guiar y apoyar la autorregulación y la correulación entre estas dos partes del yo.

### **ESTUDIO DE CASO: PARTE 1**

Conocí a John unos dos años después de que su mujer (durante 25 años), Helen, muriera de cáncer. Su psiquiatra me lo remitió con un diagnóstico de “depresión resistente al tratamiento”. Según él mismo admitió, John no estaba en un buen momento. Había cortado el contacto con sus pocos amigos y su único hijo, apenas salía de casa, prestaba poca atención a sus negocios, hacía lo mínimo. La mayor parte del tiempo se quedaba solo en casa viendo la televisión. Me contó que a menudo vagaba por la casa sintiéndose perdido, con una sensación de desesperación y un fuerte sentimiento de miedo. John cuestionaba el sentido de su vida, describiendo a Helen como su “línea vital” y su única razón para vivir. A medida que fui conociendo más a John, me di cuenta de su tendencia a volver la conversación sobre cómo le había fallado a su mujer Helen (culpa y autoculpabilización). Cuando le diagnosticaron la enfermedad por primera vez y durante gran parte del tratamiento, John se sintió impotente y preso del pánico (NV) y solía encerrarse en sí mismo y “faltaba” a las citas médicas (modos del protector separado y autocalmante separado). Me dijo que no podía superar la idea de que había “defraudado a Helen” (culpa y autoinculpación) y que “ella se merecía algo mejor” que él (imperfección/vergüenza). John volvía con frecuencia a estos temas y parecía atascado en la rumiación de que



“debió” y “podría” haber hecho mucho más por Helen (rumiación como evitación).

## **TRABAJO DE SILLAS**

Cuando se trata de intervenciones terapéuticas para duelos complicados, tanto el trabajo de sillas como los diálogos imaginarios pueden ser profundamente poderosos. Mis prioridades con John eran abordar primero los factores “complicantes” más obvios, como la culpa, y facilitar un diálogo con “Helen”, dando a John la oportunidad de expresar todo su arrepentimiento y pedir perdón (los diálogos en los que el cliente puede pedir perdón a la persona fallecida tienen un enorme valor terapéutico).

La sesión inicial de trabajo de sillas implicó que John hablara con Helen en la silla vacía y se basó en el método gestáltico clásico que incorpora el ciclo de las emociones discutido por Tobin (1976) y el equilibrio de los afectos (Erskine, 2014). El objetivo no era que John dijera “adiós” a Helen, sino permitirle expresar todos los pensamientos y emociones relevantes y restablecer algún tipo de conexión con ella. Este método permitió a John exteriorizar todos los pensamientos, creencias y emociones implicados en su sufrimiento actual. La idea de asistir a una “relación” continua entre el cliente y su figura de apego fallecida se basa en el concepto de Vínculos Continuos (adaptativos) (Klass et al., 1996), tal y como lo abordan los teóricos del apego.

En los casos en los que la persona fallecida es claramente una figura benévola (como Helen), mi preferencia es dirigir el trabajo de sillas en la dirección de la inversión de roles. En una sesión posterior con John, facilité un diálogo en el que él asumió el papel de Helen. Esto incluía algunos componentes, pero el objetivo principal era dirigir el diálogo de “Helen” ayudando a John a liberarse de su culpa y a liberarse de sus cavilaciones autorrecriminatorias. Este enfoque puede ser increíblemente poderoso y permite al cliente acceder a la “sabiduría” interiorizada de sus seres queridos (Knittel, 2010) en busca de orientación y consejo para seguir adelante con sus vidas. Para una descripción detallada de este tipo de intervenciones, véase Blatner (2000); Kellog (2015) y Sabar (2000).

## **ESTUDIO DE CASO: PARTE 2**

Cuando John tenía 7 años, su madre murió en un accidente de auto. Era tarde por la noche y ella conducía de vuelta a casa tras su turno de enfermería. Lo que siguió fue una época muy solitaria, confusa y temerosa para el pequeño John. Desgraciadamente, su padre no le proporcionó apoyo emocional ni orientación y, durante años, no habló de su madre: todas las fotografías de ella estaban guardadas, fuera de la

vista. John no comprendió del todo que su madre había muerto hasta unos meses después de su fallecimiento, cuando su familia vino a quedarse con él. John recuerda cómo se despertaba por la noche en los meses posteriores a su muerte, buscando a su madre por la casa. Describe su miedo, su soledad, su intensa tristeza y su anhelo por el consuelo de su madre.

Al igual que los traumas, las experiencias de duelo se suceden unas a otras. Yo describiría lo experimentado por John como “duelo traumático”, ya que la conmoción, el estrés y la enormidad de la situación sobrepasaban su capacidad de superación cuando era un niño pequeño. Tenía 7 años y necesidades de seguridad insatisfechas; estaba confuso y asustado. No sólo había perdido a su principal figura de apego, sino que estaba completamente solo en su dolor. Cuando John adulto sintió la pérdida de Helen, el pequeño John (P. J.) también estaba allí, sintiéndose perdido, solo y asustado.

Para que John recuperara la esperanza y el sentido de la vida, el repudiado P. J. necesitaba ser “reclamado” y que se le permitiera llorar la muerte de su madre. Por lo tanto, otro componente de la terapia de John implicaba un trabajo de curación a nivel del P. J.



### **IMAGINERÍA CON EL PEQUEÑO JOHN**

John había traído algunas fotos de su infancia que le ayudaron a crear un sentimiento de conexión con el P. J. Una foto en particular, tomada con unos parientes poco después de la muerte de su madre, fue la que más entristeció a John. La utilicé como estímulo para iniciar un proceso de creación de imagería en el que John y yo entramos en una imagen en la que el P. J. estaba solo en el pasillo de su casa. Era de noche y el P. J. estaba sentado en el suelo.

El objetivo de esta sesión era que yo entrara en contacto con el P. J. y facilitara la conexión entre John y el P. J., para que el P. J. pudiera sentirse apoyado, validado en su dolor, seguro y reconfortado. Después de hablar directamente con el P. J. en un tono maternal empático (incluyendo mensajes de que ya no estaba solo), animé a John a hablar directamente con el P. J. (en voz alta) mientras sostenía una pequeña almohada contra su pecho. La sesión fue muy emotiva y permitió tanto al P. J. como al Adulto John sentir la pérdida de su madre. Me conmovieron mucho las lágrimas desinhibidas de John y las cosas cariñosas y tiernas que le dijo al P. J. mientras sujetaba la almohada con fuerza, como si abrazara a su pequeño hijo afligido. Al hacerlo, la conexión sentida entre John y el P. J. se fortaleció y John pudo sentir la pérdida de su madre y cuidar del dolor del P. J. al mismo tiempo (es decir, una experiencia de correulación interna).

La parte final de la imaginería (y que creo que es esencial para la integración y la curación) implicaba que John y el P. J. abandonaban la oscura y solitaria casa y se dirigían a un lugar donde el John adulto pudiera seguir conectando con el P. J. y cuidándolo. Comprobando a veces cómo se sentía el P. J., John pudo informar de que el P. J. se sentía seguro, relajado e incluso alegre a veces.

Como nota al margen, personalmente nunca dejo a un niño afligido, abandonado o vulnerable en la imagen original una vez que hemos conectado con él (a menos que el cliente lo pida y considere que es mejor y seguro hacerlo). Intuitivamente, no me parece correcto dejarlos donde se “encontraron” cuando uno de los principales objetivos de las sesiones de la imaginería rescriptiva y de la imaginería de reparentalización es recuperar las partes del niño vulnerables, fomentar la conexión entre el AS y el NV y apoyar la integración del yo como un todo equilibrado.

Además de recuperar al NV en la imagen, también asigno a mis clientes tareas para promover y reforzar la reconexión y la autorreparentalización. En el caso de John, elaboramos una lista de formas en las que John podía “incluir” al P. J. en su vida. A continuación se enumeran algunas de ellas:

1. Imaginarse al P. J. en casa con él.
2. Mostrarse una foto especial del P. J. y repetir los mensajes compasivos de reparentalización de la sesión.
3. Volver a ver la escena de la playa, elaborando cualquier cuidado o vínculo con el P. J.
4. Ir a la tumba de mamá e imaginar al P. J. con él (esto también podría hacerse como ejercicio imaginario).
5. Comprar un regalo simbólico para el P. J. (algo que ambos disfrutarían pero que a John le hubiera gustado mucho de niño).

En general, John afirmó que estos ejercicios como “tareas” de inclusión le resultaron útiles y tranquilizadores. Una vez que John fue capaz de aceptar plenamente y tener compasión por el niño, que durante tantos años se quedó solo con su dolor, fue capaz de sentirse más seguro y más dispuesto a volver a conectar con otras personas en su vida. Fue un paso importante para John, ya que el apoyo social es muy importante para superar una pérdida dolorosa.

John fue uno de los muchos clientes cuyas pérdidas tempranas desempeñaron un papel importante en la forma en que afrontó la muerte de su compañera de vida. Como sabemos, la terapia que tiene en cuenta y pretende curar las viejas heridas es esencial para ayudar a los clientes a recuperar el sentido y la esperanza. La terapia para el duelo complicado puede incluir muchos componentes, pero como terapeutas de esquemas formados en intervenciones experienciales, ofrecemos a los clientes formas creativas de cambiar los modos de afrontamiento poco útiles y guiar el procesamiento emocional esencial.



**La Dra. GEMMA GLADSTONE** es psicóloga clínica y terapeuta de esquemas con certificación avanzada, entrenadora y supervisora, y vive en Sydney, Australia. Trabaja como psicóloga clínica en su consulta privada desde 2001 y ha desempeñado diversas funciones a lo largo de los años, como la docencia, la investigación, la sanidad pública y el *coaching* en el sector privado. Gemma ha tenido una larga carrera clínica utilizando la terapia de esquemas y la intervención experiencial con poblaciones clínicas, especialmente aquellas con depresión crónica, problemas de duelo y pérdida, trauma y abuso sexual infantil. Más recientemente, se ha centrado en adaptar y compartir las ideas y conceptos de la terapia de esquemas con poblaciones no clínicas y con el público en general, incluyendo su trabajo en *The Red Flag Project for woman* (El proyecto Bandera Roja para la mujer) y *The Good Mood Clinic Podcast* (Podcast de la Clínica del Buen Humor). Se puede contactar con ella en [reception@goodmood.com.au](mailto:reception@goodmood.com.au).



**LIAM SPICER**

## **TERAPIA DE ESQUEMAS PARA EL DUELO PROLONGADO: SANAR Y MANTENER LA CONEXIÓN**

### **INTRODUCCIÓN**

La pérdida de un ser querido es, sin lugar a dudas, uno de los mayores retos de la vida, independientemente de quiénes seamos, a qué nos dediquemos y dónde vivamos. Por lo general, con el tiempo, podemos darle sentido a la pérdida y, aunque el dolor no disminuya, nuestra vida crece en torno a ello y los profundos cambios que conlleva la pérdida se acomodan a nuestra vida. Para algunos, sin embargo, este proceso se bloquea o interrumpe de alguna forma, y se produce una forma más complicada y prolongada de duelo, que se estima que ocurre en el 7-10 % de la población en duelo (Aoun et al., 2015). Comúnmente conocido como *complicado*, *complejo*, o más recientemente en el DSM-5 TR como

*Trastorno de Duelo Prolongado* (TDP), esta forma de duelo suele implicar síntomas tales como dificultad para aceptar la muerte, añoranza del fallecido y dolor emocional asociado, una sensación de falta de sentido, y dificultad para participar en nuevas actividades. Esta forma de duelo es a menudo debilitante, persistente, y se ha encontrado que estos individuos son menos propensos a recibir apoyo (Lichtenthal et al., 2011), a pesar de que el 90 % de los individuos con TDP reportan alivio, e interés en buscar tratamiento cuando entienden que su duelo es una forma más complicada (Johnson et al., 2009).

Naturalmente, como terapeutas de esquemas, nos preguntamos cuáles son los factores subyacentes a que alguien desarrolle esta respuesta de duelo más prolongada. Se han identificado varios factores, entre ellos, las experiencias adversas en la infancia, la pérdida previa de un ser querido, el estilo de apego inseguro y la naturaleza de la relación con el fallecido (He et al., 2014; Schaal et al., 2010; Thomas et al., 2014). Curiosamente, los esquemas maladaptativos tempranos también se han asociado con

síntomas de duelo prolongado. Los esquemas de autosacrificio, abandono y vulnerabilidad al daño son fuertes predictores de síntomas de duelo prolongado (Thimm & Holand, 2016). Es comprensible que, si alguien tiene un esquema de autosacrificio, sus necesidades en torno al duelo por el fallecido, la conexión con la vulnerabilidad y el procesamiento de la pérdida puedan quedar relegadas a un segundo plano. En el caso de alguien con un esquema de abandono o vulnerabilidad al daño, la pérdida de una persona significativa puede ser a menudo un evento activador para estos esquemas. Esto puede conducir a sentimientos de abandono y aislamiento, o de miedo y ansiedad ante la posibilidad de que otras cosas de la vida y del mundo vayan mal. Actualmente se están investigando los modos de las personas con duelo prolongado (Spicer, Breen y Mazzuchelli, 2023). Aunque los esquemas y modos que se activan como resultado de una pérdida son únicos e individualizados para cada persona, la activación de nuestros esquemas y modos asociados están inexplicablemente vinculados con nuestro proceso de duelo. La terapia de esquemas es una opción de tratamiento adecuada para crear un cambio duradero que permita a nuestros clientes dar sentido a la pérdida, mantener una conexión con la persona fallecida y avanzar en la vida con un nuevo sentido y propósito.

## **LA RELACIÓN TERAPÉUTICA Y EL DUELO**

El uso de la terapia de esquemas para el duelo prolongado se fundamenta en gran medida en una sólida relación terapéutica basada en la confianza, la conexión, la autenticidad y la capacidad de dar cabida a las grandes emociones inherentes que experimenta una persona en duelo. Frecuentemente, las personas que presentan un duelo experimentan una compleja gama de emociones que incluyen una inmensa tristeza, culpa, ira, impotencia e incluso ansiedad sobre su situación y su futuro. El duelo es una experiencia muy común y, dentro de la relación terapéutica, oír hablar de la experiencia de duelo de alguien puede traer a colación nuestras propias experiencias pasadas, emociones o incluso miedos que podamos tener sobre la pérdida de seres queridos en nuestra propia vida. Como se destaca en una investigación reciente de Pilkington, Spicer y Wilson (2022), nuestra propia activación de esquemas puede tener varios impactos negativos en nuestro trabajo terapéutico, incluyendo evitar el establecimiento de límites, volverse argumentativo y agresivo, desapegarse y evitar, y sobrefuncionar. A pesar de estos posibles desafíos, se identificaron una serie de estrategias para manejar esto, incluyendo centrarse en la vulnerabilidad del cliente, cuidar de la propia vulnerabilidad y conectar con el propio yo del adulto sano, y participar en

la supervisión, la formación, la terapia personal y el autocuidado. En el contexto de un duelo prolongado, es de particular importancia, como terapeuta, la terapia personal en torno a las propias experiencias de duelo, si es necesario, y garantizar un autocuidado adecuado. Ser consciente de cualquier barrera dentro de la relación terapéutica y sortearla es un componente esencial del trabajo con el duelo prolongado para aumentar los resultados terapéuticos positivos. En la investigación de Glickman et al., (2018), una alianza terapéutica positiva al principio de la terapia resultó en una mayor reducción de los síntomas de duelo prolongado. A partir de la creación de una alianza sólida, podemos ser capaces de utilizar la confrontación empática con nuestros clientes cuando están evitando conectarse con los sentimientos asociados a la pérdida, crear más estímulo para el cambio conductual y, lo que es importante, permitir que sus partes vulnerables se sientan seguras y capaces de realizar el trabajo terapéutico activo. Si se hace hincapié en esta relación sólida y enriquecedora a la hora de aplicar técnicas de cambio como el trabajo de sillas, la imaginación rescriptiva y las técnicas cognitivas y conductuales, aumentan las probabilidades de que el cliente obtenga beneficios de estas importantes intervenciones.



### **LAS TÉCNICAS DE CAMBIO ACTIVO: TRABAJO DE SILLAS, IMAGINERÍA RESCRIPTIVA Y ESCRITURA DE CARTAS**

Cuando se trabaja con duelos prolongados, los ejercicios vivenciales son un componente crucial para ayudar al individuo con su experiencia de duelo, y para trabajar con los bloqueos que puedan estar interrumpiendo este proceso. Algunos beneficios sugeridos de los ejercicios experienciales para el duelo incluyen: reafirmar una conexión con la persona perdida; expresar y procesar emociones intensas, suprimidas o

negadas; expresar dificultades en la relación; y hacer una “reparación” o buscar y recibir “perdón” (Gladstone, 2019). Estas necesidades del cliente se proporcionan a través de modalidades experienciales como el trabajo de sillas, la imaginería rescriptiva y la escritura de cartas terapéuticas.

El trabajo de sillas se puede utilizar para mantener un diálogo con el ser querido imaginado en la silla, trabajar con diferentes partes del yo relacionadas con la experiencia del duelo y expresar necesidades o emociones insatisfechas a otros individuos imaginados que pueden estar asociados con la pérdida. El trabajo de sillas es la esencia de la terapia de esquemas para el duelo prolongado y, a menudo, genera cambios profundos en las emociones y los significados asociados a la pérdida. Típicamente, esto puede establecerse de manera que el cliente pueda imaginar a su ser querido en una silla, y tener una oportunidad abierta para expresar cualquier emoción, pensamiento, sentimiento o deseo a esta persona. Para aumentar el afecto y la sensación de conexión con este proceso, es útil que el cliente describa el aspecto de la persona y otras características de la misma. Para profundizar aún más en este trabajo, si hay ciertas emociones fuertes o partes de ellos profundamente impactados por la pérdida, conectar con esa parte directamente y permitirles expresar lo que necesitan puede facilitar un mayor procesamiento. Por ejemplo, puede haber una parte de la infancia que se sienta abandonada por la pérdida y que necesite expresar algo, o una parte enfadada que esté impactada por las circunstancias que rodearon la muerte. Además de utilizar el trabajo de sillas de esta forma integral, también puede emplearse para facilitar el trabajo con bloqueos y evitaciones. Por ejemplo, hacer que el adulto sano hable con una parte separada o evitativa que está desconectándose de las emociones o evitándolas, puede estar bloqueando o impactando en el proceso natural de duelo. Con frecuencia, las personas que experimentan un duelo prolongado han sentido la necesidad de alejar sus emociones, no hablar de ellas o buscar ayuda formal (Lichenthal et al., 2011), por lo que el uso de técnicas poderosas como el trabajo de sillas para crear cambios adaptativos en estas defensas puede permitir el acceso de otras intervenciones y técnicas importantes en el trabajo terapéutico.

La imaginería rescriptiva y la escritura de cartas terapéuticas también son intervenciones experienciales clave cuando se trabaja con el duelo prolongado. La imaginería rescriptiva puede utilizarse para reescribir y cambiar la narrativa en torno a acontecimientos clave asociados con la pérdida, e incluso traumas previos que puedan estar bloqueando o afectando al proceso de duelo de una persona. Por ejemplo, la imaginería rescriptiva se emplea para reprocesar un acontecimiento relacionado con el ser querido que está ocasionando sentimientos residuales de culpa por



lo que pudo haber ocurrido y las necesidades subsiguientes que no fueron satisfechas. La escritura de cartas terapéuticas implica que el cliente exprese sus necesidades no satisfechas, emociones o frustraciones a la persona fallecida para facilitar el procesamiento de la pérdida o se utiliza para mantener un diálogo con diferentes partes del yo para facilitar un mayor procesamiento y una preparación para el futuro. A menudo, la escritura de cartas se usa como tarea para casa después de las sesiones de trabajo de sillas para reforzar aún más los mensajes o los beneficios que se desprenden del trabajo realizado juntos.



## **ABORDAR LOS COMPONENTES COGNITIVOS Y CONDUCTUALES DEL DUELO PROLONGADO**

El componente cognitivo del duelo prolongado a menudo implica pensamientos y sentimientos asociados con la culpa, la culpabilidad y el arrepentimiento, y puede introducir creencias tales como: “Debí haber hecho más”, “Todo es culpa mía”, “Esto es injusto”. Una investigación reciente de Eisma et al. (2020) destacó que tanto la preocupación como la rumiación están asociadas de forma única con los síntomas de duelo prolongado. Aunque las intervenciones experienciales comentadas ayuden con estos síntomas cognitivos, puede ser necesario un trabajo cognitivo directo en esta población (Boelen et al., 2007). Del mismo modo, las intervenciones conductuales que también se basan en esta población (Bryant et al., 2014) son importantes para implementar como individuos con síntomas de duelo prolongado pueden tener dificultades para participar en actividades que solían disfrutar, conectar y socializar con familiares y amigos, probar nuevas actividades, o sentir que tienen un sentido de propósito y significado en su vida cotidiana y en las interacciones. Facilitar un compromiso conductual significativo y una conexión con sus valores puede ayudar a crear una vida llena de felicidad, realización y alegría más allá de la pérdida.

## **TODO EN UNO: UN EJEMPLO DE CASO**

Mary es una mujer de 33 años que perdió a su madre de forma inesperada en un accidente de tráfico hace 3 años. Hasta entonces había evitado buscar tratamiento porque no quería reconocer que su madre se había ido. Experimenta síntomas diarios como añoranza de su madre, sensación de falta de sentido, dificultad para participar en nuevas actividades y evitación de todo lo relacionado con la pérdida de su madre. A partir de la evaluación, se identificó que Mary tenía fuertes esquemas de autosacrificio y de inhibición emocional, y era evidente que tenía un fuerte protector separado, desconectado de sus emociones y experiencias.

Al principio, Mary se mostró bastante reacia a hablar de la pérdida y a participar en ejercicios relacionados con su madre. Se utilizó el trabajo de sillas con Mary para trabajar con su protector separado y para empezar a comprender que el hecho de que se desconectara de sus emociones y no se permitiera llorar, estaba exacerbando sus síntomas de duelo. Cuando Mary empezó a sentirse más cómoda conectando con sus emociones, utilizó el trabajo de sillas para expresar lo que sentía hacia su madre y lo mucho que la echaba de menos. A esto le siguió la escritura de cartas y, debido a su esquema de autosacrificio, se establecieron algunos objetivos conductuales para que intentara conectar con su madre de diversas maneras y diera prioridad a su necesidad de duelo. Para ayudarla a procesar los elementos traumáticos de la pérdida y la forma en que se enteró, la imaginería rescriptiva ayudó a Mary a dar sentido a estos componentes y a procesar estas emociones. A medida que Mary continuaba con el tratamiento, su vida crecía en torno al duelo y reforzaba la conexión con su madre de forma positiva. Mary afirma ahora que siente que su vida tiene un propósito y, a pesar del dolor emocional que ha experimentado, siente que la terapia de esquemas no sólo la ha ayudado con su duelo, sino que le ha permitido sanar sus esquemas y modos asociados que le han estado afectando durante años.

La terapia de esquemas es un enfoque adecuado y poderoso para ayudar a las personas cuyo duelo se ha bloqueado y complicado de alguna forma. Apuntando a los esquemas maladaptativos y modificándolos, trabajando con modos, y usando los poderosos ejercicios experienciales de la terapia de esquemas, podemos ayudar a nuestros clientes a procesar su duelo de una manera más sana y adaptativa, y crear una vida llena de significado y propósito más allá de la pérdida.



**LIAM SPICER** es psicólogo en Australia y actualmente está completando su doctorado en Psicología Clínica investigando el uso de la Terapia de Esquemas para el Duelo Prolongado. Es consultor y facilitador de formación en EMDR, y codirector de *EMDR Integrative*, una organización de formación y consultoría. Liam es académico ocasional en la Universidad de Tasmania y ha participado en proyectos de investigación nacionales e internacionales, incluida la investigación sobre la terapia de esquemas y la contribución al Manual internacional sobre el duelo en niños y adolescentes.

## CHRISTOPH FURHANS

### “A MENUDO PIENSO QUE SIMPLEMENTE SE FUERON...” IDENTIFICAR, COMPRENDER Y TRATAR EL DUELO COMPLICADO EN LA TERAPIA DE ESQUEMAS

Friedrich tiene 44 años, es autor y científico de éxito internacional. Tiene una cátedra universitaria de Estudios Orientales, habla más de 40 idiomas y es un célebre poeta. Tras muchos años de dificultades sentimentales, por fin consigue tener una familia con cinco hijos. Parece ser feliz. De repente, todos se enferman de algo insidioso. Luise, de dos años y medio, muere el 31 de diciembre; su hermano pequeño, dos semanas después.

El hombre nunca volverá a recuperarse. Su carrera está acabada. Pierde su trabajo. Se sienta en casa y escribe poemas a sus hijos muertos. Uno tras otro, más de 400 en total. Decide no publicarlos nunca. “A menudo pienso que simplemente se fueron...”, y: “ella me quitó la palabra...”, y “eres mi sombra durante los días; y en la noche, mi luz”.

Las “Kindertodtenlieder” (Canciones a los niños muertos) del escritor romántico, Friedrich Rueckert, escritas entre 1833 y 1834 (Rueckert, 2017), publicadas muchos años después, han sido consideradas “quizá el mayor lamento de la literatura universal” (Wollschlaeger en Rueckert 2017).



## **SÍNTOMAS**

Sobre la cuestión de qué va más allá del duelo “normal”, existen diferencias ideológicas y culturales. Aunque el diagnóstico todavía se cuestiona ocasionalmente (Cacciatore & Frances 2022), existe una base de datos bien fundada para el Duelo Complicado (DC) o Trastorno de Duelo Prolongado como entidad diagnóstica independiente, que en consecuencia se ha incluido recientemente en los sistemas diagnósticos de CIE-11 y DSM5-TR. Principalmente relacionado con la muerte de una persona (pero también con otras pérdidas, como la pérdida del hogar o la pérdida -también inminente- de la integridad física (Wellisch & Cohen 2010), se caracteriza por síntomas de una añoranza insaciable y dolorosa por el fallecido, la evitación de referencias al hecho de la pérdida, una preocupación persistentemente intensa y rumiante-fantásica con el fallecido, sentimientos de ira y amargura - o, un completo entumecimiento emocional así como considerables dificultades y rechazo a aceptar la pérdida (Prigerson & Maciejewski 2022). El DC se caracteriza por la presencia simultánea tanto de acercamiento como de evitación (Kakarala et al. 2020).

## **SOBRE EL RIESGO DE DUELO COMPLICADO**

Los factores de riesgo intrapersonales bien documentados para el desarrollo del Duelo Complicado son:

1. Apego inseguro
2. Rasgos de personalidad dependiente
3. Aumento de la inestabilidad emocional/neuroticismo
4. Capacidad reducida para proporcionar significado, especialmente significado a los acontecimientos vitales perturbadores y para integrarlos en una estructura coherente de significado (Mason et al. 2020).

La ansiedad por separación en la infancia está altamente correlacionada con el desarrollo de DC en la vida adulta, pero no con el desarrollo de TDM, TEPT y TAG (26). Las pérdidas previas y la falta de apoyo social son otros factores de riesgo (Vanderwerker et al. 2006). El “duelo privado de derechos” puede convertirse en un factor de complicación si el proceso de duelo no es o parece no ser (por más tiempo) aceptado por el entorno social (“a veces deberías ser capaz de dejarlo ir”), o si la persona fallecida no es socialmente aceptada, o la pérdida de una mascota o incluso de objetos preciados (Doka 2016).

Si echamos un vistazo a los esquemas subyacentes en el DC, típicamente encontramos:

1. Abandono
2. Vulnerabilidad al daño
3. Autosacrificio

...como los más comunes (Thimm & Holland 2017), de los cuales el “autosacrificio” parece ser un esquema secundario y condicional. Los estilos de apego inseguro están significativamente correlacionados con varios esquemas de todos los dominios (Karantzas et al. 2023), donde el esquema de abandono juega un papel destacado en el apego ansioso.

Estos esquemas se activan hacia el Duelo Complicado especialmente en los casos en los que una capacidad reducida para crear significado y coherencia funciona como factor mediador (Mason et al. 2020).

Curiosamente, la afiliación religiosa en sí misma no causa necesariamente un duelo reducido. También puede conducir a un aumento del Duelo Complicado, presumiblemente debido a una mayor experiencia de culpa (Stroebe et al. 2013) o a una mayor inflexibilidad psicológica (Algauer 2021).

También hay factores de riesgo asociados al contexto en el que murió el fallecido: si la persona murió sin poder prepararse para la muerte, sin poder aceptar la muerte y despedirse, o si murió en el hospital en lugar de en un hospicio o en casa.

*Rewan, de 32 años, creció con su tía. Su madre murió poco después de que él naciera, su padre se casó de nuevo y murió cuando él tenía diez años. No tiene hermanos. Debido a su TDAH, tiene dificultades para terminar su tesis como profesor de idiomas. A pesar de su impulsividad, es muy popular entre su amplio círculo de amigos por su gran disposición a ayudar. Cuando su tía desarrolló un trastorno de ansiedad hace 10 años, Rewan orientó completamente su vida a satisfacer sus necesidades. Hace año y medio murió inesperadamente en su casa a consecuencia de un infarto. Rewan fue el primero en encontrarla. A partir de ese momento, todo se volvió oscuro para él. Rompió todos sus contactos sociales, ya no se reúne con nadie y sólo puede trabajar esporádicamente. Cuando sus amigos intentan ponerse en contacto con él, reacciona con irritación y enfado, de modo que después se alejan, lo que aumenta aún más su ira. Agoniza al pensar que podría haber evitado la muerte de su tía si hubiera ido antes. Varias veces a la semana pasa horas junto a la tumba de su tía. Cuando no está allí, se sienta en la oscuridad, llora y habla con un tío sobre la difunta. Mira fotos y vídeos antiguos de ella. Se siente como “enterrado por una avalancha”.*

## **HALLAZGOS NEUROBIOLÓGICOS: ¿UN TRASTORNO ADICTIVO?**

En la reacción de duelo “normal”, se atraviesan, en el tiempo, las etapas de protesta, ira, desesperación y reorganización.

En el DC, se mantiene un pseudoapego -no exactamente alucinado, sino imaginado- a su vez que se evita y no se acepta la realidad de la pérdida. Esto llega hasta el punto de que, por ejemplo, se pone la mesa para el fallecido, se cocina para él y se compran cosas como si todavía estuviera allí.

Un hallazgo bien documentado es que el sistema de recompensa desempeña un papel central en el desarrollo y mantenimiento del DC (Kakarala et al. 2020). La activación del sistema de recompensa es visible en una resonancia magnética funcional cuando se miran fotos o cuando se piensa en el fallecido (O'Connor et al. 2008). A diferencia del TEPT y la depresión, en el DC, existen fuertes correlatos neurobiológicos de una adicción. Mientras que las emociones y el impulso se reducen en la depresión y la evitación de los desencadenantes es típica del TEPT, el dolor en el DC es intenso e insoportablemente experimentado (sistema del dolor activado). Los clientes anhelan y ansían constantemente estímulos internos y externos para lidiar con la persona perdida.

Es bien sabido que la sensación de seguridad y bienestar en una relación de apego es inducida por el neuropéptido oxitocina. En relación con el DC hay un hallazgo interesante: Tras la caída inicial de la oxitocina después de la pérdida de una persona querida, la oxitocina aumenta de nuevo durante el duelo y aumenta probablemente aún más en el duelo complicado (Bui et al. 2019).

Dado que sigue siendo más bajo que antes de la pérdida, presumiblemente este nivel de oxitocina (relativamente) aumentado va de la mano con la exclusividad del apego con la persona fallecida, mientras que otros contactos sociales se interrumpen en gran medida.

Así pues, el DC se asemeja de algún modo a un generador de emergencia de autosuficiencia, que proporciona un reavivamiento de una relación fantasmal y se alimenta de oxitocina y opioides endógenos.

Holly Prigerson, una de las principales investigadoras del DC, describe una observación anecdótica sobre los opioides (Kakarala et al. 2020): Tres pacientes a los que administró el antagonista de opioides, naltrexona, mostraron una remisión casi completa de los síntomas ¡en 2 días! Actualmente (abril de 2023) recluta clientes en el Instituto Weill Cornell para el primer ensayo sistemático de naltrexona para el Duelo Complicado ([endoflife.weill.cornell.edu](http://endoflife.weill.cornell.edu)).

## **EL MODELO DEL MODO DE DUELO COMPLICADO**

La autoculpabilidad y la culpa, la irritabilidad y la ira que se activan con facilidad, así como las ideas rumiantes continuas, suelen constituir la cara visible del trastorno. Corresponden a los modos de afrontamiento de sumisión (al crítico interior) y al modo del protector enfadado. La preocupación continua por la persona fallecida, con recuerdos y pensamientos sobre ella, puede considerarse un modo autocalmante.

En el modo de niño vulnerable, encontramos dos emociones principales: 1. tristeza/desesperación y 2. ansiedad/pánico.

## **EL PROCESO DE TRATAMIENTO**

En nuestra opinión, el algoritmo de tratamiento del Duelo Complicado sigue un enfoque en dos etapas:

1. Superación de los modos de afrontamiento y vivencia y verbalización del duelo y la desesperación.
2. Reparar la ansiedad que subyace al esquema de abandono y al apego inseguro a la vez que se implementan esquemas positivos y se forma un apego seguro con el cliente.

## **¿CÓMO ALCANZAR LA TRISTEZA Y LA DESESPERACIÓN?**

Dependiendo de la estructuración del paciente, es decir, del alcance de su modo del adulto sano, se pueden utilizar los diálogos de sillas con sillas cambiantes, así como imaginar a la persona fallecida (Gladstone 2018). La superación de los modos de afrontamiento, un alivio de la culpa/autocrítica y la eliminación de la carga de la responsabilidad de “mantener” la memoria de la persona fallecida a menudo se pueden lograr en una o en unas pocas sesiones. “Dar voz”, como lo describe Scott Kellogg (Kellogg 2014), puede conducir a un rápido alivio inicial.

## **CÓMO LLEGAR Y REPARENTALIZA AL NIÑO ANSIOSO**

Aquí es donde el tratamiento se vuelve un poco más complicado y a más largo plazo, ya que ahora nos ocupamos de cambiar los esquemas maladaptativos y de establecer un vínculo seguro y esquemas positivos.

Primero tenemos que llegar al niño asustado, perdido y con pánico que subyace a cualquier conducta adictiva o autocalmante.





La imaginería rescriptiva del pasado reciente o una “imaginería centrada en el presente” (Maurer & Rafaeli 2020), por ejemplo, basada en la situación en la que el cliente encontró a la persona muerta, es lo suficientemente potente pero no demasiado hiriente para llegar a las emociones primarias del niño. Cuando se activa la galería de modos recientes (Maurer & Rafaeli loc. cit.), el niño ansioso también aparecerá y funcionará como base para el trabajo de reparentalización venidero. En el curso ulterior de la terapia deberíamos llegar a una o más escenas de la infancia, en las que el terapeuta asume primero el papel de agente reparentalizador antes de que el cliente sea entrenado posteriormente para reescribir por sí mismo. El terapeuta, como buen padre en la escena de la infancia, es una autoridad indispensable, porque en la parte reparentalizadora de la rescripción, cuando el terapeuta proporciona seguridad y autonomía al niño, se generan esquemas positivos y un apego seguro. Por lo tanto, se debe dedicar un tiempo importante a esta parte de la imaginación.\*

Otra técnica para llegar al niño asustado, angustiado o incluso congelado o “enterrado” y para fortalecer al adulto sano como un buen padre interior, es la llamada técnica de “cámara de resonancia centrada en la emoción” (inspirada en Nissen & Sturm, 2014). Al inicio de este ejercicio, el adulto sano debe ser empoderado para ser “lo suficientemente fuerte” como para ser una fuerza sanadora en el trabajo de imaginería. Para ello podemos utilizar la imagen “Momento de poder” con anclaje corporal (desarrollada a partir de una idea presentada por A. J. Popky en una conferencia EMDRIA 1995, citada en Rost 2008).

*“Consigue una imagen de ese momento en el que te sentiste tan orgulloso después de contradecir a tu jefe. ¿Qué sientes ahora mismo, dónde está en tu cuerpo? Ahora cambia tu postura a una que coincida con este sentimiento. ¡Muy bien! Ahora hazla un poco más “fuerte”, exagérala un poco... y luego ancla esa postura con un “flash corporal”.*

Para el siguiente trabajo de imaginería, el cliente primero tiene que obtener una imagen del niño (“¿dónde encuentras al niño?”) y luego imaginar que el adulto sano y poderoso entra en escena. A partir de ahí, hay un intercambio constante y sin palabras de perspectivas entre el niño

y el adulto. Se supone, porque al fin y al cabo ambos pertenecen a la misma persona, que uno de ellos es capaz de darse cuenta de las emociones, pensamientos e impulsos del otro, y reaccionar ante ellos, de modo que el intercambio no verbal funciona y se dirige de un lado a otro como una pelota de ping pong. El objetivo es que se creen una especie de tubos de comunicación emocional entre el niño y el adulto, mientras éste proporciona una contención compasiva para las emociones compartidas:

*“Cuando tú (adulto) te das cuenta de que el niño aún no confía en ti y tiene miedo de que puedas volver a marcharte en cualquier momento, ¿cómo te sientes? ¿Cuál es tu impulso? (...) - Cuando el niño se da cuenta de que el adulto siente pena y quiere protegerlo, ¿cómo se siente el niño? ¿Qué quiere que haga el adulto (...)?”.*

Con esta técnica, el niño es “despertado” paso a paso de su letargo y sacado de su entierro a la vida y a las emociones de tristeza, desesperación y ansiedad, mientras que los adultos sanos pueden contenerlas e integrarlas.

Kellogg (Kellogg 2014) argumenta que tarde o temprano se toma la “decisión” de dejar marchar o no al difunto, haciendo hincapié en que cualquier elección es una opción aceptable, pero es una elección. Esto también encaja con la dinámica de la adicción - la decisión de ser autónomo juega un papel importante en el tratamiento de la adicción.

Por lo tanto, creemos que cualquier concepto de “decir hola de nuevo”, presentado por algunos terapeutas (p.ej. Ruskay 1996), es decir, fantasear un vínculo virtual continuado con la persona fallecida, corre el riesgo de extender lo que el cliente ya hace excesivamente. Sin embargo, esto no significa que no se deba integrar al fallecido como “guía interior” o mentor interior que pasa de ser un objeto de adicción a convertirse en parte del buen padre interior.

## **DIFERENCIAS CULTURALES**

Especialmente cuando se hace terapia de esquemas con miembros de otras culturas o religiones, tenemos que ser conscientes de las diferencias culturales en relación con los miembros de la familia. En las culturas islámicas, por ejemplo, existe una reverencia casi incondicional hacia los padres. El alma del difunto permanece en la tumba hasta la resurrección, a la espera del futuro, donde ya puede ser recompensada por sus buenas acciones o castigada por las malas (al-Jabali 2006), de modo que una preocupación e intercesión constantes por el alma parecen necesarias y significativas desde este punto de vista. En la terapia, no sería importante

“dejar ir”, sino permitir al cliente trazar una frontera útil entre él mismo y el alma del difunto.

\*De importancia para la terapia de esquemas y su relación con la teoría del apego, son los hallazgos (Louis et al. 2018, Paetsch et al. 2022) de que en el mismo dominio de esquemas podemos mantener esquemas contradictorios, es decir, positivos y negativos sobre el mismo tema en la misma persona, que se activan en diferentes contextos. Que sepamos, todavía no se ha investigado la cuestión de si sólo se pueden reforzar los esquemas positivos ya existentes o se pueden crear de nuevo esquemas positivos.



**CHRISTOPH FUHRHANS** estudió medicina, filosofía, historia del arte y literatura comparada en Kiel, Viena y Berlín. Como psiquiatra y psicoterapeuta trabajó como entrenador de TDC y desde 2008 como terapeuta de esquemas, entrenador y supervisor de Terapia de Esquemas y Terapia de Esquemas Grupal (ISST).

Es fundador y líder del “Schema Therapy Institute East Switzerland” (Instituto de Terapia de Esquemas de Suiza Oriental) y presidente de la “Swiss Schema Therapy Network” (Red Suiza de Terapia de Esquemas).

Presentaciones y capacitaciones internacionales, líder de los programas de capacitación de certificación de Terapia de Esquema en Palestina (desde 2018), Egipto (desde 2020) y Túnez (desde 2022).

Sus principales regiones de interés son la psicoterapia y las ciencias culturales, los desarrollos actuales en psicoterapia (especialmente en terapia de trauma) y la Terapia de Esquemas en los países árabes. Vive y trabaja en Winterthur, Suiza.

**GALIT GOREN GILAD<sup>1</sup>**

## **EL MODO DEL NIÑO CON MULTICAPAS: EL EJEMPLO DEL DUELO INTENSO**

*M. era un joven de éxito excepcional. A los 35 años era fundador y propietario de una empresa de alta tecnología que iba muy bien. Estaba felizmente casado y tenía 3 hijas dulces y muy jóvenes (la menor tenía sólo 8 meses; y la mayor, 5 años). Acudió a mí porque sufría una ansiedad inexplicable, que le torturaba durante todo el día y le despertaba muy temprano por la mañana. No tenía ni idea de por qué estaba ansioso, ya que todo en su vida iba bastante bien. Sin embargo, se dio cuenta de que la ansiedad aumentaba cuando conducía solo en su auto y cuando se enfrentaba a retos en el trabajo.*

*Cuando profundizamos en el tema, me contó que, en el pasado, cada vez que se enfrentaba a un reto, lo comentaba con su hermano gemelo, una persona excepcionalmente divertida, que tanto le tranquilizaba como le hacía reír mientras hablaban del problema. Su hermano era su mejor amigo; fundaron juntos la empresa. Pero hace tres años, el hermano enfermó de cáncer. Se apoyaron mutuamente durante la enfermedad: M. apoyó a su hermano en su dolor, y éste le apoyó a M. con el estrés y la carga adicional que ahora tenía, al dirigir él solo la empresa. Por desgracia, el hermano falleció hace un año.*

*“No hablemos de eso”, dice M. con rotundidad, “no nos hará ningún bien”. Cuando intento sugerir que su ansiedad es en realidad miedo a llorar su pérdida, M. protesta diciendo que si se permite pensar en ello, tendrá un ataque de nervios. No podrá seguir con su vida ni volver al trabajo hoy, ni mañana, ni quizá nunca más. Le animo suavemente, y pronto empieza a sollozar, diciendo que su vida nunca volverá a ser la misma, y que nada parece valer la pena si no se puede compartir con su hermano gemelo.*

*Cuando llega la hora de cerrar, le pregunto cómo se encuentra. Me dice sorprendido que siente cierto alivio.*

---

<sup>1</sup> Me gustaría agradecer a mi colega Omer Ender por leer este artículo, animarme y hacer algunos comentarios útiles. Mi gratitud, como siempre, también a mi mentor, el profesor Eshkol Rafaeli, que puede que no esté de acuerdo con cada palabra que escribo, pero cuya mente libre es una fuente eterna de inspiración para mí.

M. nos enseña que el modo del niño vulnerable más fácil de detectar a veces esconde modos del niño más profundos, más dolorosos y menos accesibles. En este ejemplo, el niño ansioso (modo del niño N.º 2) bloquea un duelo intenso (modo del niño N.º 1). Podemos identificar un modo del padre crítico, que afirma que M. es demasiado débil para soportar el duelo por su hermano, provocando un miedo intenso y evitación. ¿Cómo podemos comprender y trabajar con esta situación clínica compleja pero bastante frecuente?



Freud (1926) fue (por supuesto) el primero en advertir un fenómeno similar, que denominó “ansiedad anticipatoria”. Escribió que cuando un impulso inadecuado surge desde el interior, provoca una ansiedad que envía una señal al ego: “¡Peligro adelante! ¡Cuidado!”. El individuo utiliza entonces diversos mecanismos de defensa para ocultar el impulso prohibido a la sociedad y a sí mismo. Sin embargo, Freud limitó este fenómeno a los impulsos, y descuidó las emociones y necesidades que pueden ser igualmente no aceptadas por el individuo o las expectativas sociales.

Este desarrollo tan solicitado fue realizado (independientemente) tanto por Leslie Greenberg en su enfoque de TCE (por ejemplo, Elliott et al., 2009) como por Diana Fosha (por ejemplo, Fosha, 2021; Jacobs Handel, 2018) en su amplio enfoque de AEDP (psicoterapia dinámica experiencial acelerada). Siguiendo el trabajo de David Mallan (1979), ella dibujó un mapa triangular (Figura 1), que contiene:

### **1. UNA EMOCIÓN CENTRAL (EN ESTE CASO: LA PENA): MODO DEL NIÑO N.º 1**

Esta sería una emoción que conlleva un ¡sentido de verdad! y se siente “bien”, incluso cuando es dolorosa. Greenberg (Elliott et al., 2009) llamaría a esta emoción “una emoción primaria adaptativa”, ya que responde adaptativamente a un estímulo actual. El procesamiento de esta emoción tendría como resultado una resolución emocional y un alivio. En el lenguaje

de la terapia de esquemas, acercarse a este modo particular del niño (normalmente vulnerable), y ofrecerle reparentalización, resuelve la angustia. Es importante señalar que en la terapia de esquemas buscaríamos el procesamiento de una necesidad, más que de una emoción. La emoción formaría parte de este modo, pero no sería su única característica.

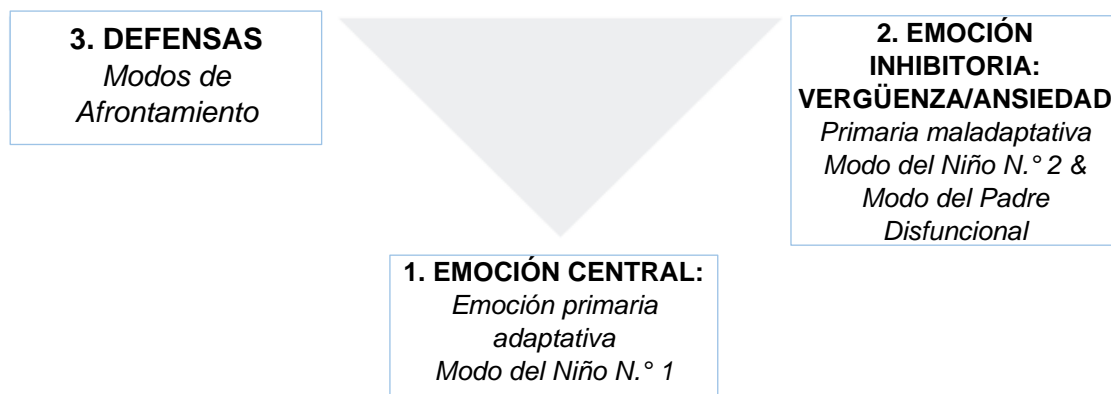


Figura 1. Mapa triangular AEDP

En nuestro caso, la necesidad más acuciante de M. era la cercanía a una persona significativa que le ayudara a soportar y descargar la terrible carga del duelo. Se sentía extremadamente solo en su dolor, ya que, aunque su mujer era amable y comprensiva, estaba ocupada con sus hijas pequeñas y, además, sentía que nadie sentía la pérdida tan agudamente como él, siendo hermano gemelo del fallecido.

## 2. EMOCIÓN INHIBITORIA

La emoción inhibitoria -generalmente ansiedad o vergüenza- es el resultado de intentos pasados de expresar el modo del niño básico y adaptativo antes mencionado (N.º 1). Es decir, la persona tiene miedo de sentir, o vergüenza de acceder al modo del niño N.º 1, debido a experiencias pasadas. Greenberg (Elliott et al., 2009) llamaría a esta emoción “emoción primaria maladaptativa”, y explica que es una emoción basada en el trauma.

*Una exploración más profunda revela que la familia de origen de M. estaba llena de alegría y humor. La tristeza profunda nunca se modelaba y, cuando se expresaba, se expulsaba amable pero firmemente mediante bromas y risas.*

Es posible que M. haya intentado afligirse en el pasado, pero sus padres le dieron el mensaje implícito de que era inaceptable y no deseado; es

posible que haya sido abandonado temporalmente incluso por su extremadamente alegre hermano gemelo cada vez que expresaba tristeza. El papel de la ansiedad o la vergüenza aquí se asemeja al de la ansiedad anticipatoria de Freud: sirven para advertir contra la emoción, necesidad o modo prohibidos, y al surgir la desdibujan y anulan. En nuestro lenguaje de terapia de esquemas, podemos ver aquí no sólo un modo, sino dos: un modo del padre maladaptativo (eres demasiado débil para soportar la pena<sup>2</sup>) y un modo del niño vulnerable (modo del niño N.º 2: me siento demasiado ansioso, indefenso e incompetente para manejar mis emociones). Se trata de un esquema completo; no es sorprendente, teniendo en cuenta la explicación de Greenberg, que el trauma esté implicado aquí.

### **3. DEFENSA (MODO DE AFRONTAMIENTO)**

Mecanismo que sirve para bloquear la angustia que surge del modo del niño N.º 2 y/o del modo del niño N.º 1. En este caso, un protector separado (“No entremos en eso”).

#### **¿QUÉ DEBEMOS HACER CON ESTE MODO DEL NIÑO DE DOBLE CAPA?**

##### **A. RECONOCER CORRECTAMENTE EL TIPO DE NIÑO VULNERABLE CON EL QUE SE ESTÁ TRATANDO.**

Sugiero utilizar el mapa de la Figura 1 para centrarse en el modo de niño vulnerable más accesible y no dejarse disuadir por el contenido. Deberíamos preguntarnos: ¿este niño vulnerable está reaccionando de forma adaptativa a un acontecimiento actual o es un niño vulnerable traumatizado?

En nuestro ejemplo, la reacción adaptativa a la pérdida es el duelo. Si M. hubiera venido a terapia con la petición de tener un lugar tranquilo para hacer el duelo, lejos de su ajetreado lugar de trabajo y de su ajetreada casa, habría sido un ejemplo de un modo del niño adaptativo, en busca de alivio. Se podría decir en ese caso, que el adulto sano de M. le empujó a aliviar de alguna manera su dolor. Se puede observar que este modo del niño no está emparejado con un modo paterno maladaptativo, ya que ésta es exactamente su esencia: no lleva la marca de déficits y traumas pasados, sino que reacciona a una situación actual de forma adaptativa. Por lo tanto, es discutible si entra en la definición de modo de niño vulnerable, o más bien encaja en la definición de modo del niño contenido

---

<sup>2</sup> Otros ejemplos incluirían modos del padre crítico o exigente que provocan vergüenza. El paciente podría haber sido objeto de burla o desprecio por expresar un determinado sentimiento vulnerable adaptativo.

–un modo del niño que no es feliz, pero que seguramente es sano y contento, ya que se le permite procesar las necesidades libremente. En otras palabras, un niño contenido, en mi opinión, es un modo que tiene un acceso ininterrumpido a la necesidad actual del individuo, y siente un derecho saludable a negociarla dentro de los límites de la realidad.

Obsérvese que mientras procesamos el modo del niño vulnerable y traumatizado (N.º 2), podemos encontrarnos -en el trabajo de imaginación o en el trabajo de sillas- tanto con un niño abandonado que paga con soledad su intento de duelo, y se siente triste y solo, como con un niño ansioso, que tiene miedo al abandono. Ninguno de los dos es el modo del niño afligido y adaptativo (N.º 1).

## **B. APUNTAR AL MODO DE NIÑO ADAPTATIVO Y CONTENIDO.**

En este ejemplo, M. presentaba un modo de niño vulnerable, claramente traumatizado. En casos como este, no debemos detenernos hasta llegar al modo de niño adaptativo (que, en otros casos, puede ser un niño feliz, un adolescente sexual, etc. –cualquier modo del niño que parezca reaccionar de forma adaptativa a una situación actual), que luego puede ser regulado por el modo del adulto sano, y ayudado a negociar la necesidad (véase la sección D).

## **C. REPARENTALIZAR EN EL CAMINO.**

¿Cómo se llega al modo del niño adaptativo? M. era un cliente altamente funcional. En su caso, como se muestra, todo lo que se necesitaba era un pequeño empujón. Pero en muchos otros casos, es necesario reparentalizar los otros modos del niño vulnerable, con el fin de dar paso al modo de niño contenido adaptativo. Para ello, podemos utilizar nuestras herramientas habituales: trabajo de sillas, imaginación, etc. Es fácil imaginar aquí una forma de trabajo de sillas con M., que implica al modo de padre maladaptativo que afirma que M. nunca podrá desempeñarse y seguir con sus muchas obligaciones y tareas diarias si se toma el tiempo de llorar a su hermano. Le fallará a su mujer, a sus hijas, a sus trabajadores y a sus clientes. Se derrumbará por completo. Como alternativa, podemos utilizar la imaginación para ver de dónde proviene esta fobia a las emociones y reorientar al pequeño M. durante la rescripción, diciéndole que no se sentirá solo y abrumado, y que un adulto sano estará ahí para calmarle y ofrecerle consuelo.



## D. ENTRENAR EL MODO DEL ADULTO SANO



Cuando el modo del niño contenido/adaptativo se esconde bajo un modo niño traumatizado/vulnerable, la respuesta adaptativa se suprime -junto con la necesidad- desde el principio. Como resultado, el individuo no suele tener la oportunidad de desarrollar habilidades adecuadas a su edad y flexibles a la situación. En el caso de M., no tenía habilidades para buscar consuelo y no podía imaginar que su mujer y sus compañeros de trabajo le tuvieran en cuenta. De hecho, no tenía ni idea de lo que significaba “estar de luto” para alguien de su edad y en su posición, es decir, padre y directivo. Lo único que se le ocurría era una versión muy primitiva y juvenil del luto: llorar sin cesar. Tenía que encontrar formas de hacer el duelo: dedicar tiempo y espacio en su vida al llanto, sin duda; pero también reunirse con amigos comunes y hablar de su hermano con ellos, ir a los lugares que le gustaban, conocer aspectos de la vida de su hermano que le eran desconocidos, o

crear un fondo en nombre de su hermano para apoyar a jóvenes cómicos.

## MODOS DEL NIÑO ADAPTATIVOS - MODOS DEL NIÑO CONTENIDO

El duelo se utiliza aquí para aclarar un punto teórico más amplio. Para cada situación en la que surge una necesidad, hay una respuesta adaptativa, guiada por una emoción adaptativa.

El miedo exige la protección de otra persona significativa y más fuerte, o la huida si no se dispone de esa otra persona significativa. El enfado requiere la validación de la otra persona importante y/o la respuesta de lucha del yo y de la otra persona (lucha conmigo - lucha por mí). La tristeza o el duelo requieren el consuelo de la otra persona significativa y un retiro seguro para el yo con el fin de llorar (considera la Shivah judía, una semana dedicada al duelo y nada más). Por último, la alegría y sus derivados (por ejemplo, el amor, el orgullo, el juego y, tal vez, también la

excitación sexual) exigen que la otra persona se una y que el yo disponga de un espacio seguro para expresarse.

Estas emociones fueron reconocidas como universales por Ekman, Friesen y Ellsworth (1972), quienes estudiaron las expresiones faciales en distintas culturas. Sin embargo, estos investigadores enumeraron dos emociones más: el asco/desprecio y la sorpresa. Consideremos estas dos emociones con un poco más de detalle.

En primer lugar, sugiero que el asco sea sustituido por la vergüenza. La vergüenza es, de hecho, la respuesta común al asco o al desprecio en un contexto interpersonal; si me das asco (“eres GORDO”), o expreso desprecio (“¿qué clase de persona hace ESO?”), sentirás vergüenza. La vergüenza exige el acercamiento y la aceptación de la otra persona significativa, pero si no se dispone de esa otra persona cariñosa, esconderse o pasar desapercibido es adaptativo para evitar el escarnio social e incluso la excomuniación o el daño físico (pensemos en una persona homosexual en una comunidad muy conservadora). Aunque no es lo ideal, cuando esos peligros son reales y no imaginarios, la necesidad de esconderse es la única fuente posible de seguridad.

En segundo lugar, sostengo que la sorpresa es, en realidad, un derivado de la curiosidad. Comprende la alegría y la novedad, y por tanto, es una recompensa de la exploración. Se puede argumentar que las sorpresas no siempre son el resultado de la exploración, y eso sería cierto. Pero existe un margen de tolerancia individual, que tal vez podamos denominar “tolerancia a la novedad”, que determina si una determinada sorpresa (no amenazadora) produce alegría o angustia. Todos sabemos que algunas personas detestan las fiestas sorpresa, ya que su sistema emocional se desregula con demasiada novedad de golpe. Pero la novedad bien acompañada es la fuente de la alegría que obtenemos explorando. Por tanto, está estrechamente ligada a la autonomía. En otras palabras, nuestra tolerancia a la novedad y nuestra disposición a enfrentarnos a las sorpresas nos permiten marchar por el mundo. Panksepp denominó a este impulso “búsqueda” (Wright & Panksepp, 2012).

Dicho todo esto, ¿a qué llama la curiosidad? Exige exploración por parte de uno mismo y estímulo dentro de límites seguros, o protección realista por parte de una persona significativa. Pensemos en un padre que vigila la exploración de su hijo para que no corra hacia la carretera; o en la protección que el grupo de cazadores da a su líder, quien se adelanta a buscar animales en el monte.

Estas 6 emociones surgen en cada persona desde la cuna hasta la tumba. Pero, por lo general, durante la infancia, se determina si se

permitirá o se inhibirá la respuesta adaptativa. Un niño al que se le permite responder de forma natural y adaptativa, puede que no siempre sea feliz, pero seguro que es un niño satisfecho, especialmente cuando sus padres o compañeros actúan como otras personas significativas benevolentes, de acuerdo con las emociones que experimenta. Este niño no tendrá esquemas maladaptativos importantes. Estas experiencias positivas se interiorizan como modos del niño que no se emparejan con modos parentales disfuncionales o modos de afrontamiento, sino que implican una tendencia a recurrir a otra persona benevolente en busca de ayuda o a confiar en el propio modo del adulto sano. Como he sugerido antes, estos modos adaptativos del niño son facetas del modo del niño contenido.

Como podemos ver fácilmente, todas estas emociones básicas son vulnerables al tope de su tendencia adaptativa a la acción, así como de la expectativa adaptativa de la otra persona significativa. Cuando se desvían de esta manera, obtenemos nuestros esquemas familiares, compuestos por la internalización de otra persona significativo (modo paterno maladaptativo) que bloquea la respuesta adaptativa y facilita normalmente la vergüenza y la ansiedad (modo del niño vulnerable). Nuestro trabajo como terapeutas consiste tanto en calmar la vergüenza y la ansiedad como en facilitar la emoción adaptativa y su tendencia a la acción que subyace, es decir, el modo niño adaptativo/ contenido.

<b>RESPUESTA ADAPTATIVA</b> (Emoción)	<b>OTRA PERSONA SIGNIFICATIVA</b> (Tarea reparentalizadora)	<b>YO</b> (Tendencia a la acción)
<b>MIEDO</b>	Protección	Huir
<b>ENFADO</b>	Validación, Lucha	Luchar
<b>VERGÜENZA</b>	Acercamiento y aceptación	Esconderse
<b>TRISTEZA</b>	Consolar	Llorar
<b>ALEGRÍA</b>	Acompañamiento	Expresar seguridad
<b>CURIOSIDAD</b>	Ánimo y Protección	Exploración

Considera los siguientes ejemplos:

*L., una mujer de 25 años, es acosada sexualmente en el trabajo por un compañero. Cuando se plantea enfrentarse a él (enfado - modo del niño N.º 1 adaptativo/ contenido) o denunciarlo (búsqueda de validación, pedir a otra persona que se una a la lucha), se siente avergonzada y confusa (NV, modo del niño N.º 2 - avergonzada por la ira, como muchas chicas) y se sume en la desesperación (modo de afrontamiento - rendición). La terapia debe abordar en primer lugar la vergüenza, posiblemente a través del trabajo de imaginación, permitiendo así que la niña se enfade y se valide. Esto, a su vez, fomentará la ira asertiva, pero*

*incluirla una comprobación de la realidad: quién más debería participar en esto y cómo, cuánta ira es apropiada en este caso (modo de niño contenido y adaptativo + modo de adulto sano e ingenioso trabajando juntos).*

*S., un hombre gay de 45 años, está enamorado (alegría - modo de niño contenido/adaptativo N.º 1), pero se avergüenza de tener algo de sobrepeso (NV, modo de niño N.º 2 - avergonzado), y evita revelar su corazón a su ser querido (modo de afrontamiento). Trabajar con S. debería implicar deshacer la vergüenza corporal, dando paso así a la expresión de amor. Pero como a S. siempre se le enseñó a avergonzarse de este amor, ya sea por su aspecto o por su orientación sexual, carece de las habilidades necesarias para expresar amor o incluso coquetear. Por lo tanto, la terapia debe ayudarlo pacientemente a desarrollar su capacidad atrofiada, desde expresiones de amor muy infantiles (que, por desgracia, pueden convertirse en una profecía autocumplida, ya que S. volverá a avergonzarse de su amor) hasta otras más apropiadas (cooperación entre el modo niño adaptativo/contenido y el modo del adulto sano lleno de recursos).*

En resumen, el modelo que ofrezco aquí muestra 2 capas de modos de niño, con el modo de niño contenido y adaptativo ocultándose o asomándose por debajo del modo de niño vulnerable y traumatizado. Nuestro trabajo como terapeutas no es sólo suavizar el modo de afrontamiento y el modo de padre maladaptativo, y reparentalizar el modo de niño avergonzado o ansioso (N.º 2), sino revelar y validar el modo de niño contenido y adaptativo (N.º 1). Este último está programado en nuestro cerebro humano, pero a menudo carece de las habilidades apropiadas para su edad cuando se suprime en la infancia. Necesitamos entrenar al modo del adulto sano para facilitar la expresión de este modo del niño, que no sólo es emocionalmente adaptativo, sino, también, situacionalmente adaptativo.



**GALIT GOREN GILAD** es psicóloga clínica, supervisora certificado de Terapia de Esquemas. Cofundadora de la Organización Israelí de Terapia de Esquemas (ESTI). Galit enseña Terapia de Esquemas en la Universidad de Reichman y en la Escuela Integrativa de TCC de la Universidad de Haifa. Estudió y practica otros enfoques experienciales incluyendo TCE (de Sue Johnson y Leslie Greenberg) así como el AEDP de Diana Fosha. En su práctica y enseñanza, explora la integración de la terapia de esquemas con estos enfoques y con las ideas psicodinámicas. Además de su trabajo clínico y académico, Galit participa activamente en la lucha israelí por la preservación de la democracia en el país.



**DR. PEREGRINE MURPHY KAVROS**

## **EL DOLOR POR EL TIEMPO Y LA OPORTUNIDAD PERDIDOS**

### **EL TIEMPO PERDIDO**

En mis primeros años de práctica clínica, trabajé con pacientes diagnosticados de esclerosis lateral amiotrófica (ELA) y con sus familias. La ELA es un trastorno neuromuscular progresivo que afecta a los hombres de entre 40 y 70 años con un 20 % más de frecuencia que a las mujeres. Después de la menopausia, las mujeres desarrollan ELA con la misma frecuencia que los hombres. La esperanza media de vida sin intervención es de tres años. Mi viaje con pacientes de ELA y sus familias empezó con el diagnóstico y terminó con la autopsia.

El pronóstico nunca fue bueno; nadie se curaría nunca de esta enfermedad. Algunas personas, sin embargo, demostraron un mayor acceso a sus fortalezas mientras lloraban sus pérdidas a lo largo de la progresión de la enfermedad. La conmoción con la que valoraban el presente y dejaban atrás el pasado influyó en la calidad de sus relaciones, su sentido de la espiritualidad y su toma de decisiones sobre el tratamiento de la enfermedad. Como resultado, estos pacientes eran menos propensos a elegir intervenciones que prolongaran la vida (Murphy et al., 2000).

### **REDACCIÓN DE CARTAS**

Mi experiencia con pacientes diagnosticados de ELA precedió a mi formación en terapia de esquemas. Guí a los pacientes hacia escribir en un diario, la redacción de cartas y la atención plena para ayudarles en el procesamiento terapéutico del duelo. Las cartas para despedirse, cerrar

una brecha o expresar remordimiento o rabia eran catárticas para lo que fue y lo que podría haber sido. A veces, los diarios se convertían en libros. A medida que se escribía cada carta o entrada del diario, el ejercicio liberaba el espacio emocional y energía, que se necesitaba desesperadamente para abrazar el momento presente y prepararse para el último.

La escritura terapéutica está bien integrada en el viaje de tratamiento de la terapia de esquemas. La escritura de cartas es poderosa y curativa, especialmente cuando se lee dentro de la sesión terapéutica y se combina con un ritual como encender una vela. Se ha observado que los rituales alivian el duelo por multitud de pérdidas y benefician incluso a aquellos individuos que afirman no creer que los rituales funcionen (Gino y Norton, 2013).

Se pueden escribir cartas a las figuras cuidadoras y a otras personas con las que las relaciones son importantes y a modos de expresar el dolor asociado al abandono. Con nuestro cuidado del niño vulnerable, basado en la satisfacción efectiva de las necesidades básicas, incluido el apego, la previsibilidad, la autonomía, la libertad para expresar necesidades y sentimientos válidos, la espontaneidad y el juego, y límites realistas y autocontrol, todos somos demasiado conscientes del tiempo perdido y de las oportunidades desaprovechadas.

Cuando las necesidades se han pasado por alto, la presencia tóxica del modo crítico puede llenar el vacío. Este fenómeno es descrito por un cliente que inicialmente presentaba un fuerte modo autocalmante separado con rasgos narcisistas en una carta a su niño vulnerable.

*Querido Pequeño \_\_\_\_\_,*

*Primero quería decirte que te quiero.*

*Siento haber permitido que mi crítico interior te critique y te haga sentir pequeño. No es verdad. Eres un niño maravilloso y muy querido. Quiero que sepas que haré todo lo posible para que nadie te haga sentir pequeño o inseguro. Estás a salvo. Te cuidan y te quieren.*

*Te quiero.*

Figura 1.

Del mismo modo, con las parejas, las cartas leídas en voz alta en sesión por cada miembro de la pareja expresando responsabilidad y una disculpa sincera por el daño causado por la desatención de las necesidades y el impacto del modo de afrontamiento disfuncional en la relación, en particular, cuando cada individuo comparte cómo se desarrolló su modo de afrontamiento, tiene una fuerte influencia en la capacidad de la pareja para avanzar en la terapia (Chapman & Thomas, 2006).

## **HACER UN DIARIO E INTEGRAR AL NIÑO VULNERABLE**

Escribir un diario durante el proceso de duelo permite a los pacientes reconocer el dolor asociado con el tiempo perdido, que puede ser similar a la pérdida de un ser querido. Es posible que estos sentimientos nunca se resuelvan por completo, pero crecerán en torno a este duelo (Gladstone, 2018) a medida que nos centremos en transformar el presente. Megan Devine (2021) ha creado un exquisito diario experiencial y libro de trabajo “Cómo llevar lo que no se puede arreglar”, que se incorpora fácilmente a nuestro modelo de terapia de esquemas.

La curación del duelo asociado al tiempo y oportunidades perdidos puede ser similar a la curación del abandono del niño vulnerable. La difunta Nel Noddings (2013), investigadora educativa de la Universidad de Stanford, dedicó su vida académica a explorar la formación de una vida moral basada en la ética del cuidado. Argumentaba que todos estamos motivados de forma innata a cuidar los unos de los otros. Los primeros orígenes de esa ética moral empática pueden verse en los niños. (Tuve el privilegio de mantener múltiples conversaciones con la profesora Noddings sobre su filosofía del cuidado y la vida moral de los niños, 1982-1985). Cuando los terapeutas de esquemas llenan las lagunas de la negligencia con una reparentalización limitada, reavivan esa sensibilidad empática del cuidado. Del mismo modo, a medida que los clientes adoptan nuevos modos de cuidar de los demás mediante actividades como el voluntariado o el cuidado de una mascota o de un jardín, pueden curar el abandono del niño vulnerable.

Una clienta, de unos sesenta años, con una infancia y una historia matrimonial de abusos y abandono, contribuyó a procesar su dolor por el tiempo y las oportunidades perdidos comprando una muñeca que representaba a su “pequeña yo”. En lugar de una carta, me envió un poema. La “pequeña yo” fue llevada a nuevas oportunidades de juego y poco a poco fue sustituyendo al charco de abandono, depresión y tristeza de toda una vida.



*Te envió una foto de mi pequeña yo:  
Con ojos azules,  
Pelo rebelde,  
Enterizo para jugar en la tierra,  
Y un tutú para bailar.  
Pero en realidad, ella se escondía en un  
libro,  
En mi bolsillo, y  
Debajo de una caja de pañuelos.  
Pero ahora es libre y  
Ya no tiene que esconderse.*

Figura 2.

Una carta al niño vulnerable puede ser insuficiente para liberar la pena asociada a la pérdida de tiempo y oportunidades cuando la culpa desempeña un papel destacado. En este caso, una carta dirigida a un modo maladaptativo (en este caso, el crítico punitivo), reconoce la dependencia, se disculpa para expiar la culpa (“he confiado en ti con demasiada frecuencia”) y negocia una resolución alternativa. Todo ello crea un espacio para el adulto sano y sabio. Al escuchar la carta, el terapeuta, en el marco de un papel reparentalizador limitado, actúa como testigo, pero sobre todo como compañero íntimo, para llenar el vacío, dar fe de la resistencia del cliente y validar la función de supervivencia del modo maladaptativo.

## IMAGINERÍA RESCRIPTIVA

La imagería rescriptiva, una intervención clásica en la terapia de esquemas, es otra forma de procesar la pesada carga de la culpa asociada al dolor y a las oportunidades perdidas. “He visto cambios maravillosos y curativos en personas que utilizaban visualizaciones de personas con las que habían llegado a un punto muerto, tanto vivos como fallecidos”, escribe la doctora Lisa Miller (2021, p. 184) en ***El cerebro despierto***. A continuación, describe la imagería utilizada por varios capellanes militares estadounidenses: 1) el individuo relata detalladamente el incidente traumático involucrando todos los sentidos; 2) durante la narración, en el momento de mayor pena o arrepentimiento, expresa sentimientos de remordimiento; 3) invita a una imagen de “trascendencia personal” (nota personal, una capacidad de ir más allá del yo hacia un



sentido universal de conexión); 4) ve qué imagen surge espontáneamente; 5) vuelve a la narración con nueva información (p. 187).

Otra forma de imaginería utilizada para la culpa asociada al duelo es la descrita por Malkinson (2007). Se pide al paciente que recuerde la experiencia y sus sentimientos y que dialogue con el terapeuta. El objetivo es ayudar al paciente a identificar las emociones negativas disfuncionales y funcionales, mejorando el sentido de “control interno” del cliente (p.116). En ambos ejemplos, se anima al paciente a revivir la narrativa que condujo al acontecimiento asociado con el duelo y la culpa subsiguiente, y está solo en la imagen.

En cambio, el terapeuta de esquemas no anima al paciente a reexperimentar la narración, sino los sentimientos asociados a la situación y la necesidad insatisfecha subyacente. La terapia de esquemas se basa en el apego; por lo tanto, el individuo estaría solo al procesar su duelo en su imagen una vez que tenga un modo del adulto sano y sabio bien desarrollado. Incluso entonces, el terapeuta estaría presente como apoyo cuando fuera necesario. El terapeuta de esquemas se sitúa junto al paciente en un papel de buen padre y, dentro de la función de la reparentalización limitada, apoya la liberación y transformación de los sentimientos, especialmente de la culpa. El siguiente guión me ha resultado útil.

### **GUIÓN SUGERIDO PARA EL DUELO ASOCIADO A SENTIMIENTOS DE CULPA Y FALTA DE PERDÓN HACIA UNO MISMO**

Se invita al cliente a que experimente sentimientos incómodos de culpa por no haber aprovechado bien su tiempo, o por haber perdido oportunidades concretas, a que se aferre a sus sentimientos o a su falta de perdón, cierre los ojos o mire hacia abajo y, luego, intensifique sus sentimientos.

Después de preguntar al cliente cómo se siente emocional y somáticamente, se le pregunta si el terapeuta puede entrar en la imaginería para estar presente con el cliente en su angustia. Una vez que el terapeuta está en la imagen, le pregunta si puede invitar a alguien que sea importante para él desde el punto de vista relacional o espiritual. Puede ser una figura religiosa, una presencia benévola o incluso un pariente o amigo que se sienta reconfortado y cariñoso. La figura o presencia benévola entra en la imagen y el terapeuta describe cómo se siente el paciente respecto a la figura o presencia y añade que el paciente ha cargado con esos sentimientos durante mucho tiempo. Los sentimientos son pesados y dolorosos.

Se pregunta al paciente cómo se sentiría la figura o presencia benévola sabiendo que esos sentimientos son tan dolorosos y que al paciente le ha costado renunciar a ellos. El terapeuta identifica los sentimientos expresados por el cliente y modela una respuesta sana. El terapeuta invita al cliente a sentir el amor y el cuidado que la figura o presencia siente por él y, a continuación, a soltar los sentimientos en una nube y ver cómo se alejan flotando. Una vez que los sentimientos han desaparecido, se pregunta al cliente cómo se siente. La respuesta suele ser: "...mejor, he sentido un cambio".

Después, el terapeuta termina la imaginería; todas las figuras aparecen en gris. El terapeuta sugiere que los sentimientos amorosos experimentados pueden permanecer con el cliente y dice algo como: "Están tan cerca de ti como tu próxima respiración". Finalmente, el cliente camina por su lugar seguro antes de procesar la experiencia con el terapeuta.

## **IMAGINERÍA RESCRIPTIVA PARA FORMULAR OBJETIVOS PARA EL FUTURO**

Después de trabajar para reducir la intensidad emocional del duelo relacionado con la pérdida mediante la imaginería rescriptiva, éstas también pueden utilizarse para identificar actividades y objetivos que satisfagan las necesidades actuales del paciente. El duelo efectivo por la pérdida de tiempo y de oportunidades puede llevar al cliente a usar el tiempo del presente de forma más eficaz. La capacidad de priorizar un objetivo, identificar los pasos necesarios y, a continuación, ejecutar las acciones requeridas para completar el objetivo son componentes de la gestión del tiempo. Todas estas habilidades dependen de una función ejecutiva eficaz. La imaginería mejora las capacidades metacognitivas relacionadas con la función ejecutiva (Canellopoulou y Richardson, 1998; Hall, 2002).

Se invita a los clientes a utilizar la imaginería para prepararse para un objetivo relacionado con una necesidad actual. A medida que consideran el objetivo, pueden identificar los resultados que supone un reto y desarrollar alternativas adecuadas (Maurer y Rafaeli, 2020).

## **PERDÓN**

El perdón y la autocompasión residen en el centro del duelo asociado con la pérdida de tiempo y oportunidades. El perdón a uno mismo y a los demás. Además de las intervenciones enumeradas anteriormente, me han

resultado útiles los escritos del Dr. Fred Luskin, director y cofundador del Proyecto del Perdón de la Universidad de Stanford. ***Forgive for Good*** (Perdona para siempre) (Luskin, 2002) describe el protocolo de estudio eficaz en diversos entornos, incluidas las madres de Irlanda del Norte. Luskin utilizó técnicas cognitivas como el cambio de canal, la expresión somática del agradecimiento y la atención plena centrada en el corazón, que pueden integrarse fácilmente en nuestro modelo de esquemas. ***Forgive for Good*** (Luskin, 2002) ha sido bien recibido por los clientes como una tarea útil. Gemma Gladstone (2018) describe intervenciones experienciales para este propósito, la imaginería rescriptiva y los diálogos de sillas en su webinar en línea patrocinado por ISST “Schema Therapy Experimental Interventions for Grief”.

El último paso de Luskin (2002) para facilitar el perdón (o un duelo no resuelto) es una técnica a la que se refiere como PERT: Positive Emotion Refocusing Technique (Técnica de Reenfoque de Emociones Positivas). En PERT, después de asentarse conscientemente, se invita al cliente a imaginar una escena hermosa en la naturaleza o a alguien a quien ama. Luego, mientras permanece en esa imagen y continúa respirando en su vientre, pregunta a la “parte relajada y pacífica” de sí mismo qué puede hacer para resolver su dificultad (pág. 120).

Al igual que los ejercicios de imaginería de Malkinson (2007) y Miller (2021) descritos anteriormente, el cliente puede tener dificultades para acceder a la “parte relajada y pacífica” de sí mismo si el modo del adulto sano y sabio no está suficientemente desarrollado. El niño vulnerable que carga con los sentimientos de duelo y la culpa por el tiempo y las oportunidades perdidos necesita el apoyo de la reparentalización limitada que le ofrece el terapeuta de esquemas combinada con las capacidades florecientes del modo del adulto sano y sabio para seguir adelante. En la terapia de esquemas, la reparentalización limitada que proporciona la liberación emocional del dolor a través de la relación, permite a los terapeutas de esquemas darles a los clientes una experiencia más profunda de curación y resolución emocional que otras modalidades de psicoterapia.



**PEREGRINE M. KAVROS, PH.D., MBA, M.DIV.** (Estados Unidos), es la Directora del Instituto de Terapia de Esquemas del Sureste y Supervisora Avanzada de Terapia de Esquemas tanto para individuos como para parejas. Su fascinación por la Terapia de Esquemas evolucionó a partir de su práctica privada en la ciudad de Nueva York, cuando trabajaba con clientes con complejos problemas psicológicos, sexuales y de salud. La Dra. Kavros está

certificada como Terapeuta Sexual por la AASECT (Asociación Estadounidense de Educadores, Consejeros y Terapeutas Sexuales) y como Sacerdote Episcopal, donde trabaja como pastora asociada en la Iglesia Episcopal de San Mateo en Hillsborough. Antes de que la Dra. Kavros se trasladara a Carolina del Norte en 2015, ocupó cargos académicos en la Universidad de Columbia y en el Centro Médico Langone de la Universidad de Nueva York. Ha publicado en revistas especializadas y es autora de capítulos de libros. Preside el Comité de Ética y Resolución de Conflictos y es miembro del Comité de Garantía de Calidad de la Sociedad Internacional de Terapia de Esquemas y del Subcomité Asesor de Entrenamiento y Certificación.

## **ENTREVISTA CON JEFF CONWAY**

VIVIAN FRANCESCO

**¿Qué le parece haber sido elegido esta vez para el cargo de Presidente de la ISST en vez de haber respondido a la llamada del deber el año pasado?**

Aprecio el hecho de que la labor de la ISST se haya realizado gracias a que muchas personas han trabajado en segundo plano para que esta sociedad funcione desde hace muchos años. Con la esperanza de que esta tradición continúe, me complace, me emociona y me intimida servir como Presidente de la ISST. Mi guía es la declaración de la misión de la ISST, y tengo la intención de permanecer en sintonía con el objetivo de la difusión del entrenamiento, el tratamiento y la investigación de la Terapia de Esquemas en todo el mundo. He estado influenciado por este modelo durante al menos 25 años y sigo convencido de que es un modelo compasivo y eficaz de psicoterapia, especialmente para las personas que no han sido bien atendidas por otros modelos. Me siento afortunado de que contemos con una Junta Ejecutiva comprometida, colaboradora y diligente, con miembros centrados en varios comités y con varios miembros veteranos de ISST que trabajan todos juntos para llevar a cabo la misma tarea.

Trabajar con gente así es agradable e inspirador. Es tan profundamente gratificante y agradable conocer a personas de muchos lugares diferentes y culturas variadas que se han inspirado en la Terapia de Esquemas y están participando en hacer que nuestro modelo sea más conocido en todo el mundo. Es la creencia en el valor de este modelo lo que facilita el vínculo entre los miembros de ISST. Espero trabajar para reforzar siempre este vínculo de la manera que pueda.

**¿Cuáles son los retos a los que se enfrenta la ISST a la hora de abordar una amplia gama de cuestiones y preocupaciones relacionadas con la diversidad cultural, dado que sus miembros son de todo el mundo?**

Enfrentarse a los retos de establecer conexiones con miembros de diversos orígenes culturales siempre ha sido y sigue siendo complejo. Entiendo que eso es cierto. Sin embargo, para ser sincero, estoy seguro de que a lo largo de los años hemos cometido errores que se debían, al menos en parte, a nuestros prejuicios culturales, experiencias pasadas y falta de conocimiento. Así que seguimos intentando escuchar y aprender

de nuestros miembros de otras culturas, y hemos estado abiertos a hacer adaptaciones gracias a este creciente acervo de conocimientos. Por ejemplo, hemos adaptado el proceso de entrenamiento y certificación de algunos países para que se ajuste mejor a las especificaciones educativas y culturales de esos países. En nuestro empeño por crear tales adaptaciones, a veces hemos experimentado algunos momentos incómodos y escabrosos. Cabe señalar que la sociedad se estableció deliberadamente sobre principios democráticos, y aunque me alegra guiarme por tales principios, tengo claro que esto no crea una ruta automática hacia la armonía dentro de nuestra sociedad.

Creo que como los Terapeutas de Esquema estamos repartidos por todo el mundo y no tenemos formas fáciles de conectarnos y pasar tiempo unos con otros, podemos llegar a estar demasiado desconectados. Con esta desconexión, algunos grupos de nuestra sociedad parecen recibir más atención, mientras que otros, tristemente, se sienten excluidos. Tal vez necesitemos hacer una invitación más firme a todos nuestros miembros para que participen y contribuyan a los fundamentos que fortalecen nuestra sociedad.

### **¿Qué tipo de objetivos piensa fijarse para crear un paradigma saludable basado en el concepto de inclusión?**

Me gustaría invitar a todos los miembros a que se sientan libres y bienvenidos a ponerse en contacto conmigo y con el resto de la Junta Ejecutiva para transmitirnos sus pensamientos, ideas y preocupaciones sobre cómo mejorar nuestra sociedad. La Junta también quiere hacer un esfuerzo concertado para llegar a TODOS los miembros de nuestra sociedad para que participen en los distintos comités, con especial atención a aquellos que aún no han participado en uno.

Esperamos desarrollar actividades más alegres y del “Niño Feliz” que incluyan a más miembros. En este sentido, tenemos la intención de iniciar un grupo de películas de terapia de esquemas en el que veamos una película por nuestra cuenta y luego nos reunamos en línea para hablar sobre los esquemas y los modos y las interacciones entre modos y de la química de esquemas en la película.

### **¿Qué le parecen las dos próximas conferencias? ENLIGHT en Melbourne, e INSPIRE en Washington, D.C.?**

Uno de los aspectos más atractivos que nos siguen entusiasmando es que ambas serán conferencias híbridas. Esto significa que habrá una

conferencia en directo, pero también que gran parte de la conferencia podrá verse en línea. Comenzamos con esta opción en 2022 en nuestra primera conferencia, después de que las restricciones de Covid hubieran desaparecido, ¡y fue un gran éxito! Ahora estamos decididos a que esta sea la práctica habitual para todas nuestras futuras conferencias, entre las que se incluyen la Conferencia ENLIGHT de Melbourne, del 16 al 18 de marzo, y la Conferencia INSPIRE de Washington, D. C., del 30 de mayo al 1 de junio de 2024. Nos complace poder invitar así a participar a muchas otras personas que de otro modo no habrían tenido la oportunidad de hacerlo.

El hecho de que la conferencia de marzo se celebre en Melbourne no hace sino poner de relieve el crecimiento de la Terapia de Esquemas, ya que será nuestra primera conferencia al otro lado del mundo. El modelo de la Terapia de Esquemas fue desarrollado en Estados Unidos por Jeff Young y posteriormente se hizo muy popular en gran parte de Europa Occidental. Fue este crecimiento de la Terapia de Esquemas lo que impulsó la creación de la Sociedad Internacional de Terapia de Esquemas (ISST) alrededor de 2008. No creo que Australia haya estado tan expuesta a la Terapia de Esquemas en ese momento. Pero ahora Australia es uno de los países de más rápido crecimiento para la Terapia de Esquemas, lo que ayudó a informar la decisión de tener nuestra próxima conferencia en dicho país. Parece que será una conferencia muy emocionante y afortunadamente ya tenemos muchas personas inscritas para esta conferencia en persona y en línea. Me alegro de que Washington, D. C., sea la sede de nuestra Conferencia INSPIRE en 2024. Es una ciudad preciosa que tiene un gran significado histórico y político para mis compatriotas estadounidenses. Sé que Wendy Behary, una de nuestras expresidentas, ha estado encabezando los preparativos de esta conferencia con su habitual competencia. Creo que los inscritos disfrutarán del lugar, y estoy seguro de que tendremos un fascinante programa de presentaciones y talleres.

### **¿Cuáles son sus esperanzas y objetivos para los próximos dos años en la ISST?**

Me entusiasma la idea de estimular una mayor participación en la ISST. Tenemos más de 2500 miembros en todo el mundo, lo cual es estupendo, pero el porcentaje de participación de los miembros en la sociedad es relativamente pequeño. Aunque comprendo que la gente tiene muchos otros compromisos, creo que probablemente hay muchas personas a las que les resultaría estimulante y gratificante participar activamente en la ISST. Y hay una necesidad real. Espero que este Consejo Ejecutivo se

ponga en contacto con posibles participantes en el funcionamiento y fortalecimiento de nuestra sociedad y que animemos a otros miembros activos, que actualmente prestan sus servicios en diversos comités, a tener en cuenta a los miembros de la ISST que también podrían desear participar de una forma más estructurada.

Continuaremos apoyando la investigación en todas las áreas de la Terapia de Esquemas, y ya hemos establecido un fondo para apoyar la investigación en Terapia de Esquemas. Se trata de una novedad importante que espero que crezca con el tiempo. Jeff Young, el fundador del Modelo de Terapia de Esquemas, nos hizo un regalo muy importante al dejar claro que aunque él creía que este modelo en manos de terapeutas hábiles y atentos puede ser una herramienta muy útil para las personas que están lidiando con trastornos como el TLP y el TNP para que cultiven una mejor calidad de vida y relaciones más sanas. También dejó claro que el modelo no era un modelo perfecto y que nos animaba a investigar la eficacia del modelo y a considerar formas de mejorarlo. Ha habido innovaciones como la creación de especialidades como la Terapia de Esquemas de Grupo, la Terapia de Esquemas para Niños y Adolescentes y la Terapia de Pareja, así como cierta ampliación del número de Modos y de las formas de entender a los Modos. También es destacable la consideración de añadir algunos Esquemas más a nuestra lista actual de 18. Siempre se puede mejorar y Jeff Young ha sido partidario de continuar la tradición de mejorar el modelo.

A medida que sigamos creciendo, espero que reforcemos la influencia de la Garantía de Calidad, ya que se trata de un modelo muy complejo cuyo aprendizaje requiere mucho tiempo y esfuerzo. No queremos rebajar nuestras expectativas de entrenamiento y certificación, ya que los Terapeutas de Esquemas son más eficaces cuando están bien formados y supervisados.

Por supuesto, queremos tener un nuevo sitio web lanzado antes de fin de año que será más fácil de usar y ayudará a difundir más información sobre lo que está sucediendo en la Terapia de Esquemas en todo el mundo. También pretendemos que el proceso de solicitud de certificación sea más sencillo y pueda realizarse íntegramente en la página web.

La Junta Directiva anterior estableció el Comité de Recursos para Miembros en Crisis (RCMC) con Magdalena Kitlowska, y ahora está presidido por Daria Rakhubovska. Este comité ha realizado un trabajo realmente maravilloso. Esperamos que siga ayudando a nuestros miembros ucranianos y que también llegue a otros miembros que se enfrentan a retos inusuales que dificultan aún más el entrenamiento y la certificación en Terapia de Esquemas. También espero que desarrollemos



una conciencia más fuerte para la Diversidad, Equidad e Inclusión (DEI) para que el entrenamiento y el tratamiento de la Terapia de Esquema puedan estar disponibles para una sección transversal más amplia de personas a su vez que aumentará nuestra base de conocimientos multiculturales.

Espero que no sólo se nos conozca por el excelente modelo que representamos, sino, también, como un grupo de personas amables y compasivas entre sí. Creemos que en la medida en que podamos estar en nuestro Modo del Adulto Sano, podremos tener una vida más vibrante y dinámica y construir vínculos más fuertes y reparadores con los demás. Espero que podamos mantener esa conciencia mientras seguimos construyendo una sociedad que permita un mayor crecimiento de la Terapia de Esquemas en todo el mundo.