

PERSPECTIVA SOMÁTICA EN LA TERAPIA DE ESQUEMAS

EL ROL DEL CUERPO EN LA CONCIENCIA Y TRANSFORMACIÓN DE LOS MODOS Y ESQUEMAS

Janis Briedis y Helen Startup

- En la terapia de esquemas, conceptualizamos **los esquemas como patrones aprendidos relacionados con el apego cognitivo, afectivo y conductual que generalmente se forman con el tiempo.**
- A menudo se subestima la encarnación de estos hábitos muy trillados, que se manifiestan como idiosincrasias en la postura, el gesto y el impulso.
- **Nuestra propuesta es que, en cada etapa de la terapia de esquemas, nuestro trabajo se pueda mejorar con una mayor atención al mundo somático de nuestro paciente.**
- Hay momentos en que las experiencias de nuestros pacientes están codificadas en gran medida a un nivel somático (como en el caso de un trauma preverbal) que requieren estas formas de trabajo.
- Del mismo modo, también creemos que dentro de cada sesión de psicoterapia se profundiza la conciencia y se mejora el cambio clínico mediante un mayor seguimiento y trabajo al nivel de la experiencia somática.
- Este taller describe los principios y técnicas fundamentales para permitir que el terapeuta trabaje en este nivel de experiencia, llevado a la vida a través de un ejemplo clínico.

Principios generales del trabajo con el cuerpo

- En nuestra experiencia, la posibilidad de trabajar con el cuerpo puede provocar ansiedad para muchos terapeutas.
- Para los pacientes, la simple mención del cuerpo puede desencadenar reacciones de distrés y vergüenza.
- Por ende, priorizar la seguridad es de suma importancia.
- Los principios generales descritos a continuación orientan a sentar estas bases necesarias.

Rastreo y contacto

- El primer principio del trabajo con el cuerpo consiste en un cambio en la postura hacia la observación activa de las formas somáticas de ser de un paciente, mientras se le hace prestar atención a estas suavemente.
- Kurtz (1990) se refiere a estas etapas como “rastreo” seguido por “declaraciones de contacto”.
- Esencialmente ***hay una reorientación de la atención del terapeuta desde el compromiso con la narrativa hasta la observación cercana de los acompañamientos no verbales a la narrativa.***
- Estas señales no verbales pueden ser explícitas, como gestos con las manos, girar la cabeza, muecas faciales, cerrar los ojos, una quietud paralizada, o más sutiles, como temblores, dilatación de las pupilas, sudoración o cambios en el tono de la piel (Rothschild, 2000). **Se requiere que el terapeuta mantenga la atención simultáneamente tanto en la narrativa manifiesta como en la narrativa implícita contada a través del cuerpo, profundizando la conciencia del material del paciente.**
- Luego, el terapeuta puede nombrar suavemente lo que ha rastreado: ***“Me di cuenta de que te echaste hacia atrás cuando mencionaste el nombre de tu expareja” o “Es interesante que tus pies se hayan movido desde que comenzamos a hablar de tus preocupaciones laborales”.***
- El ***objetivo final*** del rastreo del cuerpo y las declaraciones de contacto **es profundizar la sensación sentida del desarrollo del material y mejorar la sintonía y la sensación de conexión entre el terapeuta y el paciente.**

Enfoques en los organizadores básicos

- Un principio fundamental del trabajo de base somática es ***ampliar nuestra conciencia de la experiencia para acomodar un componente mayor de la “sensación sentida”***.
- El concepto de “**organizadores básicos**” de **Ogden** (Ogden *et al.*, 2006) proporciona un marco útil para comprender diferentes elementos de nuestra experiencia, incluyendo: **cogniciones, emociones, sensaciones internas del cuerpo, movimiento y la percepción de los cinco sentidos** (vista, oído, olfato, gusto y tacto).
- Cualquier experiencia significativa puede ser el foco, y el terapeuta esencialmente va a “Bailar con los organizadores básicos” al rastrear la experiencia del paciente y preguntarle: ***“¿Qué sientes en tu cuerpo cuando piensas en x (donde x es el pasado memoria)?”***, (Vinculando el recuerdo con la sensación corporal) o ***“¿Qué sensaciones en tu cuerpo surgen cuando te permites sentir la tristeza?”***, (Que une la sensación física y la emoción) o ***“Si ese temblor en tus manos pudiera hablar, ¿Qué diría?”***, (trazando una conexión entre sensación y cognición).
- Uno de los objetivos de trabajar con el cuerpo es aumentar la conciencia del paciente sobre sus procesos internos mediante la exploración de su experiencia a través de los organizadores básicos.
- El estilo de explorar a los organizadores principales es contar con una mentalidad abierta genuina, curiosidad y atención plena, en lugar de dirigirlos hacia una evaluación o suposición particular sobre su experiencia.
- ***El terapeuta adopta un enfoque no directivo mientras se mantiene totalmente presente, en sintonía y comprometido con la experiencia fenomenológica de sus pacientes.*** Por lo tanto, el ritmo es lento y constante.

Trabajar dentro de la ventana de tolerancia

- Trabajar dentro de la ventana de tolerancia del paciente (VT) es esencial para un trabajo del trauma seguro y efectivo utilizando un enfoque somático (Siegel, 1999).
- **Se refiere a la capacidad del paciente para tolerar el afecto e integrar la información de manera adaptativa entre dos límites más allá de los cuales el individuo está hiperactivo (no contenido y se siente abrumado por la ansiedad, el pánico o el terror) o hipoactivado (no contenido, se siente muy bajo de energía, nublado, deprimido, adormecido y disociado)** (ver Figura 1).

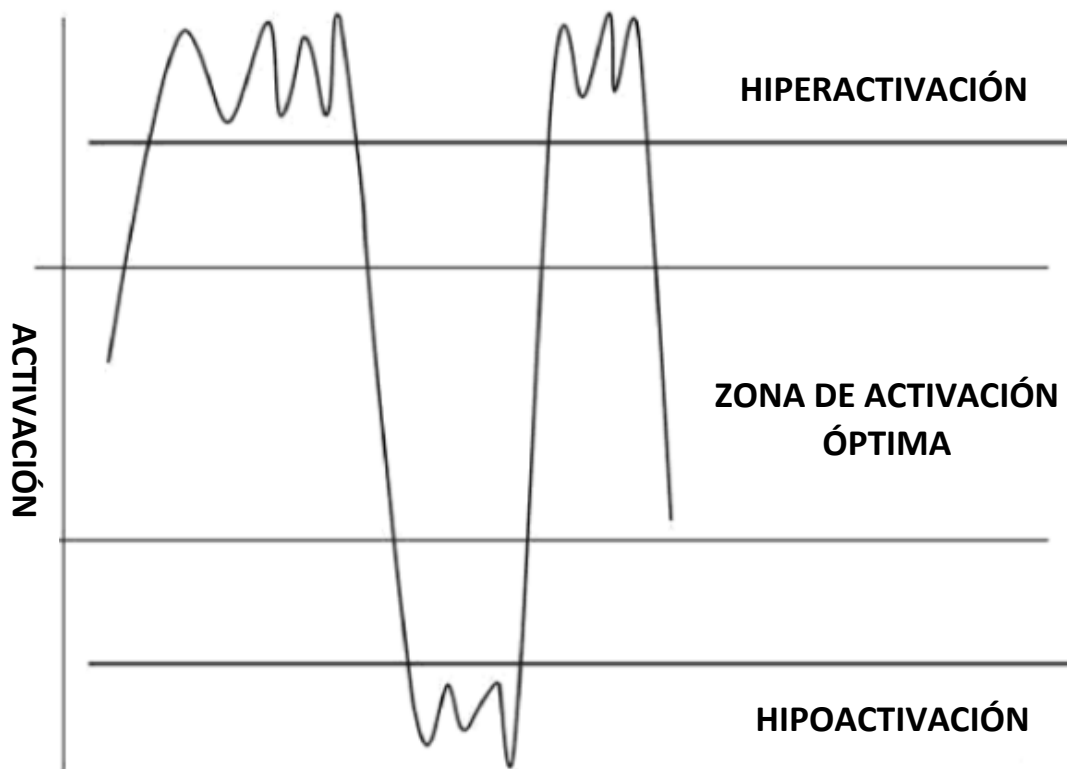


Figura 1. Ventana de tolerancia

- La **“zona de activación óptima”** se refiere **al rango entre estos dos extremos donde el paciente está suficientemente regulado para facilitar el procesamiento de experiencias traumáticas** (Ogden et al., 2006).
- Cuando el paciente está fuera de su VT, se lo considera “desregulado” y su capacidad integradora y su capacidad para acceder y procesar información se ve significativamente comprometida.

- **La tarea del terapeuta es hacer un seguimiento de los aspectos físicos y sensoriomotores de la experiencia de sus pacientes mientras se monitorean sus niveles de activación y ayudarlos a regular según sea necesario utilizando los recursos adecuados.**
- **Es probable que los pacientes que sufrieron un trauma infantil significativo tengan una capacidad integradora reducida junto con una VT más estrecha.**
- Además, enfocarse directamente en el cuerpo puede volverse desregulador, particularmente para pacientes con antecedentes de trauma físico y/o sexual y puede provocar un efecto abrumador que recuerda eventos traumáticos del pasado acompañados de evitación afectiva y conductual.
- **Con respecto a la actividad del modo de esquema, enfocarse en el cuerpo puede desencadenar el modo del crítico castigador, que a su vez puede desencadenar una gama de “modos de afrontamiento”.**
- Esto crea un dilema difícil para el paciente, que está atrapado entre un cuerpo que revive un trauma pasado y un impulso de autoprotección para evitar la experiencia versátil.
- Esto puede conducir a la disociación y otras respuestas de afrontamiento a través del protector separado y el autocalmante separado, lo que dificultará la integración necesaria para que se resuelva el trauma.
- **El terapeuta tiene como objetivo dirigir la atención suficiente al cuerpo del paciente para facilitar el procesamiento, al mismo tiempo que evita la desregulación del afecto y el paciente quebranta su VT.**
- Este trabajo requiere un rastreo y una sintonización cercanos y un equilibrio entre la necesidad de procesar el trauma y la necesidad de estabilización.
- Con pacientes altamente traumatizados, trabajar con múltiples organizadores básicos a la vez puede ser abrumador.
- Puede ser útil limitar el enfoque a uno o dos organizadores básicos a la vez (Ogden *et al.*, 2006), más específicamente, sensaciones corporales y micro movimientos, cuando se procesan aspectos traumáticos de un recuerdo.

- Entonces, por ejemplo, cuando el paciente está en contacto con un recuerdo muy doloroso y traumático, el terapeuta puede notar suavemente cómo aprietan los puños mientras habla de una persona en particular y sentir curiosidad por otras sensaciones corporales que pueden acompañar, pero también guíelo a tener en cuenta que ya no están en presencia de esa persona y a conectarse con su imagen de lugar seguro si las cosas se sienten demasiado.

Un enfoque ascendente frente a uno descendente

- ***A veces, la forma más segura de abordar un trauma es a través de las sensaciones corporales (enfoque ascendente)*** en lugar de una narrativa asociada (descendente).
- Muchos pacientes con historias de trauma no reciben ayuda, y a veces se ven perjudicados, por las terapias de conversación tradicionales donde la narración traumática se repite, lo que lleva a una sensación de impotencia y una agitación del afecto distresante, sin cambiar el significado ni la intensidad emocional del recuerdo (Van Der Kolk, 1994). Hay situaciones en las que simplemente hablar del trauma no puede deshacer sus efectos.

Atención plena dirigida

- La atención plena, en este contexto, ***describe una observación sin juzgar y una conciencia de la experiencia mientras se desarrolla, y encapsula el estilo que buscamos adoptar como terapeutas al trabajar con material somático.***
- Cuando ***se está en un estado de atención plena, las acciones son observadas, etiquetadas y normalizadas en vez de ser reflexionadas o interpretadas,*** y esto se logra mediante ***un “marco consciente de la experiencia”.***
- Por ejemplo, el terapeuta puede hacer una pausa a mitad de la narrativa del paciente y extender su conciencia al preguntar: ***¿Qué estás sintiendo ahora mismo mientras me cuentas tu experiencia con X?***, creando contacto con la experiencia y curiosidad por esta en ese momento.

Experimentación

- Similar a la terapia cognitiva, los experimentos en el trabajo centrado en el cuerpo se basan en los principios de colaboración, curiosidad y una “actitud de ganar-ganar” (Bennett-Levy *et al.*, 2004).
- ***Una actitud experimental requiere espontaneidad y apertura para estudiar los hábitos somáticos de un paciente, además de brindar la oportunidad de interrumpirlos con el fin de generar gradualmente nuevos patrones más adaptativos.***
- Por ejemplo, el terapeuta puede sugerirle a un paciente con una postura caída que enderece su espalda y observe los efectos de esto en sus organizadores básicos, o presiona a un paciente que se siente “en una nube” a poner los pies firmemente contra el suelo y observar los efectos de esto.
- ***Los experimentos somáticos se realizan primero junto con el terapeuta y luego se pueden dar como tareas para que los pacientes los integren en su vida diaria.***
- Este tipo de práctica regular simple tiene el potencial de alterar gradualmente los hábitos que antes eran inútiles y más allá de la conciencia.

Desarrollar una caja de herramientas de recursos somáticos

- Los recursos, en este contexto, se refieren a las estrategias que ayudan a los pacientes a regular sus niveles de activación dentro de su VT y a expandir gradualmente su VT con el tiempo. Existe una distinción extraída entre los recursos de *autorregulación* (intrapersonal) y los de *regulación interactiva* (interpersonal) (Schore, 2003), ambos de los cuales se esbozan a continuación.

Identificación y desarrollo de recursos

- ***Es una práctica terapéutica común enseñar a las pacientes habilidades para regular su estado emocional, tales como ejercicios de puesta a tierra, distracción, técnicas de respiración, imaginería relajantes e incorporación de objetos de transición*** (ver Farrell y Shaw, 2012; Farrell *et al.*, 2014).

- Descubrimos que, con un rastreo sintonizado de la experiencia de nuestros pacientes, a menudo descubrimos estrategias de auto alivio naturales que pueden fomentarse.
- Muchas de estas estrategias tienen un componente físico sobre el que se puede desarrollar, como cerrar los ojos cuando hay demasiadas cosas, respirar profundamente, colocarse las manos sobre el pecho para estabilizarse o frotarse las rodillas para mantenerse en tierra en sus cuerpos.
- **Llevar la atención sobre los recursos ya existentes y vincularlos a estados de sentimiento estabilizadores puede ser validador y fortalecer para los pacientes, ayudándolos a aprovechar la sabiduría de sus propios cuerpos.**
- También ayuda a evitar “reinventar la rueda” donde los recursos que ya están disponibles evolucionaron de forma adaptativa en función de su historia y necesidades insatisfechas.
- Se puede llamar la atención sobre un recurso somático simplemente al preguntar: **“Cuando haces x [p. ej., haces ese movimiento], ¿Se siente mejor o peor?”.**
- **Si se siente incluso un poco mejor, es probable que sea un posible recurso positivo.**
- Este recurso puede elaborarse pidiéndole al paciente que permanezca más tiempo con el recurso, continuando el “Baile con los organizadores básicos” como se demuestra en el siguiente ejemplo:

TERAPEUTA (T): Noté que pusiste la mano derecha en el corazón mientras hablabas de la pérdida dolorosa. ¿Qué pasa allí ahora mismo?

PACIENTE (P): Sí, a veces hago eso cuando siento que necesito consuelo.

T: Ah, está bien. Qué interesante. ¿Qué se siente poner la mano allí?

P: Se siente bien. Puedo sentir la calidez de mi propia mano en el pecho.

T: Encantador. Solo déjate sentir ese calor por un momento si puedes. ¿Qué sucede cuando mantienes tu mano allí un poco más?

P: Se siente bastante seguro en realidad. Como si alguien estuviera allí para mí y no estoy solo.

T: Qué tierno. ¿Obtienes algunas imágenes mientras me cuentas esto?

P: Me recuerda la visita a mi abuela en el campo cuando era niño. Ella vivía lejos y recuerdo que me abrazaba cada vez que iba. Se sentía tan bonito y cálido.

T: Qué interesante. ¿Qué pasa en tu cuerpo mientras me cuentas esto?

P: Siento que la calidez se expande por todo mi cuerpo.

- El ritmo de la interacción anterior necesita ser lento y deliberado para promover un marco consciente de la experiencia con una perspectiva para profundizar un estado de “ser/sentir” en vez de uno de “hacer/pensar”.
- La actitud es una de experimentación juguetona y exploración suave.
- Es improbable que estas estrategias sean efectivas a menos que el terapeuta y el paciente se tomen el tiempo de “Sumergirse en ellas juntos” tal que la sensación sentida se profundice.
- Para reducir el riesgo de que el paciente experimente vergüenza, estas prácticas se llevan a cabo juntas, es decir, el terapeuta refleja las posturas y movimientos del paciente.

El terapeuta como un recurso o un desencadenante sin intenciones para el miedo

- Más allá de las técnicas o intervenciones específicas, el terapeuta es un recurso importante para su paciente en sí.
- Muchos pacientes traumatizados tendrán una gama limitada de estrategias de autoalivio y es poco probable que se sientan seguros con otros, incluido el terapeuta.
- Debido a sus experiencias anteriores de estar emocionalmente y, a menudo, físicamente inseguros, estos pacientes están muy en sintonía con los movimientos y gestos de su terapeuta, como una forma de controlar la amenaza potencial.

- Con esto en mente, el terapeuta debe ser consciente de que puede comunicar señales de peligro involuntariamente y activar la rama simpática o dorsal del nervio vago de un paciente (Porges, 2011). Por ejemplo, para algunos pacientes, los ojos muy abiertos en la cara del terapeuta pueden implicar la activación del propio sistema de defensa del terapeuta y, por lo tanto, una señal de peligro.
- Para otro paciente, el terapeuta que gira ligeramente hacia un lado o rompe el contacto visual puede ser interpretado por el paciente como rechazo o desinterés.
- Sin embargo, para otro paciente, la voz suave de un terapeuta puede provocar recuerdos pasados de ser seducido(a) por un abusador.
- Por supuesto, si bien no es humanamente posible evitar todos los “activadores” de amenazas posibles, ***la conciencia del terapeuta sobre su propio cuerpo y su apertura para explorar los factores desencadenantes con su paciente pueden contribuir, en gran medida, a mantener una sensación de seguridad.***

Trabajar con los modos infantiles

- Es probable que el trauma de la primera infancia y los esquemas asociados se codifiquen a nivel preverbal, manifestándose como “Modos infantiles”.
- Más comúnmente, el material preverbal se codifica físicamente en el cuerpo. Por ejemplo, los pacientes pueden reportar la activación de un esquema de abandono principalmente como una sensación de vacío en el plexo solar, o pueden reportar el esquema de imperfección como un hormigueo en todo el cuerpo.
- Cuando se trabaja con estos modos infantiles, es probable que las cogniciones sean en blanco y negro, las reacciones emocionales sean más extremas y desreguladas y la capacidad de mentalizar será limitada (Simeone-DiFrancesco *et al.*, 2015).
- Es probable que el terapeuta relaje a un individuo en un modo infantil usando una voz tranquila, movimientos lentos predecibles y expresiones faciales suaves, como una sutil sonrisa suave.

- Todas estas señales comunican somáticamente seguridad y conexión, estimulando su sistema de compromiso social y fomenta una sensación de cohesión relacional (Porges, 2011).
- **Usar el tacto puede ser muy calmante y el terapeuta puede sugerir al paciente que agarre un extremo de una bufanda suave o trozo de cuerda mientras el terapeuta sostiene el otro extremo, ya que esto puede mejorar la experiencia de conexión y seguridad.**
- Existen muchas maneras en las que las formas de trabajo centradas en el cuerpo mejoran la regulación emocional. El recuadro 1 presenta una lista seleccionada de recursos somáticos que apoyan tanto los repertorios de autorregulación como los reguladores interactivos.

Recuadro 1. Una lista seleccionada de los recursos somáticos, adaptado de (Ogden *et al.*, 2006)

- **Respiración:** Uso de diferentes tipos de ritmo de respiración para activar los estados de activación parasimpáticos (por ejemplo, respiración más lenta, exhalaciones más largas, respiración de resistencia, suspirar) o estados de activación simpática (como, respiración rápida, inhalación o exhalación fuerte), uso de la respiración para encontrar un ritmo común con el paciente (“respiremos juntos por un momento”).
- **Alineación:** Sentarse con la espalda derecha; alargando la columna, con los hombros adelante.
- **Centrado:** Colocar una mano en el corazón, y la otra, en el vientre.
- **Puesta a tierra:** Sentir los pies sólidos en el piso; pararse y poner peso en las diferentes partes de los pies –adelante, atrás, lados, alternar los pies; sentarse o acostarse en el piso.
- **Movimiento:** Levantarse del asiento y caminar por la habitación; pisar fuerte los pies en el suelo; hacer estiramientos al estilo yoga y mantener posiciones durante un período de tiempo; correr en el lugar; cambiar de un pie al otro a una velocidad variable; probar ritmos y estilos de caminar variados; jugar juegos que involucran actividades como lanzar, saltar, correr.
- **Orientación:** Muy lentamente girar la cabeza hacia un lado y luego hacia el otro mientras observa de cerca el entorno.
- **Establecer límites:** El paciente y el terapeuta se paran en lados opuestos de la habitación, le pide al paciente que

camine lentamente hacia usted, pídale que “se detenga” cuando “se sienta bien”, explore cómo sabe dónde se siente bien dibujar el límite, que les indica esto a ellos y lo que se siente dibujar el límite. Luego, el terapeuta y el paciente intercambian roles si es apropiado; experimente con decir “sí” y “no” en varias entonaciones y posturas corporales.

- **Conexión relacional:** El terapeuta se acerca al paciente con una mano, luego lo hace con la otra o con ambas manos, el terapeuta y el paciente intercambian roles y exploran lo que esto evoca en ellos.

Observar los esquemas y modos mediante el prisma de los organizadores básicos

- El “baile consciente” con los organizadores básicos puede ser una forma útil de explorar y desarrollar una conciencia de un modo particular (p. ej., el niño vulnerable indefenso salta al modo del niño enfadado) que constantemente aparece para el paciente:

TERAPEUTA (T): Puedo sentir que hay mucho sentimiento cuando hablas conmigo de la discusión con tu pareja. ¿Qué sientes ahora mientras me describes esto?

PACIENTE (P): Me siento rechazado por ella. No estoy seguro si esta relación durará mucho más. Siempre andamos en lo mismo una y otra vez.

T: Escucho tu frustración de lo mismo que sucede una y otra vez. Mientras lo describes, ¿Qué sientes en el cuerpo?

P: Me siento hartado y cansado.

T: ¿Dónde sientes ese agotamiento y el estar hartado en tu cuerpo?

P: Supongo que en mi pecho. Siento que no puedo más.

T: ¿Qué sientes con exactitud en el pecho mientras me describes esto ahora?

P: Es como un sentimiento de colapso. No puedo respirar apropiadamente.

T: Noto que los brazos y hombros se caen un poco mientras me describes el sentimiento de colapso. ¿Qué está pasando en esa área de tu cuerpo ahora mismo?

P: No lo sé. No lo había notado antes. Es como si mi cuerpo me dijera que no puedo soportarlo más.

T: Si tus hombros pudieran hablar ahora mismo, ¿qué dirían? ¿Hay palabras que acompañen ese movimiento?

P: Supongo que me siento débil. Sé que debo dejarla, pero no puedo.

T: Suena duro. ¿Cómo se siente cuando dices esas palabras?

P: Totalmente indefenso.

T: Es interesante que digas eso porque tu cuerpo se va hacia delante. ¿Hay emociones que acompañen esta inclinación?

P: Me siento tan triste e indefenso.

T: Sí. Puedo sentirlo también. ¿Estos sentimientos te son familiares?

P: Oh sí, es lo mismo que siempre está allí.

T: ¿En qué modo crees que estás mientras dices esto?

P: No lo sé. Quizá, ¿el lado vulnerable? ¡Me frustró tanto conmigo mismo! ¿Por qué no puedo solo levantarme y hacer lo que necesito hacer?

T: Ah, está bien, puedo sentir un poco de energía. ¿Qué modo es este?

P: Me siento enfadado y frustrado. ¿El enfadado?

T: Yo también lo oigo. Hay mucho sentimiento allí. Parece que tenemos una imagen más clara de lo que sucede para sus lados vulnerable y enfadado cuando una discusión se desata con tu pareja.

(La terapeuta puede entonces sugerir una intervención para trabajar con el niño vulnerable o el niño enfadado).

- Como se demostró en este ejemplo, el orden en que los organizadores básicos se exploran es menos importante que “Retirar las capas de una cebolla” para acercarse a las experiencias de los modos del niño, el dolor central y las necesidades emocionales insatisfechas.

- La exploración puede empezar con cualquiera de los organizadores básicos, generalmente, el que primero expresa el paciente, luego, el “Baile con los organizadores básicos” continúa hasta que hay una sensación de profundización en la experiencia y suficiente material se reúne para establecer un enfoque de sesión y aplicar una de las técnicas estándares de la terapia de esquemas. Si un modo de afrontamiento surge en el proceso, es explorado de forma similar con la actitud de curiosidad y respeto por las necesidades insatisfechas subyacentes.
- A continuación, tiene un ejemplo de la exploración de un modo de afrontamiento.

P: [Se queda callado].

T: ¿Qué acaba de suceder?

P: Es tan doloroso. Ya no creo que pueda hablar al respecto.

T: está bien y creo que necesito respetarlo. ¿Qué si tomamos algunas respiraciones profundas primero? [Pausa] Me alegra que hayas notado cuándo fue suficiente para ti y que me lo dijeras. ¿Qué fue lo que te dijo que habías tenido suficiente?

P: Sentí que, si no me detenía ahora, explotaría. Algo en mí se bloqueó y para ser honesto quería huir, para salir de aquí.

T: Me alegra que hayas notado eso y también que te hayas quedado en la habitación. Parece que hay algo en ti que cuida de ti que sabe cuándo debes detenerte.

P: Sí, es como una voz que me dice que deje de hablar, o estallaré.

T: Ah, está bien. Sí que trata de protegerte.

P: Sí. Se siente como si todo mi cuerpo se bloqueara.

T: Ya veo. ¿Hay palabras que acompañen ese sentimiento de bloqueo?

P: Es como: ¡Detente! ¡No vayas allí!

T: Eso es muy interesante. ¿Cómo se siente ese bloqueo en tu cuerpo?

P: Es como una ola que atraviesa mi cuerpo, casi como una leve descarga eléctrica que me despierta y me dice que si no me detengo ahora se pondrá muy mal.

T: ¡Ajá! Hay mucha información útil allí. ¿Qué modo crees que está tratando de bloquear y protegerte?

P: Bueno, estoy seguro de que es el muro separador del que hablamos, pero, con honestidad, se siente útil y necesario.

T: Seguro que sí. ¿Aunque estarías dispuesto a que exploremos más esto?

P: Sí, seguro, mientras no me pidas que me deshaga de él.

T: Desde luego no. Estos modos de afrontamiento están allí por una razón y necesitamos tener respeto absoluto por ellos porque se desarrollaron en un momento en que los necesitabas. Sin embargo, podríamos explorar el efecto que están teniendo en tu vida ahora. ¿Eso estaría bien?

- En este extracto, el terapeuta no atribuye ningún juicio particular a ninguno de los modos, y adopta la postura de neutralidad, curiosidad y gentileza que, a su vez, ayuda a crear una alianza más fuerte con el paciente, que es más probable que se sienta comprendido y validado.
- Es más, el terapeuta trata de acercarse al modo de afrontamiento, para llegar a conocerlo a un nivel más “sentido”, antes de considerar cualquier enfoque en el cambio.
- Por lo tanto, es menos probable que el paciente se sienta amenazado por el proceso de la terapia, a través de esta comunicación de aceptación y apertura a otras posibilidades.

Mejoramiento de las técnicas de la terapia de esquemas usando un enfoque somático

- Muchas técnicas de la terapia de esquemas pueden mejorarse al agregar un enfoque somático.

Trabajo de sillas múltiples

- Los ejercicios del diálogo de sillas, el terapeuta puede pedirle al paciente que explore modos particulares a través de la lente de los organizadores básicos.
- Por ejemplo, el terapeuta puede preguntar: “¿Qué sientes (en el cuerpo) cuando estás en este(a) modo/silla?”.
- El terapeuta también puede usar sus habilidades de rastreo y retroalimentar algunas de sus observaciones sobre la postura corporal del paciente, o micro movimientos y cambios en su voz mientras está sentado en una silla particular que representa a un modo.
- Por ejemplo, el terapeuta puede decir: “Nota cómo tu voz se acalla y ves al piso en vez de a mí cuando te sientas en la silla del “Rendido obediente”.
- El terapeuta puede sugerir, además, un experimento para interrumpir un patrón somático, por ejemplo, pidiéndole a un paciente encorvado que enderece su columna vertebral, mire hacia arriba y haga contacto visual con el terapeuta.
- Su experiencia subsecuente puede entonces ser explorada mediante los organizadores básicos para permitir la integración de nuevos hábitos.
- La interrupción somática de patrones habituales previamente aprendidos (esquemas y modos inútiles) por lo tanto conduce al desarrollo de nuevas vías neuronales y alternativas conductuales (modo de adulto sano) (Ogden *et al.*, 2006; Levine, 2015).

Imaginería reescriptiva

- Un ejercicio de imaginería reescriptiva puede enriquecerse haciendo preguntas con orientación somática antes de la fase de reescripción.
- Cuando el terapeuta pregunta: “¿Puedes sentir al Pequeño Luke en tu cuerpo ahora mismo?”, y al explorar esto

experimentalmente a través de los organizadores básicos, la imagen se puede elaborar y profundizar.

- El “modo infantil” se puede explorar más a fondo haciendo preguntas como: “¿Cómo es sentirse tan tenso/ adormecido/congelado, etc.?” y “¿Qué es ese sentimiento que te dice lo que necesitas?”, “¿Hay algún impulso que vaya con ese sentimiento?”, “¿Qué quiere hacer tu cuerpo con ese impulso?”.
- Dichas preguntas ayudan a construir conexiones entre reacciones del pasado, impulsos, el desarrollo de modos de afrontamiento/críticos y desencadenantes actuales para los esquemas y modos.
- **Cuando se logra una resolución satisfactoria al final de un ejercicio de imaginería reescriptiva, puede ser beneficioso alentar al paciente a permanecer con el efecto positivo para apoyar la integración de nuevas vías neuronales.**
- El afecto positivo se puede mejorar con un recurso somático, como una mano sosteniendo la otra, acariciar el otro brazo o “sostener” al niño en los brazos dándose un “abrazo de mariposa”.
- **Para facilitar la integración afectiva y somática, el paciente debe permanecer con la nueva sensación el mayor tiempo posible (Dana, 2018).** Esto se puede hacer explorando el efecto positivo a través de los organizadores básicos.
- A menudo, los pacientes necesitan un estímulo activo para permanecer con estos sentimientos, porque, para algunos pacientes, el afecto positivo no es familiar, provoca ansiedad y es potencialmente aversivo.
- Muchos pacientes traumatizados tienen miedo del afecto positivo y, por lo tanto, puede ser necesario mantener el ritmo de la emoción positiva y explorar los obstáculos.
- Aprovechar los principios de exposición gradual en la terapia cognitiva puede ser útil aquí.
- El método de titulación puede apoyar la tolerancia del paciente al afecto positivo al aumentar gradualmente el tiempo dedicado a explorar la transformación positiva al final de cada ejercicio experimental.
- El mismo proceso de estudiar la experiencia a través de los organizadores básicos puede mejorar el modo de adulto sano

(Puede ser con los ojos cerrados o abiertos, según lo prefiera el paciente, siempre que el paciente pueda permanecer en un estado consciente en lugar de desapegado o racional):

T: ¿Cómo te sientes ahora al final del ejercicio?

P: Me siento bien. No lo esperaba en realidad. Salió mucho. Hay mucho que digerir.

T: Seguro. Hiciste muchísimo trabajo hoy. ¿Qué te dice con exactitud que te sientes bien ahora mismo?

P: Me siento más relajado. Como que he dejado ir algo. Y también siento esperanza por el futuro, como si hubiera luz al final del túnel.

T: Oh es bueno escuchar eso. ¿Dónde sientes esa relajación y esperanza? ¿Puedes ubicarlos en tu cuerpo?

P: No estoy seguro. Es en todo mi cuerpo. Se siente como si hubiera soltado una tonelada de ladrillos que estaba sobre mis hombros.

T: Ah, grandioso. ¿Y cómo es eso para tu ahora?

P: No he sentido eso por mucho tiempo. Es un alivio.

T: Maravilloso. Quédate con ese sentimiento un poco más. [Pausa] Disfrútalo. Absórbelo. Hazte su amigo. Sal con él todo el tiempo que puedas. [Pausa] Así es como se siente tu modo de adulto sano, y este es el modo que queremos crecer y fortalecer para ti. Cuanto más practiques estar con estos sentimientos y sensaciones, más natural será para ti.

P: Ah, bien. Eso tiene mucho sentido. Deseo poder sentirlos más a menudo.

T: Si puedes sentirlos ahora, puedes hacerlo de nuevo. Es cuestión de práctica –invítelos con suavidad, dejándolos que estén y quedándote con ellos. A veces quedarte ellos puede sentirse un poco raro porque no estás familiarizados con ellos aún, pero con el tiempo, serán de segunda naturaleza.

Experimentos de sondeo

- La psicoterapia sensoriomotora utiliza la técnica de sondeo (Kurtz, 1990; Ogden *et al.*, 2006), que son similares a la técnica de la tarjeta recordatoria en la terapia de esquemas, pero con un mayor enfoque experimental.
- Las tarjetas recordatorias en la terapia de esquemas se utilizan para mejorar la perspectiva alternativa del adulto sano más adaptativa, mientras se luchan contra los mensajes o creencias poco entusiastas del pasado (Arntz y Jacob, 2012).
- El sondeo se puede usar para fortalecer la perspectiva del adulto sano, pero también para obtener y estudiar la respuesta de un paciente a declaraciones que contradicen sus creencias. Por ejemplo, los pacientes que tienen un fuerte esquema de estándares inalcanzables y los modos del perfeccionista/sobrecontrolador y crítico exigente es probable que tengan creencias como “siempre vengo primero”.
- Para utilizar el sondeo de manera efectiva, primero es necesario identificar las creencias que sustentan los esquemas y modificaciones que requieren intervención.
- Posteriormente, el terapeuta sugiere un experimento para estudiar la reacción del paciente a las declaraciones que contradicen sus convicciones de larga data.
- A menudo, el trabajo del sondeo es espontáneo en el sentido de que el terapeuta sugiere una o varias declaraciones al tiempo que desalienta al paciente de intelectualizar o argumentar en contra del sondeo.
- El propósito del trabajo del sondeo es estudiar la activación del sistema sensoriomotor y límbico en lugar del sistema cognitivo-cortical. Si esto resulta ser desregulador para el paciente, los sondeos pueden ser tratados cognitivamente primero y escritos antes del experimento, o el contenido del sondeo puede adaptarse para hacerlo menos evocador.
- Los experimentos con sondeo a menudo constituyen el foco principal de la sesión en lugar de servir como un “complemento” cognitivo después de un trabajo experimental, como suele ser el caso con las tarjetas recordatorias.
- A continuación, se muestra un ejemplo del uso del sondeo con un paciente en un modo perfeccionista/sobrecontrolador fuerte:

T: Hemos hablado del esquema de estándares inalcanzables y de las creencias que lo acompañan relacionadas con la importancia de trabajar duro y esa relajación es un desperdicio de tiempo.

P: Mmm...

T: Me pregunto si estarías abierto a hacer un pequeño experimento conmigo hoy para explorar más estas creencias. El experimento implicará que digas algunas declaraciones que sean diferentes de tus creencias y todo lo que quiero que hagas es notar lo que sucede en tu cuerpo cuando las digo en voz alta. El propósito de este experimento no es abordar si te gustan o no estas declaraciones, sino estudiar atentamente lo que sucede en tu cuerpo y tus emociones cuando escuchas estas palabras. ¿Eso estaría bien?

P: Suena misterioso, pero me alegra intentarlo.

T: Bien, grandioso. Entonces todo lo que necesitas hacer es tomarte mucho tiempo y sintonizar con tu experiencia interior. Anteriormente hablamos de la conciencia consciente, lo que significa salir de tu mente intelectual y acompañar los sentimientos y tu cuerpo. ¿Suena bien?

P: Sí, trataré.

T: Bien, la primera declaración que quiero decirte es: [hablando despacio y con claridad]. No tienes que trabajar tan duro. [Pausa] No tienes que trabajar tan duro. [Pausa] ¿Qué notas cuando escuchas esto?

P: El primer pensamiento que tengo es: ¡no tiene sentido!

T: Bien, es grandioso que lo notes. ¿Hay una emoción que lo acompaña?

P: Se siente muy incómodo. Es como si me dijeras una mentira, que no puedo creer ni una palabra. Va completamente en contra de quien siento que soy.

T: Ah, está bien. Eso es muy interesante. ¿Qué te dice eso con exactitud? ¿Dónde sientes esa molestia? ¿Se ubica en algún lugar en particular en el cuerpo?

P: Noto que mi cuerpo se tensa, especialmente, los brazos.

T: ¡Ah sí, interesante! También noté que tus puños se apretaban suavemente y que tus brazos se tensaban. Si pudieran hablar, ¿qué dirían?

P: Mmm... Creo que dirían que siempre tengo que luchar por lo que quiero.

T: Ah, ¡maravilloso! Hay un claro mensaje allí, ¿no es así? ¿Te suena como un tema familiar?

P: ¡Oh sí, es la historia de mi vida!

T: Seguro, es algo que has sabido por mucho, mucho tiempo. ¿Qué si lo intento y lo digo de nuevo y veo qué sucede ahora?

P: Bien. No estoy seguro de que me guste, pero hagámoslo. Al menos es interesante.

T: Bien, pero dime cuando sea demasiado. [*Repetir el mismo sondeo de nuevo un par de veces, muy lentamente, con una pausa en el medio, dando al paciente mucho espacio para sentir y notar, mientras que el terapeuta también sigue de cerca el cuerpo del paciente para detectar cualquier cambio, p. ej., sutiles expresiones faciales, movimientos, etc.*]. ¿Qué sucede ahora cuando lo digo por segunda vez?

P: Me siento un poco menos tenso. No sé por qué. Es extraño.

T: Bien, es grandioso que lo notes. Quédate con eso. ¿Qué te dice que estás menos tenso esta vez?

P: Creo que mis brazos están menos tensos, mi respiración se ha puesto un poco lenta y no siento que quiera luchar contigo y defenderme.

- ***El objetivo de los experimentos con el sondeo es explorar a nivel somático el impacto de una afirmación que contradice una creencia vieja e inútil o refuerza una nueva creencia.***
- El objetivo del trabajo de sondeo no es obligar al paciente a aceptar una creencia que constriñe su creencia actual ni a cambiar de opinión de ninguna manera.
- El trabajo con el sondeo puede continuar mientras sea experimentado como útil y productivo, es decir, cuando algo cambia en la organización de su experiencia.

- Una vez que el trabajo de sondeo está en marcha, puede ser beneficioso pedirle al paciente que lo ayude a ajustar la redacción del sondeo, o generar uno nuevo que sea más adecuado, como lo que les gustaría creer en lugar de la vieja creencia.
- A menudo, la respuesta inicial de los pacientes a las sondas es: “No lo creo” o “Lo entiendo intelectualmente pero no me parece verdad”.
- El aspecto “no verdadero” se convierte una vez más en una parte del material que es objeto de una exploración más curiosa, consciente, gentil y no coercitiva.
- El terapeuta también puede sugerir que el paciente lea una lista de sondeos o lea el mismo sondeo una y otra vez como parte de una tarea, enfatizando al paciente que el objetivo principal, a diferencia de las afirmaciones utilizadas en otras formas de terapia, es obtener conciencia de su efecto en vez de lograr un estado emocional o conductual particular.
- Al igual que las tarjetas recordatorias, los sondeos pueden grabarse en audio y reproducirse en repeticiones en intervalos regulares.
- Según nuestra propia experiencia clínica, el efecto típico de realizar experimentos con sondeos a lo largo del tiempo es una disminución en la división cognitivo-afectivo-somática y una reducción en la intensidad de creencias, esquemas y modos inútiles.
- La técnica de sondeo se puede utilizar con los esquemas o modos, y puede ser potente cuando se trabaja con los “modos del niño”, lo que ayuda al proceso de reeducación limitada.
- El sondeo como “Estoy aquí contigo”, “No estás solo”, “Tus sentimientos son importantes”, puede tener un profundo efecto en el paciente que es capaz de asimilarlo a través de un estado de atención plena.
- Los pacientes con esquemas fuertes del dominio de desconexión/ rechazo generalmente informan sentirse conmovidos por las declaraciones, lo que fortalece el vínculo de apego entre el paciente y el terapeuta.
- Con frecuencia, los pacientes informan sentirse profundamente cuidados y “vistos” por el terapeuta a un nivel relacional.

- Si el paciente se queda en el nivel de “Lo sé, pero no siento nada”, es probable que un modo de afrontamiento esté activo y la capacidad del paciente para abrirse emocionalmente a la experiencia todavía es limitada.
- Regresar al estudio consciente de los organizadores básicos puede ser útil para comprender más lo que desencadenó un modo de afrontamiento o el modo del crítico, y se puede experimentar con nuevos sondeos para “llegar a conocer” y abordar el modo relevante que está siendo desencadenado.

Conclusión

- En este artículo, describimos una cantidad de formas de trabajar con el cuerpo para mejorar las técnicas básicas de la terapia de esquemas.
- Estas formas de trabajo no necesariamente requieren un nuevo conjunto de habilidades, sino, más bien, necesitan un cambio en la orientación y conciencia que trae consigo el potencial de profundizar el trabajo experiencial, para mejorar la seguridad y sintonía en la relación terapéutica y promover el cambio clínico por medio de una “ruta somática”.
- Para aquellos con historias de trauma, normalmente codificado en una forma preverbal, el trabajo somático permite que el paciente y el terapeuta entren en contacto de manera más segura con experiencias internas que antes estaban bien bloqueadas, eran demasiado dolorosas como para acceder sin abrumar y desregular al paciente.
- El terapeuta tiene una variedad de opciones a través de su “kit de herramientas de recursos” para explorar con curiosidad y sintonía lo que está “sucediendo” para el paciente en este momento, utilizando el cuerpo y la relación para ayudar a fundamentar este trabajo.
- En esta pausa experiencial, existe la oportunidad de tener un nivel diferente de entendimiento sentido, integración, movimiento o consolidación.
- Estas formas de trabajo proveen un espacio de protección más seguro para “estar con” diferentes elementos de la experiencia del paciente con curiosidad y aceptación; y solo cuando se siente bien podría decidir sobre el movimiento o cambio.

- Nuestra esperanza es que los terapeutas de esquemas adopten trabajar con el cuerpo con creciente confianza y entusiasmo e integren rutinariamente algunas de estas formas de ser y relacionarse en su práctica clínica.

Consejos terapéuticos

- “El cuerpo recuerda”: los esquemas no son solo cognitivos, afectivos y conductuales, sino, también, patrones y hábitos somáticos que se forman con el tiempo y se derivan de experiencias tempranas. Aprender a leer los cuerpos de los pacientes puede agregar mucho a la comprensión del terapeuta y del propio paciente de sus mundos internos.
- Es seguro trabajar con el cuerpo siempre que el paciente reciba apoyo para modular su activación dentro de su “ventana de tolerancia”.
- Profundizar la experiencia del paciente a través del “baile con los organizadores básicos”. Este es un marco que puede mejorar todas las técnicas de la terapia de esquemas.
- Atreverse a jugar con la experimentación somática, como el sondeo, para promover la integración de nuevos hábitos.
- Ser consciente, curioso y validar el mundo interno del paciente y ayudarlo a fomentar esta relación consigo mismo.
- *Permanecer con el afecto positivo en evolución reciente* durante el mayor tiempo posible para mejorar la formación de nuevas vías neuronales.
- Alentar al paciente a confiar en la sabiduría de su cuerpo y hacer más de lo que se siente bien.

Notas

1. El enfoque de este escrito está en las técnicas somáticas que no necesitan contacto físico con el paciente.
2. El material presentado está escrito para proteger la confidencialidad del paciente, y los ejemplos de sesión son compuestos de diálogos terapéuticos con una cantidad de pacientes.