

Conceptualización de casos y mapeo de modos en la terapia de esquemas

Introducción

La elaboración y comunicación de una conceptualización clara y precisa del caso debe realizarse antes de iniciar cualquier tratamiento. El objetivo principal de la conceptualización del caso es ayudar al terapeuta y al cliente a comprender cómo los problemas que presenta el cliente han sido causados, y ahora se mantienen, por el funcionamiento de esquemas y modos. La dirección del tratamiento del terapeuta siempre se basa en esta conceptualización. La conceptualización del caso sigue perfeccionándose a medida que el terapeuta aprende más sobre el paciente. Una segunda función importante de la conceptualización del caso es ayudar a implicar al paciente en la terapia. Una conceptualización precisa, claramente comunicada, ayuda al cliente a sentirse escuchado y comprendido. También ayuda al cliente a comprenderse mejor a sí mismo al aumentar su *conciencia de modo*. Al final de la fase de evaluación, el terapeuta de esquemas documentará una *conceptualización completa del caso de terapia de esquemas* y, luego, comunicará un resumen de sus partes más importantes utilizando un *mapa de modos de terapia de esquemas*. En este capítulo, proporcionaremos una visión general de la información que los terapeutas de esquemas documentan como parte de su conceptualización general del caso antes de esbozar cómo esta información puede resumirse y comunicarse a los clientes utilizando un mapa de modos de terapia de esquemas.

Documentación de una conceptualización general del caso

Utilizando los métodos de evaluación descritos en el Capítulo 3: Evaluación de la terapia de esquemas, el terapeuta de esquemas recopilará información detallada. La Sociedad Internacional de Terapia de Esquemas (ISST) recomienda actualmente el formulario de Conceptualización del Caso de Terapia de Esquemas, 2.ª Edición (Versión 2.22) como plantilla para reunir la información que debe recogerse para formar la conceptualización del caso. Este formulario ha sido desarrollado y elaborado a lo largo del tiempo por un grupo de trabajo de la ISST dirigido por Jeffrey Young. En la Tabla 4.1 se ofrece una visión general de los ámbitos detallados en una conceptualización de caso exhaustiva basada en este formulario, y en el Cuadro 4.1 se ofrece un ejemplo de caso en el que se utiliza la plantilla.

**Tabla 4.1. Conceptualización del caso de la terapia de esquemas:
Contenido clave**

Antecedentes del cliente

Incluye nombre/documento de identidad del cliente, edad, situación sentimental actual/orientación sexual e hijos (si los tiene), ocupación/cargo, nivel educativo más alto, país de nacimiento/afiliación religiosa/grupo étnico (si procede).

Áreas problemáticas clave: ¿Por qué acude el cliente a terapia?

¿Cuáles son los problemas principales que motivan al cliente a buscar ayuda? En el capítulo 3, sobre la evaluación, se ofrecen ejemplos de las áreas problemáticas clave (p. ej., problemas de ira, conductas autolesivas, falta de intimidad en la relación, problemas para establecer límites con los padres).

Impresiones generales del cliente

¿Cómo se presenta el cliente en un sentido general en las sesiones de terapia? (por ejemplo, reservado, hostil, deseoso de complacer, necesitado, articulado, sin emociones)

Impresión diagnóstica actual

A. Identifique cualquier trastorno(s) relevante(s) de CIE-10-CM/DSM5.
B. Nivel actual de funcionamiento en cinco áreas principales de la vida (incluye rendimiento laboral/académico, relaciones íntimas/románticas, relaciones familiares, amigos y otras relaciones sociales, funcionamiento solitario y tiempo a solas. El funcionamiento actual del Cliente se valora en una escala de 6 puntos (1=No funcional/muy bajo, 6= Funcionamiento muy bueno o excelente) y se elabora mediante una explicación más cualitativa.

Principales problemas vitales y/o síntomas

Aquí se profundiza en los problemas centrales identificados como áreas problemáticas clave, describiendo la naturaleza del problema o problemas y cómo crean dificultades en la vida diaria del cliente. Una lista del 1 al 5 es ideal.

Orígenes infantiles y adolescentes de los problemas actuales

A. Narración general de la historia temprana del cliente
B. Necesidades tempranas específicas no satisfechas (y vinculadas a orígenes específicos)
C. Posibles factores temperamentales/biológicos

D. Posibles factores culturales, étnicos y religiosos

Esquemas más relevantes

Lista de 1 al 5 de los EMT más relevantes para los problemas actuales del cliente, y una descripción narrativa de los antecedentes comunes (desencadenantes) y las consecuencias negativas que experimenta el cliente cuando se desencadena este esquema.

Modos de esquema más relevantes

Lista de 1 al 5 de los modos de esquema más relevantes para los problemas actuales del cliente, y una descripción narrativa de los antecedentes comunes (desencadenantes) y las consecuencias negativas que el cliente experimenta cuando se activa este modo de esquema.

- A. Modos del niño
- B. Modos de afrontamiento maladaptativos
- C. Modos críticos disfuncionales (padres)
- D. Otros modos relevantes
- E. Modo del Adulto Sano (Resumir los valores positivos, recursos, fortalezas y habilidades del cliente)

La relación terapéutica

Descripción de las reacciones positivas y negativas del terapeuta a la contratransferencia del cliente hasta este punto.

Relación de Reparentalización y Vínculo

- A. Descripción de la relación reparentalizadora y el vínculo entre el terapeuta y el cliente hasta este punto.
- B. Reflexión sobre cómo podría mejorarse la relación y el vínculo reparentalizador entre el terapeuta y el cliente.

Objetivos de la terapia: Progresos y obstáculos

Elabore una lista de 1 al 5 de los objetivos terapéuticos más importantes en los que se enfoca el tratamiento. Sea lo más específico posible. Para cada objetivo, describa cómo podría modificarse el modo de Adulto Sano para alcanzarlo. Luego, comente los progresos realizados hasta el momento. Describa también cualquier obstáculo y cómo podría superarse.

Cuadro 4.1. Ejemplo de Conceptualización general del caso (sesiones iniciales): El caso de Samira

Antecedentes del cliente

Nombre/DNI del cliente: Samira

Edad: 38 años

Situación sentimental actual/Orientación sexual e hijos:

Casada con dos hijos (ambos varones, de 6 y 9 años)

Ocupación/cargo: Madre/ama de casa a tiempo completo

Estudios superiores: Maestría en Administración y Dirección de Empresas

País de nacimiento/Afiliación religiosa/Grupo étnico (si procede): India/islam/N/A

Principales áreas problemáticas

1. Preocupación crónica, perfeccionismo y exceso de control
2. Comportamiento crónico de evitación
3. Dependencia práctica y falta de asertividad en las relaciones
4. Soledad crónica

Impresiones generales del cliente

La clienta se presenta como ansiosa y necesitada, y “con necesidad de ser salvada”. A veces también se presenta como elocuente, quizás reflejando su alto nivel de educación.

Impresión diagnóstica actual

1. Depresión grave
2. Trastorno de ansiedad generalizada (TAG)
3. Nivel actual de funcionamiento en las cinco áreas principales de la vida: el funcionamiento actual del cliente se valora en una escala de 6 puntos (1= *No funcional/muy bajo*, 6= *Funcionamiento muy bueno o excelente*) y se detalla mediante una explicación más cualitativa.

1. Desempeño ocupacional/académico (Calificación 1/6). La clienta ha evitado cualquier actividad relacionada con la competencia y el rendimiento desde que emigró al Reino Unido en 2010. Siente pánico ante la idea de trabajar fuera de casa. En general, evita incluso las tareas domésticas (por ejemplo, cocinar). La solución del esposo a su falta de funcionamiento ha sido hacerlo él mismo o emplear ayuda doméstica para casi todos los deberes.

2. Relaciones íntimas/románticas (Calificación 1/6). La clienta ha luchado por sentirse valorada en su matrimonio, más o menos desde que tuvo los dos hijos. Su pareja se ha alejado emocional y físicamente y no habla con ella sobre la relación. Cuando se le ha presionado al respecto, ha dicho que no quiere a la clienta, pero que cumplirá con sus “obligaciones” como padre y esposo y “cuidará” de la familia. La clienta se siente impotente en esta situación, ya que en la mayoría de los casos es incapaz de cuidar de sí misma, se siente dependiente de su esposo para las necesidades prácticas (que él satisface), pero se siente desesperadamente sola y enfadada. Siente que “no tiene sentido” y que no hay solución a su comportamiento hacia ella.

3. Relaciones familiares (Calificación 3/6). Un punto fuerte es la relación con sus dos hijos pequeños. Pasa todo el tiempo que puede con ellos, intenta ayudarles con sus tareas, juega con ellos todo lo que puede y está ahí para llevarlos al críquet. Se relaciona con ellos en torno a esta actividad, aunque últimamente su conducta de evitación está interfiriendo en ello. También se siente aislada de su familia en la India. No tiene más familia en el Reino Unido.

4. Amigos y otras relaciones sociales (Calificación 3/6). Samira tiene un pequeño grupo de amigas (no de su cultura) que conoció en un grupo de madres tras el nacimiento de su segundo hijo. Parece interactuar bien con ellas y se siente apoyada cuando encuentra tiempo, pero debido a su estado de ánimo depresivo y su evitación parece no dedicar suficiente tiempo a esto. La clienta evita relacionarse con otros posibles contactos sociales de su cultura por miedo a ser juzgada.

5. Funcionamiento solitario y tiempo a solas (Calificación 2/6). La clienta es una lectora ávida e intenta leer para relajarse cuando puede, pero le cuesta hacerlo la mayor parte del tiempo debido a la preocupación crónica. Su higiene personal es buena, pero tiene dificultades para realizar las tareas domésticas, dependiendo principalmente de su esposo y de su empleada doméstica para realizar la mayor parte de los quehaceres del hogar.

Principales problemas vitales y/o síntomas (al ingreso)

Problema 1: Preocupación, perfeccionismo y exceso de control

Patrón de vida: La clienta se preocupa en exceso por controlar su mundo para evitar posibles desastres hasta el punto de dedicar varias horas al día a preocuparse, lo que provoca una pérdida de funcionamiento

asociada al TAG del Eje I (p. ej., concentración, problemas de sueño, tensión muscular, preocupación incontrolable). Tiende a preocuparse sobre todo por su rendimiento y su posible fracaso e incompetencia. Ésta era la queja inicial más destacada que había despertado la motivación para iniciar la terapia.

Problema 2: Baja autoestima y conducta de evitación crónica relacionada

Patrón de vida: La clienta evita y pospone cualquier cosa que pueda resultar en una experiencia de fracaso/imperfección percibida y activar la autocrítica y la vergüenza. Esto se ha agravado hasta el punto de que tiene demasiado miedo de escribir formularios o presentar papeleo de cualquier tipo por temor a cometer un error. Recientemente, la clienta también ha empezado a evitar salir de casa (incluyendo llevar a sus hijos a actividades y compromisos comunitarios) por miedo a que los demás la juzguen. Esta evasión la libera de tener que enfrentarse a su sentimiento de fracaso e imperfección, pero en última instancia, la deprime y la hace sentirse fracasada, ya que no se compromete con objetivos vitales clave (por ejemplo, conseguir un empleo significativo, llevar a sus hijos a actividades).

Problema 3: Sentimiento de incompetencia, dependencia práctica y falta de asertividad en las relaciones

Patrón de vida: Quizás su problema más pertinente. La clienta depende casi por completo de su esposo y de los ayudantes domésticos para el apoyo práctico, manteniendo sus sentimientos de incompetencia y temores de fracasar en estas tareas. También se somete casi por completo a las peticiones y demandas de su esposo. Todo ello a pesar del comportamiento crítico y evasivo de su esposo hacia ella. Se siente incapaz de plantearse marcharse dada su dependencia práctica.

Problema 4: Soledad crónica y falta de intimidad

Patrón de vida: Permanece con su esposo a pesar de su comportamiento crítico y distante. La clienta se siente muy distante de él, siente que a él no le importa, que no satisface sus necesidades, excepto las necesidades prácticas (p. ej., comida, alojamiento, etc.). Permanece en la relación porque siente que nadie más la querría (Imperfección/Vergüenza), que nadie más se ocuparía de sus necesidades prácticas (Dependencia/Incompetencia), y que el divorcio/separación la convertiría en una mala persona ante los ojos de

los demás en su comunidad cultural (Imperfección/Vergüenza y Aislamiento Social).

Orígenes de los problemas actuales en la infancia y la adolescencia

Creció en la India con padres de clase trabajadora, pero “perfeccionistas”. Los padres habían escapado de unas condiciones socioeconómicas extremadamente pobres gracias a un esfuerzo considerable. La cliente no tenía hermanos; los padres invirtieron demasiado en ella, lo que dio lugar a una presión extrema para que tuviera éxito en los ámbitos académico y de rendimiento. Tenía un nivel muy alto de rendimiento académico y fue enviada a un colegio privado muy caro con un gran coste personal y sacrificio por parte de sus padres, un colegio al que sentía que no pertenecía debido a su “clase social” más baja. Los padres esperaban que fuera perfecta en la escuela, y cuando Samira volvía a casa no le enseñaban nada práctico (por ejemplo, a cocinar, limpiar, etc.). Su “deber” era rendir en la escuela y acceder a una universidad de alto nivel. Cualquier violación de estas normas o expectativas familiares se traducían en duras críticas/exigencias de un mejor rendimiento y amenazas de abandono. Ambos padres parecen haber tenido una relación distante similar con ella y presentaban un frente relativamente unido cuando se trataba de estas exigencias extremas.

Necesidades Básicas Tempranas Específicas Insatisfechas

1. Necesidad Temprana Específica Insatisfecha: Aceptación incondicional

El enfoque temprano e implacable de los padres en el rendimiento académico, junto con las críticas y regaños cuando tenía imperfecciones, la dejaron con la sensación de que nada de lo que hacía era “suficientemente bueno”.

2. Necesidades Tempranas Específicas Insatisfechas: Estabilidad de la conexión emocional y el apego

Un enfoque temprano extremo y de presión sobre el rendimiento académico iba unido a amenazas de abandono si rendía ni cumplía. En ocasiones, esto se materializaba: sus padres la esquivaban durante días o incluso semanas si no estaban “contentos” con ella. La naturaleza exigente de la relación a menudo la hacía sentirse incomprendida y sola.

3. Necesidades Tempranas Específicas Insatisfechas: Competencia e independencia

Los padres “sacrificaron todo” por su educación, enviándola a un colegio privado caro y “liberándola” de cualquier tarea o deber doméstico. Aunque la clienta llegó a ser bastante competente desde el punto de vista académico, se quedó atrás en las habilidades básicas necesarias para ser adulta (por ejemplo, cuidar de sí misma, las tareas domésticas, incluso las habilidades necesarias para pagar facturas o utilizar el transporte público). Los padres la llevaban y la traían de la escuela para que pudiera concentrarse “al máximo” en sus estudios. Nunca aprendió los aspectos básicos del funcionamiento cotidiano de los adultos, ya que sus padres asumían toda la responsabilidad del funcionamiento cotidiano.

4. Necesidades Tempranas Específicas Insatisfechas: Espontaneidad y juego

En la familia de origen de Samira, realmente no había tiempo para la diversión y el juego. Un enfoque implacable y exigente en los estudios y un control excesivo de su comportamiento significaban que la espontaneidad y el juego estaban, en el mejor de los casos, ausentes y, en el peor, eran castigados.

Posibles factores temperamentales/biológicos

Dice haber sido introvertida y reservada de niña. El padre parecía sufrir una depresión no diagnosticada. La paciente estaba clínicamente deprimida en el momento de la admisión, su médico de cabecera comenzó a administrarle ISRS en el momento del ingreso y respondió bien en términos de estado de ánimo general.

Posibles factores culturales, étnicos y religiosos

Samira dijo sentir que su herencia cultural india, en particular la cultura del estado/ciudad de la que procedía en la India, era muy competitiva, lo que reforzaba el enfoque exigente de sus padres respecto a los estudios. También se sentía muy presionada por su familia, su religión y su cultura para que siguiera casada y reprimiera sus necesidades en la relación.

Esquemas más relevantes

Lista del 1 al 5 de los EMT más relevantes para los problemas actuales del cliente, y una descripción narrativa de los antecedentes comunes

(desencadenantes) y las consecuencias negativas que experimenta el cliente cuando se desencadena este esquema.

1. Estándares Inalcanzables

Este es uno de los EMT importantes de Samira, ya que está vinculado a la mayoría de sus otros esquemas (centrales). Su forma central de relacionarse con sus cuidadores era a través de la perspectiva de los estándares inalcanzables y las demandas asociadas. En la actualidad, este esquema se desencadena ante cualquier actividad o tarea cotidiana (por ejemplo, pagar una factura, buscar trabajo, preparar su currículum). Estas tareas desencadenan una intensa ansiedad y vulnerabilidad y/o autocrítica o la autopresión de que tiene que ser "perfecta". Esto suele conducir a episodios de preocupación y/o evitación/retirada.

2. Imperfección/vergüenza y Fracaso

Sus padres se centraron desde el principio en su rendimiento académico y la criticaban y regañaban cuando no era perfecta, por lo que a menudo tenía la sensación de que nada de lo que hacía era "suficientemente bueno". En situaciones imperfectas, o en las que muestra su imperfección o vulnerabilidad, la clienta experimenta considerables sentimientos de vergüenza y autocrítica. Cuando se encuentra en este estado, se identifica fácilmente como "sentirse defectuosa".

3. Privación Emocional y Abandono

La clienta experimenta soledad crónica a diario, especialmente cuando está sola en casa o cuando su esposo la aísla. En ocasiones, cuando él se aleja durante varios días o semanas, ella experimenta una ansiedad considerable y teme que él la abandone. Esto se debe en parte a que perderá la relación, y también a que perderá el acceso al "apoyo" práctico. Esto suele conducir a algún tipo de comportamiento de rendición.

4. Dependencia/Incompetencia

La clienta se siente muy incapacitada para realizar las actividades y tareas cotidianas. Cada vez que se le presiona o se le pide que asuma la responsabilidad de tareas cotidianas (p. ej., cocinar, pagar la matrícula del colegio), se ve inundada por la duda sobre sí misma y la ansiedad asociada de "cometer un error".

Modos de esquema más relevantes

Lista del 1 al 5 de los modos de esquema más relevantes para los problemas actuales del cliente, y una descripción narrativa de los

antecedentes comunes (desencadenantes) y las consecuencias negativas que experimenta el cliente cuando se desencadena este modo de esquema.

Modos entre bastidores

Modo del Niño Vulnerable: Este modo suele desencadenarse en situaciones de funcionamiento en las que tiene que completar una tarea (sentimiento predominante de ansiedad), o en momentos en los que está aislada y sola durante largos periodos o ha sido rechazada por su pareja (sentimientos predominantes de soledad y abandono).

Modo del Niño Enfadado: Este modo está mayoritariamente reprimido en su vida diaria, pero aflora más en terapia, especialmente cuando habla de su situación marital o de momentos en los que siente una “falta de apoyo” por parte de su esposo.

Modo Crítico Exigente: Se trata de un modo muy dominante para la clienta; parece activarse prácticamente desde que se despierta hasta cierto punto, comentando y presionando a la clienta (por ejemplo, “eres una vaga”, etc.). Sin embargo, este modo se vuelve muy ruidoso y dominante en cualquier situación de desempeño o en situaciones en las que se da cuenta de que ha cometido un error o ha sido imperfecta.

Modos de afrontamiento sobre el escenario

Modo de Rendición Complaciente/Indefensa: El modo general de operar de la clienta con otras personas, sobre todo con aquellas a las que está unida, es rendirse de un modo u otro. Cuando se encuentra en este modo, la clienta se muestra sumisa (a las preferencias o exigencias de los demás) o indefensa (que parece funcionar para obtener ayuda o “apoyo”).

Modo Sobrecontrolador/Sobreanalizador: Cuando la clienta se esfuerza por realizar tareas relacionadas con el rendimiento, tiende a abordarlas de forma rígida y perfeccionista, con el objetivo de “hacerlo perfecto”. Este modo también tiene un aspecto sobreanalizador que se parece a la preocupación y la rumiación. Al abordar las tareas, Samira tiende a pensar demasiado las cosas, intentando anticipar y planificar todo lo que podría salir mal. Después de realizar esas tareas, Samira tiende a dedicarse a la rumiación posterior, torturándose sobre todos los aspectos que no fueron perfectos.

Modo del Protector Evitativo: En última instancia, si Samira no puede dominar un enfoque a la perfección o confiar en otros para completar las tareas, recurrirá a la evitación como forma de manejar los sentimientos de agobio, ansiedad y vulnerabilidad que acompañan a dichas tareas. Cuando se encuentra en esta situación, a menudo se vuelve pesimista y dice: “¿Para qué? ¡Nunca me funciona nada!”.

Modo del Adulto Sano: La clienta es inteligente y tiene una mentalidad psicológica, siente curiosidad por sus antecedentes y por cómo se relacionan con sus problemas actuales basados en esquemas. También tiene claros sus valores y lo que le importa (por ejemplo, la familia, la intimidad, la competencia y la independencia) y está relativamente motivada para abordar estas cuestiones. En última instancia, es una persona muy sociable y con la que es fácil relacionarse una vez que se establece una buena relación.

La relación terapéutica

Considero que se ha establecido una sólida relación con reparentalización limitada, sobre todo teniendo en cuenta la fase inicial de la terapia. Hay una franqueza cálida y abierta en la relación, y la clienta ha sido capaz de desarrollar rápidamente confianza en mí y en el proceso terapéutico. Ha respondido bien a la conceptualización y se ha implicado rápidamente en el autocontrol. Ha habido desafíos, principalmente en mi comprensión de sus antecedentes culturales y religiosos y la influencia de éstos en sus patrones de esquemas y su sensación de "estancamiento". Quiero ayudar mucho a la clienta. Tiene un aura muy adolescente y un enfoque de muchas cuestiones que desencadena mi empatía y mi deseo de ayudar y orientar. Siento que debo tener cuidado con esto también, ya que mi propio impulso quizás de autosacrificio podría frustrar el desarrollo de su autonomía y competencia, aunque quizás tal impulso sea algo útil hasta cierto punto (la clienta siente mi cuidado genuino).

Objetivos iniciales de la terapia

Objetivo terapéutico 1: Ayudar a la clienta a reducir sus sentimientos de Imperfección y a fijarse unos estándares más realistas; reducir el sentimiento constante de “presión” y aumentar la autocompasión en el modo de Adulto Sano. Este parece ser un objetivo inicial obvio en la terapia ya que este problema aparece a menudo en la sala de terapia y es central en sus problemas. Esto implicará centrarse en su modo Crítico Exigente y sus temas

subyacentes de Imperfección y estándares inalcanzables y construir su lado compasivo sano.

Objetivo terapéutico 2: Desarrollar un sentido de competencia y dominio en las actividades cotidianas y en el trabajo. Esto implicará trabajar para reducir su dependencia de sus modos de Rendición y Evitación, y animarla gradualmente a construir un compromiso (Adulto Sano) para aumentar la implicación en tareas relacionadas con la competencia y el dominio. Por supuesto, esto supondrá negociar una jerarquía que quizás comience con el funcionamiento cotidiano (por ejemplo, sentirse lo suficientemente segura como para cocinar con regularidad para los niños) y, finalmente, considerar tareas de orden superior, como sentirse lo suficientemente segura como para pensar en tener un empleo significativo, el cual es un objetivo clave para ella a medio y largo plazo. Es probable que, a medida que reduzca su dependencia de estos modos de afrontamiento, necesite un enfoque terapéutico considerable para ayudarla a gestionar y curar sus modos de Crítico Exigente y Niño Vulnerable.

Objetivo terapéutico 3: Aumentar su independencia y autonomía y hacer valer sus necesidades. Esto implicará, como punto de partida, reducir su dependencia excesiva de las conductas de evitación y rendición y, a continuación, empezar a comunicarse más abiertamente con otras personas significativas sobre su necesidad de autonomía, independencia y competencia. Las personas que la rodean deberán comprender que, aunque intenten ayudarla, al hacer cosas por ella acaban manteniendo su sentimiento de incompetencia. Conforme se anime a la clienta a expresar más sus necesidades y se vaya haciendo más fuerte, también será importante ayudarla a enfrentarse a los problemas relacionados con el abuso verbal y las evasivas en su relación. Esto implicará ayudarla a enfrentarse a sus miedos al abandono (modo del Niño Vulnerable) y a los mensajes del modo Crítico (que ella se merece una relación mejor).

DESARROLLAR Y COMPARTIR CON EL CLIENTE UN MAPA DE MODOS DE ESQUEMAS

La conceptualización completa del caso, tal y como se describe en este documento, suele ser demasiado densa como para que los clientes puedan beneficiarse de ella. En su lugar, las partes centrales de la conceptualización del caso se comunican al cliente a través de un mapa de modos de terapia de esquemas visual utilizando una plantilla como la de la Figura 4.1. El mapa de modos se completa con el cliente y se escribe directamente en una plantilla de papel o se dibuja en una pizarra o similar. Este proceso pretende ser educativo y colaborativo. Permite al terapeuta de esquemas transmitir su comprensión de los problemas que presenta el cliente, pero también ofrece al cliente la oportunidad de dar su opinión al terapeuta. El mapa de modos puede presentarse de varias maneras, pero hemos descubierto que puede resultar muy útil presentarlo en forma de narración, empezando por los orígenes evolutivos. Por ejemplo: “Por lo que sé, las cosas no fueron fáciles para la pequeña Samira cuando era pequeña. Le resultaba muy difícil satisfacer sus necesidades en aspectos importantes... sobre todo cuando se trataba de...”. El terapeuta termina la narración explicando las áreas problemáticas clave que se presentan como resultado de estas experiencias y adaptaciones del desarrollo.

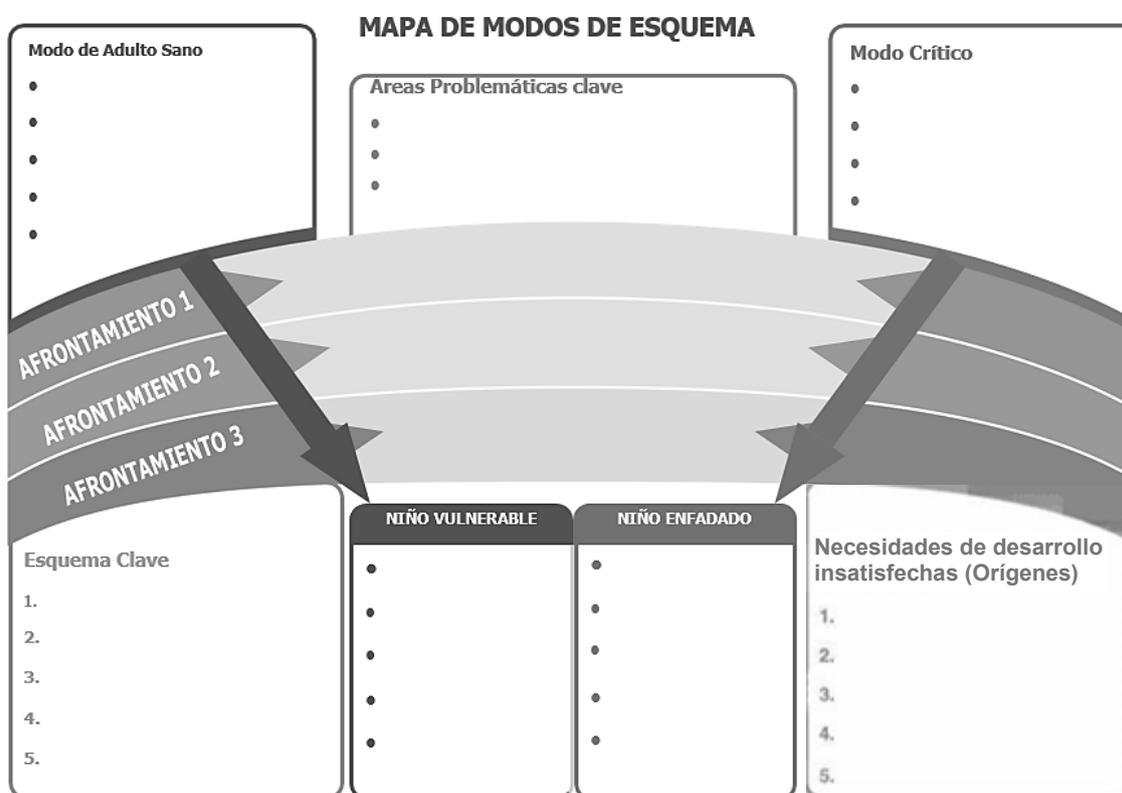


Figura 4.1. Plantilla/ejemplo de un mapa de modos de esquemas

Una vez completado el mapa de modos en colaboración con el cliente, el terapeuta le anima a familiarizarse con él. La conciencia del modo es un atributo clave del modo del Adulto Sano, y revisar el mapa desarrolla la conciencia del modo. Normalmente, al principio del tratamiento, la compartición del mapa de modos va acompañada de tareas para casa que implican algún tipo de autocontrol o “supervisión de modos”.

A menudo, la tarea final de una sesión de mapa de modos consiste en establecer vínculos explícitos entre el mapa de modos del paciente y un conjunto inicial de objetivos de tratamiento planificados. En esta fase, los clientes suelen preguntar directamente: “Bueno, ¿y ahora qué? ¿Cómo arreglo esto?”; tendrá que ser capaz de ofrecerles alguna respuesta plausible y apropiada sobre el plan inicial y el enfoque de la intervención en función de los *Objetivos Terapéuticos Iniciales* identificados en la conceptualización completa del caso. La Figura 4.1 es un ejemplo de plantilla que puede utilizarse para el mapeo de modos, pero se han utilizado varios formatos para este fin. La Figura 4.2 muestra un mapa de modos completado para Samira utilizando un formato ideado por Simpson. Como se puede ver, existe una considerable licencia creativa a la hora de generar estos mapas. El objetivo es generar un mapa atractivo de los modos predominantes del cliente, de su fuerza o dominancia y de sus relaciones.

Cuadro 4.2. Ejemplo de cómo finalizar una sesión de mapeo de modos

Terapeuta: Samira, ahora que eres más consciente de tus modos, me pregunto si podrías utilizar esta conciencia para tratar de entender cuándo se activan tus modos y en qué modo(s) estás cuando experimentas estos problemas. Tal vez sería una buena idea que tomaras una foto de tu mapa de modos, e incluso que lo pusieras como protector de pantalla en tu teléfono, como recordatorio de tu mapa, y un estímulo para pensar en tus esquemas y modos cuando las cosas se activen para ti.

Mapa de modos de Samira

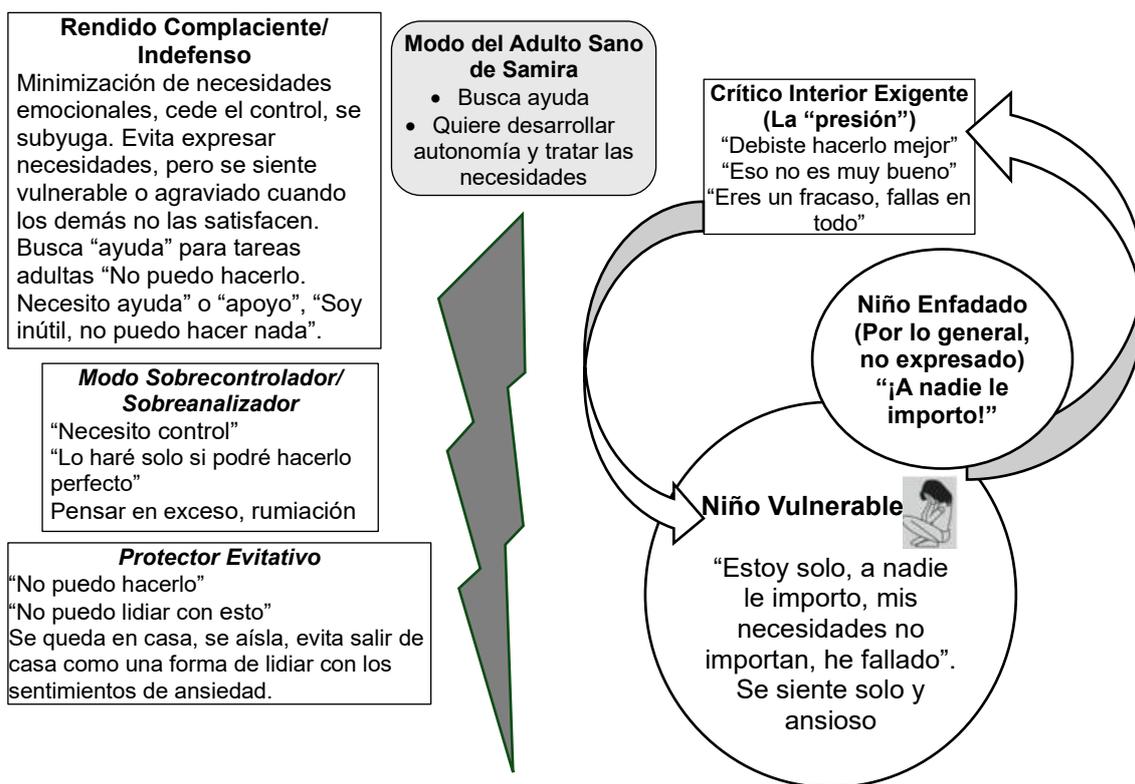


Figura 4.2. Ejemplo de mapa de modos completado

Observaciones finales

En este capítulo, se han ilustrado las dos tareas clave que tienden un puente entre el tiempo enfocado principalmente en la evaluación y el tiempo enfocado principalmente en la terapia. Hemos ilustrado lo detallada y exhaustiva que debe ser la conceptualización del terapeuta, lo que supone un marcado contraste con las que suelen desarrollarse en las psicoterapias de corta duración. El terapeuta intenta identificar los objetivos clave de cualquier evaluación psicoterapéutica (problemas de presentación, objetivos del cliente, posibles trastornos psicológicos y funcionamiento sociolaboral) y los factores predisponentes del temperamento y las experiencias tempranas de socialización y crianza. Posteriormente, el terapeuta trata de comprender cómo se perpetúan los problemas y se obstaculiza el progreso con el accionar de los esquemas y modos. El terapeuta colabora con el cliente para producir una comprensión inicial fácil de usar y viable de la progresión del cliente desde su historia temprana hasta sus retos actuales, a través de una narrativa compartida y un mapa visual de modos. El cuidado y la atención durante este proceso de mapeo son fundamentales para garantizar que el cliente se sienta visto y escuchado, y para dar enfoque y dirección al tratamiento. La terapia de esquemas, como terapia multicomponente a largo plazo, puede resultar

abrumadora tanto para el cliente como para el terapeuta. La conceptualización hace que esto sea manejable.

Referencia:

Una Guía de Cambridge para la Terapia de Esquemas. Robert N. Brockman, Susan Simpson, Christopher Hayes, Remco van der Wijngaart, Matthew Smout. 2024