

Guía de Conceptualización de Casos de Terapia de Esquemas (Versión 3.7)

Nota: Se trata de una versión piloto que será evaluada durante 2023. Es posible que se introduzcan algunos cambios menores a finales de año.

Se recomienda a quienes completen el Formulario de Conceptualización de Caso de Terapia de Esquemas que presten mucha atención a las instrucciones de esta Guía

Visión general

El objetivo de este formulario es permitirle estructurar la información sobre el cliente de manera que establezca una conceptualización clara del caso. El formulario es largo y exhaustivo. No se espera que lo utilice de forma rutinaria en todos sus casos. Es necesario para aquellos casos de los que envíe grabaciones para su evaluación y calificación como parte del proceso para obtener la certificación ISST. Sin embargo, también puede utilizarse como herramienta de entrenamiento. Completando el Formulario de Conceptualización de Casos para uno o dos de sus casos, y atendiendo a las instrucciones de esta Guía, podrá tener una valiosa experiencia de aprendizaje en la que obtendrá una práctica útil y mejorará su comprensión de cómo funcionan en la práctica muchas de las ideas centrales de la terapia de esquemas.

Las diferentes secciones del formulario también le guiarán en la obtención de la información básica que necesita de la fase de evaluación de su trabajo con el cliente, para que sirva de base a la conceptualización del caso. En este formulario, puede empezar a introducir información sobre un cliente y luego actualizarla con adiciones o modificaciones a medida que surja nueva información.

En la parte superior, facilite la siguiente información:

Nombre del terapeuta: Nombre del terapeuta que trata al cliente y llena el formulario.

Fecha: Fecha en la que terminó de completar o actualizar este formulario

Número de sesiones: Número de sesiones hasta el momento incluyendo la primera sesión del cliente

Meses desde la 1ª sesión: Número de meses transcurridos desde la primera sesión del cliente

1. Información general del cliente

Nombre/DNI del cliente: Nombre, seudónimo o código de identificación del cliente.

Edad/DDN: Indique la edad del cliente en la fecha en que completó este formulario, o la fecha de nacimiento. También puede incluir ambas.

Situación sentimental actual/Orientación sexual/Hijos (si los tiene): Indique la situación sentimental del cliente (soltero, casado, convivencia, etc.). ¿Cuál es la orientación sexual declarada del cliente? ¿Tiene hijos? En caso afirmativo, ¿de qué edad(es)?

Ocupación y cargo: ¿Cuál es la carrera u ocupación del cliente? ¿En qué nivel se encuentra el cliente dentro de esta carrera (por ejemplo, ejecutivo de alto nivel, autónomo, supervisor)?

Nivel educativo más alto: ¿Cuál es el nivel de estudios más alto que ha completado el cliente?

País de nacimiento/Afiliación religiosa/Grupo étnico: Indique el país de nacimiento del cliente y su afiliación religiosa. Si es relevante, incluya el origen étnico del cliente.

2. ¿Por qué el paciente está en Terapia?

Resuma la motivación del cliente para acudir a terapia **en primer lugar**. Describa los aspectos de las circunstancias vitales del cliente, los acontecimientos precipitantes significativos o las situaciones problemáticas (conflictos en el trabajo o en una relación sentimental) o las emociones o comportamientos angustiosos (p. ej., dependencia o abuso de sustancias, trastornos alimentarios, arrebatos de ira) u otros síntomas (ansiedad, bajo estado de ánimo, recuerdos traumáticos) para los que el cliente buscó ayuda. No incluya aquí problemas significativos para los que el cliente no pide ayuda explícitamente. Estos problemas se detallarán en el apartado 5. Describa el nivel actual de angustia e indique si el cliente buscó ayuda voluntariamente o bajo la presión de un familiar o supervisor laboral.

Si el cliente lleva acudiendo varias sesiones, resuma la **situación actual** e indique si el motivo por el que el cliente busca ayuda ha cambiado con respecto al que se presentó inicialmente.

3. Impresiones generales del cliente

Utilizando un *lenguaje cotidiano*, describa brevemente cómo se presenta el cliente en un sentido general durante las sesiones (p. ej., reservado, hostil, deseoso de complacer, necesitado, articulado, sin emociones). No utilice conceptos psicológicos técnicos. Indique cómo percibió al cliente en las sesiones iniciales y **en la actualidad**. No comente aquí la relación terapéutica, ya que se abordará más adelante en la sección 10.

4. Perspectiva diagnóstica actual sobre el cliente

Principales diagnósticos: Indique hasta 4 diagnósticos psiquiátricos que se apliquen al cliente. Puede utilizar las categorías diagnósticas **del DSM-5-TR o de CIE-11**. Señale en la casilla qué sistema utiliza. Para cada diagnóstico, incluya tanto el *nombre como el código numérico*.

La ISST reconoce que no todos los psicoterapeutas dan rutinariamente diagnósticos psiquiátricos y que el requisito de hacerlo varía según los diferentes países y entornos profesionales. En la terapia de esquemas, por supuesto, la planificación del tratamiento no se basa en estos diagnósticos, sino en la conceptualización del caso. Sin embargo, se recomienda que los terapeutas certificados estén familiarizados con uno u otro de estos sistemas de diagnóstico porque son útiles de tres maneras: 1) centran la atención en información importante relativa a síntomas y problemas que, de otro modo, podrían pasarse por alto; 2) gran parte de la literatura de investigación actual sobre terapia de esquemas y enfoques de tratamiento se basa en estas categorías diagnósticas; 3) son importantes a la hora de comunicarse y/o colaborar con otros profesionales sanitarios no familiarizados con el modelo de terapia de esquemas y sus conceptos.

5. Nivel actual de funcionamiento: Principales ámbitos de la vida y estilo de vida

Para obtener una visión general de lo bien que está funcionando su cliente, considere las cinco áreas de la vida que se indican a continuación, y su calidad de autocuidado del estilo de vida, como se resume a continuación.

El nivel actual de funcionamiento se define como la calidad del comportamiento general actual del cliente en cada área individual de la vida. Para ello, utilice la siguiente escala de calificación, que debe basarse en la perspectiva de un observador objetivo, que utilice, a modo de comparación, al “público en general” o a los miembros de la comunidad en su conjunto, así como una perspectiva clínica de cómo es un funcionamiento sano. La calificación no debe hacerse en comparación con otros clientes o con una visión idealizada de cómo deberían ser las personas.

Calificación del nivel de funcionamiento: En las dos tablas 5.1 y 5.2, utilice la escala de 6 puntos que aparece a continuación para calificar el nivel actual de funcionamiento del cliente e introduzca los valores en la columna 2.

1 = No funcional o muy poco funcional	4 = Funcionamiento moderadamente deficiente
2 = Funcionamiento bajo	5 = Buen funcionamiento
3 = Funcionamiento muy deficiente	6 = Funcionamiento muy bueno o excelente

Si hay circunstancias fuera del control del cliente (como la edad o una pérdida reciente) que hacen inapropiado calificar una categoría en particular, escriba N/A (No Aplicable) en la Columna 2 y luego explique por qué en la Columna 3.

Explicación o desarrollo: En la tercera columna, explique brevemente por qué calificó al cliente como lo hizo, para cada categoría. Si hay una discrepancia significativa entre los niveles de funcionamiento anteriores y actuales del cliente, explique el cambio. Por ejemplo, mencione que el cliente tenía excelentes relaciones con sus amigos antes del inicio de una depresión grave.

5.1 Principales áreas de la vida

5.1.1 Rendimiento profesional o educativo: Se refiere a lo bien que se desenvuelve el cliente en el trabajo o en la escuela u otro entorno educativo, en función tanto de lo que se considera “normal” para la edad del cliente y su grupo de pares, como de lo que el cliente es probablemente capaz de hacer (en función de su capacidad y sus antecedentes).

5.1.2 Relaciones íntimas, románticas y duraderas: Se refiere a las relaciones relativamente duraderas con parejas íntimas que normalmente implican un componente romántico/sexual durante al menos algunos periodos. El objetivo principal son las relaciones matrimoniales o relaciones similares comprometidas a largo plazo. Los clientes que sólo tienen relaciones de noviazgo más cortas y relativamente superficiales recibirían una calificación baja en esta área de la vida.

5.1.3 Relaciones familiares: Se refiere a las relaciones del cliente con miembros de su familia, incluidos sus propios hijos, padres, abuelos, hermanos y otros miembros de la familia extensa (p. ej., tíos, primos, sobrinos, suegros). En esta categoría no se incluyen las parejas románticas, como los esposos, las parejas con las que cohabitan o las relaciones de noviazgo.

5.1.4 Amistades y otras relaciones sociales: Se refiere a otros tipos de relaciones sociales actuales no mencionadas anteriormente. Debe hacerse especial hincapié en las relaciones actuales con los amigos y, en menor medida, con los compañeros de trabajo. La participación en otras relaciones sociales, como con vecinos, miembros de la comunidad y clubes, también puede incluirse en la puntuación.

5.1.5 Funcionamiento y tiempo a solas: Se refiere al nivel actual de capacidad del cliente, cuando está solo, para encontrar un significado, una concentración y una estimulación sanos. Esto incluye la capacidad de controlar pensamientos y sentimientos de forma sana. También incluye una evaluación de la capacidad del cliente para realizar actividades de la vida diaria de forma independiente (p. ej., elaboración de presupuestos, actividades domésticas, etc.) y también la participación en actividades recreativas (p. ej., aficiones, actividades creativas) que no sean de naturaleza social.

5.2 Autocuidado del estilo de vida: Ejercicio, dieta, patrones de sueño, etc.

Se refiere a la medida en que el cliente tiene hábitos de vida regulares que contribuyen probablemente a la salud y el equilibrio. El ejercicio incluye actividades deportivas y actividades como yoga, pilates, baile, etc. Hay que tener en cuenta hasta qué punto la participación en estas actividades es adecuada, no demasiado infrecuente ni obsesiva. Del mismo modo, considere hasta qué punto el cliente cuida su higiene personal y sigue una dieta saludable (basándose en las recomendaciones de la investigación actual, p. ej. Jacka et al. 2017), así como si tiene patrones regulares de alimentación saludable (en vez de restringirse de forma rígida o pasar de la restricción al atracón, como ocurre en algunos trastornos alimentarios).

También se puede incluir la ingesta de alcohol y fármacos (con y sin receta). Con respecto al sueño, considere si el cliente tiene un patrón de sueño regular habitual y si duerme poco o demasiado.

6. Principales problemas vitales y síntomas

Identifique tres o más problemas vitales significativos o síntomas o patrones de afrontamiento que, en su opinión, deban comprenderse y abordarse en terapia para que el cliente obtenga alivio de la angustia que presenta. Estos problemas pueden o no ser aquellos para los que el cliente desea ayuda explícitamente (como se describe en la sección 2).

Primero nombre el problema, por ejemplo, Soledad, Conflicto crónico en las relaciones, Ansiedad persistente, Procrastinación, Comportamientos obsesivo-compulsivos, Consumo excesivo de sustancias o medicamentos recetados. A continuación, en el espacio siguiente, explique en detalle la naturaleza de cada problema y cómo crea dificultades en la vida actual del cliente. Evite el lenguaje técnico (como la referencia a esquemas y modos) al describir cada problema o síntoma.

Si menciona un síntoma psiquiátrico, debe relacionarse con uno de los diagnósticos de la sección 4 anterior. Puede ser conveniente incluir varios síntomas en un mismo problema. Por ejemplo, si el problema es la depresión clínica, podría incluir síntomas como la pérdida de interés por cualquier cosa, sensación de cansancio durante todo el día, dificultad para concentrarse y trastornos del sueño.

7. Orígenes de los problemas actuales en la infancia y la adolescencia

7.1 Descripción general de la historia temprana

Resuma los aspectos importantes de la infancia y adolescencia del cliente que contribuyeron a sus problemas vitales actuales y al desarrollo de los esquemas y modos maladaptativos que describirá más adelante. Incluya cualquier experiencia o circunstancia vital problemática / adversa / tóxica importante. Debe especificar:

- a) En qué áreas de la vida o relaciones se produjeron estas experiencias (por ejemplo, madre fría, padre verbalmente abusivo, chivo expiatorio del matrimonio infeliz de los padres, estándares elevados poco realistas, rechazo o acoso por pares, profesor punitivo en la escuela).
- b) En qué fase o fases del desarrollo tuvieron lugar las experiencias: por ejemplo, lactancia y primera infancia, infancia media, adolescencia.
- c) Cómo afectó emocionalmente al cliente cada una de estas circunstancias o experiencias específicas.

7.2 Evaluación de las necesidades básicas insatisfechas

En esta sección hay una lista de 8 necesidades básicas de un niño con respecto a la relación con sus padres u otros cuidadores, en particular, en los primeros años de vida. Estas necesidades se basan en las identificadas por Dweck (2017) y Louis, Wood y Lockwood (2020). A continuación se resume la naturaleza de cada necesidad:

7.2.1 Necesidad de seguridad, estabilidad, coherencia y previsibilidad: Para satisfacer esta necesidad, los padres/cuidadores deben proporcionar un entorno que sea estable y seguro y dentro del cual sean confiables, coherentes y predecibles en sus respuestas al niño y a las situaciones cotidianas.

7.2.2 Necesidad de conexión (afecto, aceptación, pertenencia): Para satisfacer esta necesidad, los padres/cuidadores deben ser capaces de sintonizar con la experiencia y las necesidades del niño, y proporcionarle una sensación de conexión emocional, de que sus sentimientos son aceptados, y de que es bienvenido y pertenece.

7.2.3 Necesidad de respeto en el desarrollo de la autonomía (por ejemplo, conceder intimidad y libertad para aprender a hacer las cosas a su manera) (Concesión de autonomía): Para satisfacer esta necesidad, los padres/cuidadores deben permitir a los niños la libertad de tomar sus propias decisiones y hacer las cosas a su manera cuando les apetezca, permitirles cada vez más intimidad a medida que crecen, no dictarles cómo actuar, no sobreprotegerlos y respetar y fomentar su desarrollo como individuos únicos y separados.

7.2.4 Necesidad de afirmación de la capacidad y desarrollo de la competencia (Apoyo a la autonomía): Para satisfacer esta necesidad, los padres/cuidadores deben tener fe en la capacidad del niño para aprender y crecer hacia una mayor competencia y resiliencia en el dominio de nuevas áreas de la vida y la superación de retos, y basarse en lo positivo en lugar de centrarse en los errores y defectos.

7.2.5 Necesidad de apoyo y orientación para expresar y articular necesidades y emociones y aprender una socialización sana: Para satisfacer esta necesidad, los padres/cuidadores deben estar en sintonía con la experiencia del niño y darle el lenguaje necesario para verbalizar sus estados emocionales sin vergüenza ni juicio. Esto ayudará al niño a aprender y practicar comportamientos prosociales en contextos sociales.

7.2.6 Necesidad de apoyo y orientación para desarrollar un sentido de valoración intrínseca que no dependa de ser mejor que los demás: Para satisfacer esta necesidad, los padres/cuidadores deben apoyar al niño para que sea fiel a sí mismo en vez de tratar de impresionar a los demás, e inculcarle el valor de que todas las personas tienen el mismo valor independientemente de su estatus o riqueza o éxito.

7.2.7 Necesidad de apoyar y fomentar el juego y la espontaneidad: Para satisfacer esta necesidad, los padres/cuidadores deben ser capaces de ser espontáneos y juguetones y de apoyar y dar espacio y tiempo a sus hijos para que lo sean.

7.2.8 Necesidad de orientación firme y adecuada y de fijación de límites para favorecer el aprendizaje de límites realistas y el autocontrol: Para satisfacer esta necesidad, los padres deben ser capaces de orientar y establecer límites de manera firme, autoritaria y no punitiva, y de apoyar el aprendizaje por parte del niño de un control adecuado de las emociones y los impulsos sin una inhibición excesiva.

Para cada necesidad:

- Evalúe en qué medida se ha satisfecho la necesidad, utilizando la escala que figura en el propio formulario. Para realizar esta estimación, recurra a 1) la información procedente del relato del cliente sobre su historia, 2) la información obtenida a partir de instrumentos como YSQ y YPI, 3) la información que haya surgido durante las sesiones, en particular, al utilizar técnicas experienciales como los ejercicios de evaluación de imaginación, 4) cualquier información adicional obtenida a partir de fuentes colaterales como reuniones con miembros de la familia (cuando estén disponibles).
- En el espacio para Orígenes, resuma las características significativas de la crianza recibida por su cliente. Es importante reconocer que existen diferentes necesidades en las distintas etapas de la vida (por ejemplo, la infancia y la primera niñez, la niñez media, la adolescencia). En algunos casos, las necesidades pueden haber sido mal atendidas en todo momento, mientras que en otros casos, las necesidades pueden haber sido mejor atendidas en algunas etapas que en otras debido a cambios en la familia (por ejemplo, separación, divorcio, crisis económica) o a acontecimientos traumáticos (por ejemplo, enfermedad grave o fallecimiento de un familiar).

7.3 Posibles factores temperamentales/biológicos

Indique las características del temperamento relevantes para los problemas, los síntomas y la relación terapéutica del cliente. Aunque puede usar otras palabras descriptivas, basta con seleccionar adjetivos de la siguiente lista que transmitan aspectos del temperamento básico del cliente.

Estable en lo emocional	Introvertido	Temeroso	Forma vínculos intensos
Ecuánime	Sedentario	Retraído	Descuidado/Poco reactivo
Optimista	Plácido	Manso/Sumiso	Desatento a señales de amenaza
Resiliente	Pasivo	Reservado	Demasiado agradable
Cálido	Cooperativo	Cauteloso	Excesivamente controlado
Empático	Sociable	Irritable	Excesivamente organizado
Social	Extrovertido	Impulsivo	Dominante
Seguro de sí	Aventurero	Propenso a sentimientos negativos	Insensible
Alegre	Enérgico	Pesimista	Antagonista
Ingenioso	Hiperactivo	Se abruma con facilidad	Combativo

Aunque el temperamento se refiere a características que tienen una base biológica y están presentes desde el nacimiento, se reconoce que, sobre todo cuando los niños se crían en condiciones adversas, no es posible separar los rasgos que se deben a factores biológicos congénitos de los que son el resultado de la negligencia, inconsistencia, abuso u otras experiencias de necesidades insatisfechas de los padres. Incluya cualquier factor biológico que pueda haber desempeñado un papel significativo en el desarrollo del esquema o modo y que esté relacionado con los problemas del cliente, los síntomas y la relación terapéutica. Esto incluye factores como la estatura, condiciones médicas y factores que reflejen neurodiversidad, incluyendo déficit de atención, hiperactividad o rasgos del espectro autista.

7.4 Posibles factores culturales, étnicos y religiosos

Si es relevante, explique cómo las normas y actitudes específicas del entorno religioso, étnico o comunitario del cliente desempeñaron un papel en el desarrollo de sus problemas actuales (p. ej., pertenecía a una comunidad que ponía excesivo énfasis en la competición y el estatus en lugar de en la calidad de las relaciones).

8. Esquemas maladaptativos tempranos más relevantes (en la actualidad)

Sección 8.1: Haga una lista de todos los primeros esquemas maladaptativos que haya identificado. Límitese a mencionar los nombres y no entre en detalles. Ya debería haberlos nombrado en la sección 7.2 anterior, donde cada esquema debería estar vinculado a una o más de las necesidades insatisfechas.

Sección 8.2: De la lista de esquemas maladaptativos tempranos que figuran en la sección 7.1, seleccione los 5 ó 6 que sean más importantes para los problemas actuales de la vida del cliente. Al completar esta sección, es importante:

1. Prestar atención a la diferencia entre esquemas primarios (o incondicionales) y secundarios (o condicionales). Los esquemas primarios se basan en una experiencia emocionalmente dolorosa y directa de necesidad insatisfecha: privación emocional, abandono/inestabilidad, imperfección/vergüenza, dependencia/incompetencia, enmarañamiento/subdesarrollo del yo, fracaso, aislamiento social, vulnerabilidad al daño o a la enfermedad (trauma). Los esquemas secundarios pueden: 1) reflejar formas de afrontamiento de los esquemas primarios, con el fin de atenuar o evitar el dolor: sometimiento/invalidación, autosacrificio, búsqueda de aprobación/reconocimiento, inhibición emocional, derecho/grandiosidad, o 2) incluir una mezcla de experiencia incondicional del dolor y afrontamiento: desconfianza/abuso, o 3) son rasgos de afrontamiento sobrecompensatorio y/o modos parentales: Estándares inalcanzables/hipercrítica, o 4) incluyen varias consecuencias de esquemas primarios y afrontamiento: autocontrol/autodisciplina insuficiente, negatividad/pesimismo, punitividad.
2. Reconocer que cuando existen modos de afrontamiento fuertes y arraigados, el cliente puede proporcionar poco reconocimiento o información sobre los esquemas primarios. Es importante que identifique los esquemas primarios que puedan estar presentes, ya sea a partir de la información de la historia clínica o de su experiencia con el cliente durante la sesión.

La atención debe centrarse en los esquemas primarios u otros esquemas que reflejen experiencias de esquemas primarios como desconfianza/abuso, autocontrol/autodisciplina insuficiente, negatividad/pesimismo y punitividad.

Ponga el nombre del esquema y luego describa la experiencia del cliente cuando este esquema se activa con respecto a emociones, cogniciones (pensamientos, creencias, suposiciones) y comportamientos específicos tanto externos (observables) como internos (secuencias privadas de pensamiento, autoinstrucciones, fantasía, etc.). No entre en detalles sobre los modos de afrontamiento, ya que éstos son el tema central de la sección 9.4.

9. Modos de esquema más relevantes (en la actualidad)

Esta forma se basa en la categorización de los modos en Adulto sano, Niño, Parentales y Afrontamiento. Sin embargo, existe cierta diversidad dentro de la comunidad de terapia de esquemas con respecto a cómo se diferencian y denominan los modos específicos dentro de estas amplias categorías. Un documento suplementario titulado: *ISST list of schema modes - Supplement to the Case Conceptualization Guide* (Lista ISST de modos de esquemas - Complemento de la Guía de Conceptualización de Casos) proporciona un resumen de muchos de estos modos. Este documento pretende ser útil como referencia, pero no prescriptivo.

Sección 9.1 Modos sanos

9.1.1 Modo del Niño Feliz

Resuma hasta qué punto el cliente es capaz de experimentar estar en paz, contento y satisfecho, así como ser genuinamente espontáneo, juguetón, despreocupado y creativo. Esto se refiere a la experiencia auténtica y no incluye mostrar cualquiera de estas cualidades de manera superficial, mientras se está en un modo de afrontamiento.

9.1.2 Modo del Adulto Sano

Este es el lugar para destacar los valores positivos, los recursos, las fortalezas y las habilidades del cliente. El **Adulto Sano** no es un modo único, sino un conjunto de modos característicos de cómo pensaría, sentiría y actuaría una persona madura, compasiva y con mentalidad psicológica en una situación concreta. Un aspecto del Adulto Sano es como un ejecutivo que puede integrar los otros modos y ejerce capacidades de autorregulación. También incluye la capacidad de espontaneidad y autenticidad y el tipo de funcionamiento maduro que ha sido articulado por Alfred Adler (1938) como "sentimiento de comunidad", por Carl Rogers (1967) como la "persona en pleno funcionamiento" (véase también Maurer y Daukantaité, 2020) y por Abraham Maslow (1973) como "autorrealización" y "autotrascendencia". Otros se han referido a ella como "sabiduría" (Baltes & Staudinger, 2000). Las cartas iModos de David Bernstein, que representan pictóricamente 16 cualidades del Adulto Sano, se basan en esta visión de la madurez. Las agrupa en cuatro apartados: autodirección, autorregulación, conexión y trascendencia. Los manuales de diagnóstico DSM-5 y CIE-11 también ofrecen definiciones del funcionamiento del adulto maduro que coinciden con estas cualidades. Incluyen tener una identidad coherente y un sentido de autoestima, capacidades para la regulación emocional y el control de los impulsos, y la capacidad de experimentar intimidad y realización (Bach y Bernstein, 2019).

Aquí, estas diversas cualidades o fortalezas se resumen en ocho encabezados que reflejan las percepciones de la literatura que acabamos de referir. Pretenden ser prácticos con respecto a guiar a los clínicos en la evaluación de (a) el grado de cualidades de Adulto Sano en un cliente, y (b) el tipo de trabajo en terapia que será necesario para construir o fortalecer las capacidades poco desarrolladas o ausentes. Por lo tanto, estos encabezados deben considerarse como una guía y no como una lista exclusiva.

Dado que el Adulto Sano engloba diversas cualidades, una persona puede tener algunas capacidades y fortalezas de Adulto Sano bien establecidas mientras que otras están poco

desarrolladas. En el formulario se le pide que resuma las fortalezas del Adulto Sano del cliente utilizando los encabezados que aparecen a continuación y, en cada caso, que incluya uno o más ejemplos relacionados con áreas específicas de la vida. También puede incluir ejemplos relacionados con la capacidad del cliente para participar en el proceso terapéutico de forma madura y colaborativa. Cuando la capacidad esté comprometida o limitada, debe llamar la atención sobre ello, con ejemplos, si es posible.

1. Metaconciencia: La capacidad de dar un paso atrás y reflexionar sobre uno mismo y los demás

Todos los principales enfoques terapéuticos reconocen la importancia de la capacidad de dar un paso atrás y reflexionar sobre la propia experiencia y la de los demás. En la literatura, se hace referencia a esto con diversos términos como "metaconciencia", "distanciamiento", "descentramiento", "mentalización", "defusión", "atención plena", "atención plena separada" y "desidentificación". Al principio de la terapia, muchos pacientes están inmersos en la experiencia de sus problemas y tienen poca o ninguna capacidad para dar un paso atrás y reflexionar sobre su experiencia. Esto dificulta la participación eficaz en los procesos de la terapia de esquemas.

2. Conexión Emocional: La capacidad de abrirse a las emociones y experimentarlas, y de aceptarse a sí mismo y ser compasivo cuando se experimenta dolor emocional e incertidumbre

Carl Rogers utilizó el término "apertura a la experiencia" para referirse a esta capacidad de ser humanamente (emocionalmente) consciente y estar presente e inteligentemente comprometido con lo que tiene significado y se siente auténtico. Esto significa estar en contacto con las propias necesidades personales y respuestas emocionales a las situaciones y ser capaz de tolerar las emociones experimentadas. Esto incluye la capacidad de aceptación y autocompasión (Neff, 2013). Los modos de afrontamiento interfieren con esto, ya que desconectan a los individuos de la parte del sistema de memoria autobiográfica que está conectada con las emociones y los esquemas tempranos. El Adulto Sano tiene acceso a estas emociones, pero mediante otras capacidades mencionadas anteriormente, puede ejercer la discriminación y el autocontrol con respecto a cómo se expresan las necesidades, emociones y preocupaciones. La apertura a las emociones también incluye las emociones positivas, que también se apagan con los modos de afrontamiento, y permite experiencias como la gratitud y el significado personal.

3. Orientación a la realidad: La capacidad para tomar decisiones basadas en la realidad y actuar en consecuencia.

El Adulto Sano está orientado hacia las realidades del mundo y tiene la capacidad de hacer evaluaciones precisas e informadas de las situaciones cotidianas que se basan en la realidad, y no están distorsionadas por un pensamiento simplista o por conclusiones precipitadas que no se basan adecuadamente en información y pruebas. Esto incluye enfrentarse a aspectos dolorosos de la realidad y no negarlos o distraerse de ellos mediante modos de afrontamiento. A esto se asocia la capacidad de utilizar la información obtenida como base para adoptar un comportamiento racional y práctico orientado a la resolución de problemas. Esto incluye la realización responsable de las tareas prácticas que forman parte de una vida eficaz en todas las áreas importantes de la vida (trabajo, planificación y planificación económica, relaciones familiares e íntimas, actividades sociales, actividades sanitarias y de ocio). También implica reconocer e identificar problemas de todo tipo y tomar medidas para resolverlos a la manera de un Adulto Sano. Para ello es necesario saber buscar

y obtener información relevante para comprender un problema, evaluar las fuentes de información, valorar las opciones de actuación y planificar y evaluar las acciones elegidas.

4. Un sentido coherente de la identidad: La capacidad de mantener un sentido coherente de quién es uno mismo, con respecto a las creencias, valores, actitudes y motivaciones personales.

Esta fortaleza implica la experiencia de estar arraigado en un sentido coherente de uno mismo que es consistente a lo largo del tiempo y a través de todas las áreas significativas de la vida. Esto va acompañado de la capacidad de dar cabida a una serie de emociones y estados, incluso cuando son conflictivos. Los demás se experimentan como centros separados e independientes de su propia experiencia. Hay una ausencia de transiciones abruptas entre estados o modos del yo y una ausencia de modos disfuncionales en los que el individuo experimenta estados extremos, por ejemplo, de caos, fragmentación o fusión con otro. La memoria es, en gran medida, precisa y coherente y no está confabulada ni combinada con fantasías. La autonarrativa del individuo (de quién soy y qué es importante para mí) es realista y flexible y no está marcada por idealizaciones, simplificaciones excesivas, un autoengrandecimiento compensatorio o una autoidentificación como víctima.

5. Autoafirmación y Reciprocidad: La capacidad de defenderse a sí mismo, respetando la reciprocidad y la comunicación congruente.

La autoafirmación, es decir, defenderse a uno mismo en diversos aspectos, es un punto fuerte importante que ayuda a definir y proteger el "yo" en relación con los demás. La autoafirmación del Adulto Sano está marcada por el principio de reciprocidad y protege y promueve el sentido del "Nosotros". La reciprocidad es la base para poder entablar relaciones maduras en las que exista respeto mutuo. Es a la vez un valor y una capacidad. Como valor, significa el compromiso de tener el mismo nivel de respeto por las necesidades, perspectivas y experiencias de uno mismo y de los demás. Como capacidad, significa ser capaz de actuar coherentemente sobre esa base. La autoafirmación sin reciprocidad suele ser un rasgo de afrontamiento sobrecompensatorio. La reciprocidad, cuando se combina con la conexión emocional y la tolerancia, permite la comunicación congruente (Rogers, 1957) de experiencias y necesidades, y la capacidad de llegar a compromisos respetuosos en situaciones de conflicto. Este es el fundamento del entrenamiento en asertividad, un enfoque bien establecido en la TCC (por ejemplo, Alberti y Emmons, 2008). El principio de reciprocidad también es la base de la orientación hacia la sociedad en la que uno vive, con capacidad de aceptación y ausencia de prejuicios hacia los demás por motivos étnicos, culturales, religiosos, políticos, de orientación sexual, etc.

6. Agencia y Responsabilidad: La capacidad de asumir la responsabilidad de las decisiones personales, las acciones y sus consecuencias.

La madurez del Adulto Sano incluye asumir la responsabilidad de todas sus acciones. Esto se asocia con un sentido de agencia, sintiéndose motivado y capaz de actuar en su propio interés y de acuerdo con sus propios valores. Esto incluye la capacidad de hacer y mantener compromisos. Todos estos son aspectos de la integridad, que significa ser coherente y digno de confianza, y actuar con una clara brújula moral basada en un auténtico sentido de uno mismo. Asumir la responsabilidad de las propias elecciones y acciones no suele ser posible cuando se actúa desde los modos de afrontamiento. Los individuos en un modo de afrontamiento por defecto, como el sobrecompensador, no están totalmente en contacto con sus propias necesidades y experiencias ni con las necesidades y experiencias de los demás, por lo que, aunque actúen con coherencia, suele haber una inflexibilidad

y una falta de solidez en sus decisiones. Asumir la responsabilidad depende de la capacidad de dar un paso atrás y reflexionar. Gran parte del comportamiento humano se produce sin reflexión consciente, basándose en hábitos automáticos de afrontamiento que a menudo se desarrollaron hace mucho tiempo y, cuando las personas se comportan automáticamente sin reflexionar, pueden tener dificultades para aceptar la responsabilidad de sus actos.

7. El cuidado más allá del uno mismo: Capacidad para relacionarse con los demás, y con la sociedad en su conjunto, con una actitud abierta, directa y compasiva.

“Sentimiento de comunidad” es el término utilizado por Adler (1938) para referirse a quienes tienen un sentimiento de preocupación y motivación por el bien común, no sólo por el bien propio o el de su familia inmediata. Esta actitud es distinta de la autosacrificada y surge de un sentimiento de autoestima basado en lo que uno puede ofrecer, sin tener la sensación de tener que demostrar su valía. Estos individuos tienen una actitud de amabilidad y compasión hacia los demás, expresan gratitud espontánea y adoptan comportamientos prosociales. Consideran los efectos de sus acciones no solo desde una perspectiva inmediata, sino, también, con respecto a los efectos para las generaciones futuras (Kałużna-Wielobób et al. 2020).

8. Esperanza y sentido: La capacidad de encontrar, y mantener, la fe a través de las dificultades de la vida.

Esto se refiere a ser capaz de encontrar un camino de esperanza y sentido, incluso cuando nos enfrentamos a adversidades y pérdidas. Surge de la capacidad de mirarse a uno mismo (y a la vida en su conjunto) a través de una óptica más amplia, sabiendo que conceptos como el bien y el mal, la justicia y la injusticia son complejos. Una persona con esta fortaleza es capaz de aceptar no siempre tener una respuesta a la pregunta “¿por qué?”, y aun así puede seguir adelante en la vida con un sentido de esperanza y significado. Para algunos, esta fuerza es una sabiduría natural o una espiritualidad que no se canaliza necesariamente a través de la religión institucional, y que proporciona una sensación de fortaleza y dirección frente a dificultades y retos dolorosos.

Sección 9.2 Modos del Niño

9.2.1 Niño Vulnerable

En la fila superior de la tabla, identifique las características principales del Niño Vulnerable del cliente o mencione los subtipos específicos de Niño Vulnerable que sean importantes para la conceptualización (p. ej., Niño Solitario, Niño Abandonado, Niño Avergonzado, Niño Dependiente, Niño Aterrorizado, Niño Maltratado, etc.).

A continuación, en la columna de la derecha, indique los esquemas específicos asociados a cada modo o subtipo. Por ejemplo, para el Niño Dependiente, coloque Dependencia/Incompetencia; para el Niño Avergonzado, Imperfección/Vergüenza.

En las tres filas marcadas Ej. 1, Ej. 2 y Ej. 3, ofrezca tres ejemplos de lo que ocurre cuando se activa uno de estos modos/subtipos. Escriba una respuesta a las tres partes:

- a) Nombre el modo específico y dé un breve ejemplo de una situación desencadenante.

b) Describa las características de la experiencia de vulnerabilidad del cliente mientras se encuentra en este modo en términos de reacciones emocionales exageradas e imágenes, pensamientos y creencias impulsados por esquemas.

c) Si el cliente pasa a uno o más modos de afrontamiento, simplemente indique el modo o modos sin entrar en detalles, ya que describirá los modos de afrontamiento en la sección 8.4.

9.2.2 Otros modos del niño

En esta sección, describa uno o más modos de niño, como el Niño Enfadado, el Niño Enfurecido o el Niño Impulsivo. Tenga en cuenta que algunos modos, como el Niño Indefenso, el Niño Desesperado o el Niño Indisciplinado pueden ser modos de afrontamiento y no tienen cabida aquí.

En la parte superior, designe el modo o modos e indique los esquemas (si los hay) que están directamente relacionados con ellos.

Utilice las filas marcadas con Ej. 1 y Ej. 2 para dar uno o dos ejemplos de lo que ocurre cuando se activan estos modos. Utilice las tres partes:

a) Indique el modo específico y dé un breve ejemplo de una situación desencadenante.

b) Describa las características de la experiencia de vulnerabilidad del cliente mientras está en este modo en términos de pensamientos y creencias, síntomas somáticos, emociones e imágenes y recuerdos.

c) Si el cliente pasa a uno o más modos de afrontamiento, simplemente mencione el modo o modos sin entrar en detalles, ya que describirá los modos de afrontamiento en la sección 9.4.

Sección 9.3 Modos parentales disfuncionales

Los modos parentales son interiorizaciones de experiencias de los padres o de otras figuras de autoridad significativas, y son disfuncionales cuando los adultos no han atendido adecuadamente las necesidades del niño. Se han identificado varios de estos modos parentales (véase la tabla siguiente basada en Edwards, 2022):

Tipo desatención a las necesidades del niño	Características
No proporciona una estructura u orientación adecuadas	Descuidado; Indulgente; Ingenuo
Sobreprotege e interfiere en el desarrollo de la autonomía del niño.	Excesivamente ansioso; Sobreprotector; Culpabilizador (o Víctima)
No logra sintonizar con el niño o rompe la conexión con él.	Invalidante; Rechazador; Abandonador
Es crítico y coercitivo	Exigente; Punitivo; Culpador; Avergonzador; Coercitivo/Controlador; Abusivo
Es imprevisible	Inestable; Emocionalmente volátil; Impredecible; Desorganizado; Aterrador

Los modos parentales pueden ser distintos, pero, a menudo, se mezclan diferentes características.

En la columna de la izquierda de la tabla, indique las principales características de los modos parentales disfuncionales que ha identificado. Después, en la columna de la derecha, para cada característica, pon ejemplos del tipo de mensajes (explícitos o implícitos) que transmite el modo parental introyectado. Por ejemplo:

| Sobreprotector | El mundo es un lugar peligroso, así que no salgas sin mí. |

| Invalidante | Tus experiencias y emociones son irrelevantes. Déjame decirte qué sentir y pensar |

Sección 9.4 Modos de afrontamiento maladaptativos

En esta sección, facilite información sobre los modos de afrontamiento maladaptativos más destacados que haya identificado. Anótelos en la tabla. En a) ponga la categoría a la que pertenece (rendición, sobrecompensación, etc.). En b) escriba los nombres de los modos. En c), cuando proceda, indique el esquema **que corresponde al** modo. No incluya esquemas que puedan estar asociados al modo, sólo los que le correspondan directamente (p. ej., para Autoengrandecedor: Derecho/Grandiosidad; para Rendición complaciente: Subyugación).

A continuación, seleccione **hasta tres** de estos modos de afrontamiento y describa detalladamente la experiencia del cliente cuando se encuentra en el modo, utilizando la tabla:

- a) Dé un ejemplo de una situación que provoque la activación del modo (o, si procede, indique que se trata de un modo por defecto.
- b) Describa la experiencia y el comportamiento del cliente mientras se encuentra en el modo.
- c) Cuando pueda, identifique a qué se está enfrentando el modo en el niño, o indique que aún no está claro.
- d) Describa el valor percibido de este modo de afrontamiento para el cliente.
- e) Describa cualquier consecuencia problemática de este modo de afrontamiento.

Aunque la situación desencadenante puede activar otros modos de afrontamiento, no entraremos en ellos aquí. En la siguiente sección se le pedirá que examine las secuencias de modos activados en una situación específica.

10. Secuenciación de modos y perpetuación de esquemas

En esta sección, debe mostrar cómo un suceso desencadenante puede poner en marcha una secuencia de modos que se desarrolla a lo largo del tiempo. Identifique y nombre todos los modos implicados: modos del niño, modos parentales y modos de afrontamiento. Los modos sanos también pueden estar implicados, pero la atención se centra en las secuencias que conducen a la perpetuación del esquema, y por lo tanto, no terminan en el modo del Adulto Sano.

Dé al menos tres ejemplos de situaciones en la vida del cliente que muestren cómo se perpetúan los modos disfuncionales del cliente. Estos deberían ilustrar una o más de las Áreas de Vida específicas identificadas como problemáticas en la sección 4.2 anterior. Puede introducir nuevos ejemplos o, si lo desea, repita los ejemplos que ya utilizó en la sección 8.4 (donde la atención se centró en un único modo de afrontamiento).

Describa la situación desencadenante y, a continuación, en cada una de las filas siguientes, facilite la siguiente información:

- a) Los modos del Niño y Parentales que se activan. Normalmente, un modo del Niño se activa junto con un modo Parental. Por ejemplo, cuando hay un Niño Avergonzado, también hay un Padre Punitivo o Avergonzador. A veces, el paciente parece entrar directamente en un modo de afrontamiento, y estos modos del Niño y Parentales pueden no ser visibles en absoluto. Sin embargo, están presentes en un segundo plano, ya que el modo de afrontamiento se ha activado para hacerles frente.

- b) Indique los modos de afrontamiento implicados en la secuencia y, para cada modo, describa brevemente el comportamiento del cliente en ese modo.
- c) Describa la secuencia completa de modos en orden. Límitese a dar los nombres de los modos y otra información relevante, como el impacto en otras personas. No entre en detalles sobre comportamientos específicos del cliente. Por ejemplo: Niño maltratado y padre punitivo - Sobrecontrolador paranoico - Otros se sienten atacados y se retraen - Niño abandonado - Niño enfadado - Víctima autocompadecida - Protector evitativo (se retrae y está solo).
- d) Cuando proceda, describa el impacto que tiene en la situación y, en particular, en otras personas el hecho de que el cliente pase a los distintos modos. Por ejemplo, en la secuencia anterior, puede detallar cómo reaccionan las personas ante el Sobrecontrolador Paranoico del cliente: "Se sienten atacados, se sienten cautelosos y, por lo general, se retraen emocional o físicamente o, a veces, expresan ira y esto lleva a un conflicto acalorado".
- e) Explique cómo esta secuencia de modos provoca la perpetuación de los patrones de esquemas maladaptativos subyacentes al impedir el procesamiento emocional en el Niño y/o al impedir que el cliente aprenda a encontrar formas de satisfacer necesidades básicas importantes en el presente.

11. La relación terapéutica

11.1 Reacciones personales del terapeuta ante el cliente

Cada cliente puede provocar un conjunto específico y único de reacciones por parte del terapeuta. Algunas de estas reacciones son sanas y facilitan la relación y el proceso terapéuticos, mientras que otras son problemáticas, ya que el terapeuta cambia a un modo de afrontamiento que es problemático para la terapia. Desarrollar la autoconciencia y la comprensión de estas reacciones puede, por lo tanto, ayudar al terapeuta a permanecer en el Adulto Sano y evitar cambiar a modos de afrontamiento. También puede ser una fuente de información valiosa sobre los esquemas y modos del cliente.

Describa sus reacciones personales ante el cliente, **tanto las que facilitan la terapia como las que son problemáticas**. En el caso de las reacciones facilitadoras, describa brevemente cómo contribuyen a una relación terapéutica significativa. Para las reacciones problemáticas, identifique las características/comportamientos del cliente que las desencadenan. Cuando esto ocurre, ¿qué esquemas y modos se activan en usted? ¿Qué impacto tienen sus reacciones en el tratamiento, en particular con respecto a su capacidad de ofrecer reparentalización a este cliente?

11.2 Colaboración en los objetivos y tareas de la terapia

Visión general: Definición de colaboración terapéutica

La Colaboración Terapéutica se define como la calidad de la alianza entre el terapeuta y el cliente, con especial atención al grado en que ambos son capaces de ponerse de acuerdo sobre los objetivos y las tareas de la terapia. También se refiere al modo en que el terapeuta es capaz de negociar con el cliente el contenido y el enfoque de cada sesión, y al compromiso del cliente en las tareas de la terapia. Esto puede medirse por el interés en la sesión, el compromiso con el terapeuta, la constancia en acudir a las sesiones y la participación en las tareas de la terapia.

Consideremos este ejemplo: El terapeuta y el cliente han logrado acordar los objetivos que son importantes para el cliente, y el cliente está entusiasmado por alcanzar estos objetivos. Hay un diálogo fácil a la hora de determinar qué es mejor discutir y explorar de sesión en sesión, y el cliente parece dispuesto a explorar cuestiones interpersonales. Sin embargo, el cliente a menudo falta a las citas o necesita cambiar la hora de la cita. Esto parece incoherente con el entusiasmo expresado en la sesión y con las circunstancias relativamente poco exigentes de la vida del cliente. El cliente completa las tareas aproximadamente el 50 % de las veces; y las razones aducidas para no completarlas no suelen ser convincentes. En este caso, la colaboración se calificaría con un 3 en la escala siguiente.

11.2.1 Calificación de la colaboración en objetivos y tareas

Evalúe el nivel de colaboración terapéutica *basándose en el comportamiento de su cliente en la sesión y fuera de ella*. Tenga en cuenta el grado de compromiso, participación, cumplimiento de las tareas, etc. de su cliente. Utilice la siguiente escala de 5 puntos para evaluar el grado de colaboración:

- 1 = MUY BAJO** (por ejemplo, cancela con frecuencia, devalúa el trabajo terapéutico, muestra un compromiso mínimo)
- 2 = BAJO** (p. ej., participación irregular, falta a las sesiones con regularidad, falta de concentración)
- 3 = MODERADO** (p. ej., vacilante y escéptico algunas veces, asiste regularmente, hace algunas tareas)
- 4 = ALTO** (p. ej., está comprometido y dispuesto a participar y trabajar en la terapia)
- 5 = MUY ALTO** (p. ej., entusiasta, centrado, responde rápida y positivamente al trabajo terapéutico)

11.2.2 Describa el proceso de colaboración con el cliente

Explique la base de su calificación describiendo las formas en que usted y su cliente han podido trabajar juntos que han sido positivas, con respecto a la contribución a una colaboración eficaz, y los aspectos de la relación que son problemáticos, en el sentido de que interfieren con una colaboración eficaz. Por ejemplo, podría incluir una evaluación del grado en que existe a) un sentimiento de entendimiento compartido, b) un acuerdo sobre objetivos y estrategias de cambio, y c) la capacidad de elaborar y resolver conflictos.

11.2.3 ¿Cómo podría mejorarse la relación de colaboración?

En los casos en que la colaboración sea moderada o baja, ¿qué cambios podrían hacer usted y su cliente para mejorar el grado de colaboración? Concéntrese en los tipos de obstáculos que dificultan la colaboración. Estos pueden ser:

- a) Malentendidos crónicos.
- b) Falta de acuerdo sobre los objetivos de la terapia.
- c) Falta de acuerdo sobre lo que se necesita para trabajar en la consecución de los objetivos de la terapia.
- d) Reacciones y comportamientos problemáticos por parte de su cliente, como impotencia y pasividad, comportamiento pasivo-agresivo, actitud desdeñosa hacia el terapeuta y la terapia, no terminar las tareas, faltar a las sesiones.

- e) Reacciones y comportamientos problemáticos por su parte debido al desencadenamiento, como rescatar, regañar, sermonear o intentar apaciguar y aplacar a su cliente.

Proponga soluciones a los problemas y obstáculos detectados.

11.3 Relación y vínculo de reparentalización

Visión general: Definición de la relación y el vínculo de reparentalización

La relación y el vínculo de reparentalización se refieren al nivel, la profundidad y el tipo de apego y vínculo entre el terapeuta y el cliente. Depende de la receptividad del cliente a una reparentalización limitada en la relación en respuesta al ofrecimiento del terapeuta de satisfacer las necesidades básicas del cliente (demostrando características como calidez, aceptación, expresiones no verbales de afecto, validación y fomento de la autonomía). Cuando se realiza un trabajo centrado en la emoción, se incluye la capacidad del cliente para la vulnerabilidad y para aceptar y responder a la de reparentalización del Niño Vulnerable u otros modos del niño como el Niño Enfadado y Enfurecido. El terapeuta necesita describir y evaluar las respuestas del cliente a los intentos de ofrecer reparentalización para que él/ella pueda adaptar su respuesta de reparentalización en futuras sesiones.

Considere este ejemplo: El terapeuta suele intentar validar el dolor y el sufrimiento que siente el cliente en relación con sus preocupaciones actuales. Pero estos intentos suelen encontrarse con que el cliente minimiza o niega cualquier necesidad de validación. Cuando el terapeuta demuestra empatía y comprensión por la confusión e incertidumbre que siente el cliente respecto a sus circunstancias actuales, éste suele quedarse mirando fijamente al terapeuta. Esta reacción cambió recientemente cuando los ojos del cliente brillaban a veces con lágrimas, y el cliente empezó a inclinarse hacia el terapeuta. Se ha animado al cliente a llamar entre sesiones si necesita hablar, sobre todo desde que ha surgido una nueva crisis interpersonal. El cliente ha hecho una llamada de "control" una vez, pero disculpándose por interrumpir la vida del terapeuta.

Aquí, el vínculo de reparentalización es actualmente vacilante y refleja un apego cauteloso. No está claro si el comportamiento del terapeuta durante las sesiones está contribuyendo de alguna manera a la dificultad de crear un vínculo de reparentalización más seguro.

11.3.1 Calificación de la relación y el vínculo de reparentalización

Evalúe la profundidad de la relación y el vínculo de reparentalización basándose en los comportamientos y la conexión emocional del cliente, tanto en las sesiones como fuera de ellas.

Utilice la siguiente Escala de Calificación de 5 puntos para evaluar la solidez del vínculo de reparentalización. Las descripciones que aparecen a continuación son ejemplos del tipo de comportamiento del cliente que se puede encontrar en cada nivel, tal y como se evidencia en su comportamiento verbal y no verbal (por ejemplo, lenguaje corporal, contacto visual):

- 1. MUY DÉBIL, MÍNIMO:** Para el terapeuta, la relación se experimenta como muy impersonal. El cliente suele mostrarse distante e incapaz de reconocer o responder al interés y la atención del terapeuta. O bien el cliente tiene habitualmente una actitud despectiva o desdeñosa hacia el terapeuta y la terapia, o el cliente puede alternar entre diferentes modos, ninguno de los cuales puede conectar realmente con el terapeuta como persona.
- 2. DÉBIL:** Para el terapeuta, la relación suele ser bastante impersonal. El cliente se muestra bastante distante, con una capacidad limitada para responder al interés y la atención del terapeuta. O bien el cliente puede mostrarse brusco, despectivo o desdeñoso con el terapeuta y la terapia, o el cliente suele alternar entre parecer abierto con el terapeuta como mentor o figura paterna en ocasiones, y mostrarse distante y/o despectivo o desdeñoso en la mayoría de los casos.

- 3. MODERADO:** En ocasiones, el cliente responde al terapeuta como si fuera una figura paterna, un amigo o un mentor, y parece tener momentos en los que experimenta al terapeuta como alguien que se preocupa de verdad por él, y puede mostrarse vulnerable y confiado con él. Sin embargo, esto no se mantiene, y el cliente a menudo cambia a modos más distantes y desconectados, o despectivos o desdeñosos.
- 4. FUERTE:** El cliente responde al terapeuta como si fuera una figura paterna, un amigo o un mentor y, en la mayoría de los casos, experimenta al terapeuta como alguien que se preocupa de verdad por él. Por lo general, el cliente puede mostrarse vulnerable y confiado con el terapeuta, tanto en la relación en sí como al realizar un trabajo experiencial, en el que puede permitir que el terapeuta proteja y cuide al Niño Vulnerable.
- 5. MUY FUERTE:** El cliente responde constantemente al terapeuta como una figura paterna, un amigo o un mentor, y experimenta al terapeuta como genuinamente cariñoso. El cliente puede ser constantemente vulnerable y confiado con el terapeuta, tanto en la relación en sí como al hacer el trabajo experiencial, en el que puede permitir que el terapeuta proteja al Niño Vulnerable y cuide de él.

11.3.2 Describa la relación de reparentalización y el vínculo entre el cliente y el terapeuta.

Describa los comportamientos de su cliente con usted que sean relevantes para su apertura a recibir reparentalización.

Proporcione detalles y ejemplos de sus comportamientos, reacciones emocionales y declaraciones en relación con usted que sirvan como indicadores de lo débil o fuerte que es el vínculo de reparentalización.

11.3.3 ¿Cómo podría mejorarse o reforzarse la relación y el vínculo de reparentalización?

En los casos en que el vínculo de reparentalización no sea fuerte, explique cuáles parecen ser los obstáculos para que haya un vínculo más fuerte, ya provengan de sus modos de afrontamiento o de los de su cliente. ¿Qué medidas concretas podría tomar para reforzar el vínculo?

11.4 Otros factores menos comunes que influyen en la relación terapéutica (Opcional)

Si hay algún factor que influya o interfiera significativamente en la relación terapéutica (por ejemplo, una diferencia de edad o cultural significativa, distancia geográfica), explíquelo aquí. ¿Cómo podrían abordarse con el cliente?

12. Objetivos de la terapia: Progresos y obstáculos

Seleccione al menos cuatro objetivos terapéuticos que sean fundamentales para el trabajo terapéutico con este paciente. Los objetivos deben ser tales que usted pueda ayudar a su cliente a trabajar hacia ellos mediante tareas terapéuticas definibles. Pueden describirse en relación con el cambio respecto a esquemas específicos, modos, cogniciones, emociones, conductas, patrones de relación, síntomas, etc.

Resuma cada objetivo y luego, en las filas de abajo:

- (a) Resuma los modos y esquemas a los que hay que dirigirse, dejando claro cómo se relacionan con el objetivo específico.
- (b) Describa las nuevas conductas de Adulto Sano relacionadas con el objetivo.
- (c) Describa las intervenciones específicas que está utilizando y su justificación.
- (d) Resuma los progresos realizados y los obstáculos encontrados en la aplicación de esta estrategia terapéutica.

Puede referirse brevemente a otros objetivos importantes en el punto 5.

13. Comentarios o explicaciones adicionales (opcional)

Aquí puede añadir cualquier información adicional, o aclarar cualquiera de sus respuestas anteriores, para ayudar a su supervisor o evaluador a entender mejor su conceptualización de este cliente, la relación terapéutica y el progreso en la terapia. Si lo desea, puede añadir páginas adicionales.

Referencias

- Adler, A. (1938). *Social interest: A challenge to mankind* (Translated by J. Linton and R. Vaughan). Faber and Faber Ltd.
- Alberti, R., and Emmons, M. (2017). *Your perfect Right: Assertiveness and equality in your life and relationships* (10th ed.). Impact.
- Bach, B., and Bernstein, D. P. (2019). Schema therapy conceptualization of personality functioning and traits in ICD-11 and DSM-5. *Current Opinion in Psychiatry*, 32(1), 38-49.
<https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000464>
- Baltes, P. B., and Staudinger, U. M. (2000). Wisdom: A metaheuristic (pragmatic) to orchestrate mind and virtue toward excellence. *American Psychologist*, 55(1), 122-136.
<https://doi.org/10.1037/0003-066X.55.1.122>
- Bernstein, D. P. (2018). *Qualities of the Healthy Adult: iModes cards*.
<https://www.i-modes.com/en/shop/healthy-adult-strengths-tool/>
- Dweck, C.S. (2017). From needs to goals to representations: Foundations of a unified theory of motivation, personality and development. *Psychological Review*, 124, 689-719.
<https://doi.org/10.1037/rev0000082>
- Louis, J. P., Wood, A., & Lockwood, G. (2020). Development and validation of the Positive Parenting Schema Inventory (PPSI) to complement the Young Parenting Inventory (YPI) for Schema Therapy (ST). *Assessment*, 27(4), 766-786. doi:10.1177/1073191118798464
- Edwards, D. J. A. (2022). Using Schema Modes for Case Conceptualization in Schema Therapy: An Applied Clinical Approach. *Frontiers in Psychology*, 12 online:
<https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.763670/full>
- Jacka, F.N., O'Neil, A., Opie, R. et al. (2017). A randomised controlled trial of dietary improvement for adults with major depression (the 'SMILES' trial). *BMC Medicine*, 15(1), 1-13.
<https://doi.org/10.1186/s12916-017-0791-y>
- Kałużna-Wielobób, A., Strus, W. ł, and Ciecuch, J. (2020). Community feeling and narcissism as two opposite phenomena. *Frontiers in Psychology*, 11, 2621.

<https://www.frontiersin.org/article/10.3389/fpsyg.2020.515895>

Maslow, A. (1973). *The farther reaches of human nature*. Penguin.

Maurer, M. M., and Daukantaitė, D. (2020). Revisiting the Organismic Valuing Process Theory of Personal Growth: A Theoretical Review of Rogers and Its Connection to Positive Psychology. *Frontiers in Psychology*, 11

<https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsyg.2020.01706>

Neff, K., D. (2013). The science of self-compassion. In C. Germer, and R. Siegel (Eds.), *Compassion and wisdom in psychotherapy* (pp. 79-92). Guilford.

Rogers, C. R. (1957). The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Journal of Consulting Psychology*, 21(2), 95-103. <https://doi.org/10.1037/h0045357>

Rogers, C. R. (1967). *On becoming a person: A therapist's view of psychotherapy*. Constable.



© 29 de abril de 2023. **International Society of Schema Therapy**

Queda estrictamente prohibida la reproducción o traducción no autorizada, total o parcial, sin el consentimiento por escrito de la Sociedad. Las traducciones autorizadas a más de 30 idiomas se publicarán a su debido tiempo en el sitio web de la ISST <https://schematherapysociety.org>. También puede ponerse en contacto con la ISST en esta dirección cc@isst-schemasociety.org en caso de que necesite más información sobre el formulario, para saber si existe una traducción autorizada en algún idioma concreto o para solicitar una traducción a un idioma para el que aún no se haya realizado ninguna traducción.