
LA TERAPIA CENTRADA EN ESQUEMAS DE JEFFREY YOUNG

The scheme therapy of Jeffrey Young

*Edgar Rodríguez Vílchez**

Resumen

La terapia de esquemas es una psicoterapia integradora que combina elementos de las escuelas cognitivo-conductuales, teoría del apego, gestalt, constructivistas y elementos dinámicos. Young ha estado elaborando la terapia de esquemas durante los últimos 20 años, a partir de la casuística de todos aquellos que comparten sus planteamientos. La terapia de esquemas surge como una alternativa de afronte para aquellos pacientes con trastornos psicológicos crónicos consolidados, considerados difíciles de tratar, incluidos los pacientes con TP y los que tienen aspectos caracterológicos significativos que constituyen la base de los trastornos del Eje I.

Palabras clave: Psicoterapia, terapia de esquemas

Abstract

Scheme therapy is an integrated psychotherapy which mixes elements from cognitive and behavior therapy, Attachment theory, Gestalt, constructivist and dynamic elements. Young has developed the Scheme therapy during the last 20 years, from the casuistic of the ones who share his approaches. The Scheme therapy comes up as a good alternative to those patients who suffers consolidated chronic psychological disorders, considered difficult to treat, including patients with TP and those who have significant characterological aspects that constitute the disorder basis of Axis I Disorders.

Key words: Psychotherapy, schema therapy

* Docente de la Facultad de Psicología y Humanidades, Universidad Femenina del Sagrado Corazón.
rodriguez_vilchez@hotmail.com

INTRODUCCIÓN

En mis casi 30 años de labor Psicoterapéutica he podido ir reflexionando, a partir de la confrontación de los conocimientos adquiridos y su aplicación en la práctica clínica, acerca de aquello que realmente mejora emocionalmente al paciente y en su calidad de vida integral. No ha sido fácil llegar a conclusiones claras, más aún habiendo recibido una formación netamente psicoanalítica en mi formación académica de pregrado, para luego tener un amplio espectro de diversos lentes paradigmáticos, conociendo el modelo conductual, el cognitivo, el conductual cognitivo hasta llegar a la Teoría de los esquemas, teoría integradora que ha llenado mis expectativas por dos razones: la visión integradora de la personalidad y sus trastornos y la efectividad en la superación del dolor emocional en la práctica clínica. Es por esta razón que me animo a presentar un escrito de la Terapia Centrada en los esquemas de Young, con la finalidad de que se pueda tener claridad de sus planteamientos y elementos terapéuticos en la actualidad.

La terapia de esquemas es una psicoterapia integradora que combina elementos de las escuelas cognitivo-conductuales, teoría del apego, gestalt, constructivistas y elementos dinámicos. Young ha estado elaborando la terapia de esquemas durante los últimos 20 años, a partir de la casuística de todos aquellos que comparten sus planteamientos. La terapia de esquemas surge como una alternativa de afronte para aquellos pacientes con trastornos psicológicos crónicos consolidados, considerados difíciles de tratar, incluidos los pacientes con TP y los que tienen aspectos caracterológicos significativos que constituyen la base de los trastornos del Eje I.

La terapia de los esquemas evolucionó a partir del tratamiento cognitivo de Beck. Las estrategias cognitivo-conductuales han demostrado ser efectivas para muchos trastornos del eje I, que incluyen trastornos del estado de ánimo, ansiedad, sexuales, trastornos alimentarios, somatoformas y de consumo de sustancias. Estos tratamientos han sido tradicionalmente aplicados a corto plazo y se han centrado en la reducción de los síntomas, en la creación de habilidades y la modificación de pensamientos distorsionados y esquemas. No obstante, aunque muchos pacientes son ayudados por las estrategias cognitivo-conductuales, otros muchos no lo son. Por ejemplo, en la depresión, la tasa del

éxito es de más del 60% inmediatamente después del tratamiento, pero con una tasa de recidivas de aproximadamente el 30% después de un año. Con frecuencia son los pacientes con dilemas existenciales, problemas de carácter crónico y con TP subyacentes los que no llegan a responder al tratamiento tradicional cognitivo-conductual.

Así, la característica más destacada es que la terapia de lo esquemas ofrece, tanto al terapeuta como al paciente, un marco integrador que le sirve para organizar y comprender patrones profundos, persistentes y autoderrotistas de pensamiento, conducta, sentimiento y de relaciones con los demás, que Young bien a denominado esquemas disfuncionales tempranos.

Los supuestos de los que parte el modelo de Young, para ser considerado como una alternativa al modelo de Beck, son los siguientes:

1. No todos los pacientes tienen acceso fácil a sentimientos, pensamientos e imágenes.
2. No siempre es posible aislar problemas claros e identificarlos para el tratamiento.
3. A veces el paciente no está motivado para la tarea y tiene problemas para aprender estrategias de autocontrol, siendo ésta una de las características más destacadas de los pacientes con trastornos de personalidad.
4. No siempre es fácil desarrollar una relación de colaboración paciente-terapeuta, dificultad que es también muy destacada en pacientes con trastornos de personalidad.
5. En función a lo anterior, podemos considerar que pueden existir, con cierta frecuencia, dificultades en la relación terapéutica con este tipo de pacientes con estos trastornos.
6. No todos los patrones conductuales y cognitivos se pueden cambiar con el análisis empírico, el discurso lógico, la experimentación, etc.

Al plantear estos supuestos, Young estaba delimitando el campo de aplicación de su modelo a los problemas emocionales crónicos y los trastornos de personalidad, puesto que las características arriba enumeradas pueden aplicarse en mayor o menor grado a estos desórdenes. Por ejemplo, con un paciente con un trastorno narcisista de la personalidad no va a ser fácil establecer una relación terapéutica de colaboración, un

paciente con un trastorno límite tendrá dificultades en aislar áreas principales de problemas, tendrá poca motivación y no le será fácil establecer estrategias de autocontrol.

Para acceder y abordar mejor la problemática de este tipo de pacientes el modelo de Young se presenta, por tanto, con unas características claramente diferentes de las del modelo de Beck:

1. El modelo de Young utiliza un menor nivel de descubrimiento guiado.
2. El modelo de Young utiliza en menor medida la confrontación.
3. Puesto que la terapia se aplica a pacientes con trastornos de personalidad y problemas de carácter, la terapia de Young necesita un mayor número de sesiones, porque estos pacientes presentan una mayor resistencia al cambio.
4. En función del tipo de técnicas que utiliza, como veremos en su apartado correspondiente, las sesiones dentro de la terapia centrada en esquemas tienen una mayor carga afectiva.
5. El modelo de Young identifica y supera la evitación cognitiva y conductual que presentan estos pacientes con trastornos de personalidad.
6. Finalmente, el modelo de Young se centra, como veremos, en el esquema disfuncional temprano, que implica conocer los orígenes, la infancia de los pacientes y la influencia de todo ello en sus problemas, y por ello, utiliza un mayor número de estrategias de tipo emocional.

A niveles de investigación existe una serie de estudios ya realizados o que están en vías de realización para comprobar la teoría sobre los esquemas desadaptativos tempranos, gracias a la validación del Cuestionario de Esquemas de Young y Brown. Además se están realizando una serie de estudios de resultado para comprobar la eficacia de la terapia centrada en esquemas con distintos trastornos pero, básicamente, la mayor parte de los estudios se ha centrado en la validación de la teoría del esquema de Young a través de sus investigaciones con el Cuestionario de Esquemas.

CONCEPTOS BÁSICOS DEL MODELO

Esquemas disfuncionales tempranos y dimensiones de esquemas

El concepto principal del modelo de Young es, como ya se ha comentado, el de esquema disfuncional temprano. En todos sus trabajos Young ha definido el concepto de esquema disfuncional temprano de la siguiente manera:

Los esquemas disfuncionales tempranos son temas muy estables y duraderos que se desarrollan y se elaboran a lo largo de toda la vida de los individuos.

Las siguientes características de los esquemas disfuncionales tempranos, resumidas en el cuadro 1 nos dan una idea de su rango y alcance.

Cuadro 1
Principales características de los esquemas disfuncionales tempranos

PRINCIPALES CARACTERÍSTICAS
<ul style="list-style-type: none"> • Verdades a priori. • Se auto-perpetúan. • Resistentes al cambio. • Disfuncionales. • Suelen ser generados y activados por experiencias ambientales. • Afecto elevado. • Interacción entre el temperamento y experiencias evolutivas disfuncionales.

Los esquemas disfuncionales tempranos reflejan creencias incondicionales sobre uno mismo en relación al ambiente. En función de esto:

1. Se autoperpetúan, por eso son más difíciles de cambiar.
2. Son claramente disfuncionales y, por tanto, mantenerlos tiene consecuencias negativas.
3. Se activan por acontecimientos relevantes o coherentes con un esquema concreto.
4. Están asociados a niveles elevados de afecto.
5. Son consecuencia de experiencias disfuncionales con los padres, los hermanos, etc., es decir, de experiencias que tenemos con las personas signifi-

cativas de nuestra vida, sobre todo, en los primeros años de la vida.

Orígenes de los esquemas

Young plantea que los esquemas son la secuencia de una interacción entre unas necesidades emocionales centrales no satisfechas en la infancia, experiencias tempranas y el temperamento innato del niño.

Ha postulado **5 necesidades emocionales centrales**:

- 1) Afectos seguros con otras personas.
- 2) Autonomía, competencia y sentido de identidad.
- 3) Libertad para expresar las necesidades y emociones válidas.
- 4) Espontaneidad y juego.
- 5) Límites realistas y autocontrol.

De acuerdo con el modelo de los esquemas, un individuo psicológicamente sano es el que puede conseguir satisfacer adaptativamente estas necesidades emocionales centrales.

Experiencias vitales tempranas

Los esquemas que se desarrollan más tempranamente y tienen mayor impacto se originan típicamente en la familia nuclear. Otras influencias se vuelven cada vez más importantes a medida que el niño va madurando, como compañeros, escuela, grupos de la comunidad y cultura circundante, y pueden llevar también al desarrollo de esquemas. Sin embargo, los esquemas que se desarrollan más posteriormente no son tan extendidos o tan poderosos.

En la práctica clínica hemos observado 4 tipos de experiencias vitales tempranas que promueven la adquisición de esquemas.

El primero, la frustración tóxica de las necesidades, se produce cuando el niño experimenta “muy poco de algo bueno” y adquiere esquemas tales como la Carencia Emocional o Abandono/Inestabilidad por deficiencias en su ambiente temprano. El ambiente del niño está perdiendo algo importante, como es la estabilidad, comprensión o amor.

El segundo tipo de experiencia vital temprana es la traumatización. Aquí, el niño es dañado, criticado,

controlado o victimizado y desarrolla esquemas tales como Desconfianza/Abuso, Imperfección o Vulnerabilidad al peligro.

En el tercer tipo, el niño experimenta “demasiado de algo bueno”: los padres dan al niño demasiado de algo que, en moderación, es saludable para un niño. Con esquemas tales como Dependencia o Derecho, por ejemplo, el niño es mimado o consentido.

El cuarto tipo de experiencia vital que crea esquemas es la interiorización selectiva o identificación con otros significativos. El niño se identifica de modo selectivo, e interioriza los pensamientos, las sensaciones y las experiencias de sus padres. Básicamente, el niño interioriza los esquemas de los padres. Es éste un origen común del esquema de Vulnerabilidad. El niño recoge los temores y fobias de los padres. Creemos que el temperamento determina en gran medida si un niño se identifica con una característica específica de un padre y la interioriza.

Temperamento emocional

Además de las experiencias infantiles tempranas, el temperamento biológico del niño desempeña un papel importante en el desarrollo de los esquemas. Numerosas investigaciones apoyan la importancia de los apuntes biológicos de la personalidad. Por ejemplo, Kagan generó numerosos datos de investigación sobre los rasgos de temperamentos presentes en la infancia y observaron que eran muy estables en el tiempo. Se podría pensar que el temperamento es la mezcla de puntos únicos del individuo en este conjunto de dimensiones.

El temperamento interactúa con los acontecimientos de la infancia en la formación de los esquemas. Los diferentes temperamentos exponen de modo selectivo a los niños a diferentes circunstancias vitales. Por ejemplo, un niño agresivo tendría una mayor probabilidad de producir abuso físico por tener un padre violento que un niño pasivo, apaciguador. Además, los diferentes temperamentos hacen que los niños sean diferencialmente susceptibles a circunstancias vitales similares. Con el mismo tratamiento, 2 niños podrían reaccionar de modo muy diferente. Por ejemplo, consideremos 2 niños que son rechazados por sus madres. El niño tímido se esconde del mundo y cada vez se vuelve más apartado y dependiente de su madre, mien-

tras que el niño sociable se aventura y entabla otras conexiones más positivas. En efecto, se ha demostrado que la sociabilidad es un rasgo prominente de los niños resistentes que se halla a pesar de sufrir abuso o negligencia.

En el cuadro 2 aparecen una serie de dimensiones de temperamento emocional que se consideran innatas y difíciles de cambiar, simplemente, con la psicoterapia.

Cuadro 2

Dimensiones innatas del temperamento emocional

Lábil	No reactivo
Distímico	Optimista
Ansioso	Calmado
Obsesivo	Distraído
Pasivo	Agresivo
Irritable	Alegre
Vergonzoso	Sociable

A continuación presentamos los dieciocho esquemas desadaptativos tempranos identificados por Young, que se agrupan en 5 dimensiones. Cada una de estas dimensiones refleja una necesidad crítica de los niños relacionada con el funcionamiento adaptativo. Las dimensiones describen, a su vez, relaciones tempranas disfuncionales con padres y amigos, donde radican los orígenes del esquema, así como el funcionamiento interpersonal adulto.

Dimensiones y principales esquemas desadaptativos tempranos

Dimensión: desconexión y rechazo

Abandono/inestabilidad se refiere a la creencia de que los demás no pueden darnos un apoyo fiable y estable.

Desconfianza/abuso. El individuo espera que los demás lo hieran o se aprovechen de él.

Privación emocional refleja la creencia en que no lograremos nuestras necesidades de apoyo emocional, sobre todo, en relación a la alimentación, la empatía y la protección.

Imperfección/ vergüenza, recoge la visión de sí mismo como antipático e indeseable socialmente.

Aislamiento social, describe la creencia en que uno no es parte del grupo o la comunidad, que uno está solo y que es diferente de los demás.

Dimensión: perjuicio en autonomía y desempeño

Dependencia/incompetencia supone la creencia en que el individuo es incompetente y está desamparado y por tanto, necesita la asistencia de los demás para funcionar.

Vulnerabilidad al daño o la enfermedad hace que los pacientes esperen tener experiencias negativas que no controlan, tales como crisis médicas, emocionales o naturales.

Enmarañamiento, se encuentra en individuos que se relacionan demasiado con personas significativas, a costa de su propio desarrollo, es decir, en aquellas personas que no consiguen desarrollar una identidad individual segura, al margen de los demás.

Fracaso refleja la visión de que el individuo ha fracasado en el pasado y continuará haciéndolo, debido a una ausencia inherente de inteligencia, talento u otras habilidades.

Dimensión: Límites inadecuados

Grandiosidad a la creencia de que el individuo es superior a los demás, pudiendo llegar a ser extremadamente competitivo o dominante.

Autocontrol insuficiente/autodisciplina se encuentra en individuos que no demuestran un autocontrol adecuado. Pueden ser impulsivos, tener dificultad con la autodisciplina y tener problemas para controlar sus emociones.

Dimensión: tendencia hacia el otro

Subyugación, supone abandonar el control a causa de sentimientos externos de coerción. Estos individuos esperan que los demás sean agresivos, revanchistas, o los abandonen si expresan sus necesidades o sentimientos, por lo que las suprimen.

Autosacrificio aparece en individuos que descuidan sus propias necesidades de manera que pueden ahorrar el dolor a los demás.

Búsqueda de aprobación/búsqueda de reconocimiento aparece en individuos que quieren ganar la aceptación de los demás, a costa del desarrollo de su propia identidad.

Dimensión: sobrevigilancia e inhibición

Negatividad/pesimismo refleja la atención sobre los aspectos negativos de la vida, así como la expectativa de que nada irá bien. Estos individuos se caracterizan por un pesimismo omnipresente, tristeza y preocupación.

Control excesivo/inhibición emocional se encuentra en individuos que evitan la espontaneidad para mantener la sensación de que preveen y controlan sus vidas o para evitar la vergüenza.

Norma Inalcanzables recoge la creencia en que uno debería cumplir con reglas rigurosas de actuación, autoimpuestas, normalmente para evitar la crítica.

Condena, recoge la visión de que los individuos deberían ser fuertemente castigados por sus errores. Estos individuos no toleran sus propios errores ni los de los demás.

Describiremos a continuación, brevemente, estas 5 dimensiones:

1. **La dimensión de desconexión y rechazo** incluye individuos criados en ambientes que carecen de alimentación, afecto, aceptación y estabilidad. Los adultos criados en este tipo de ambiente asumen que no van a encontrar en la vida su deseo de amor, aceptación, seguridad y empatía. Los esquemas dentro de esta dimensión recogen las diversas “posibilidades” o “consecuencias” de este tipo de privaciones. Un niño si afecto o sin aceptación tendrá una cierta probabilidad de desarrollar un esquema como el de imperfección/vergüenza.
2. **La dimensión de perjuicio en autonomía y desempeño** refleja un ambiente infantil muy complicado y sobreprotector. En sus relaciones en la vida adulta, estos individuos son demasiados dependientes de los demás y creen que carecen de las habilidades adecuadas para afrontar situaciones por ellos mismos. Es fácil que un niño excesivamente protegido desarrolle esquemas disfuncionales tempranos como, por ejemplo, el de dependencia/incompetencia.
3. *Los individuos incluidos en la dimensión de límites inadecuados*, normalmente fueron criados por padres permisivos y demasiado indulgentes, lo cual pudo contribuir a que se creyeran superiores, como adultos carecen de auto disciplina y pueden tener un sentimiento de autoridad en sus relaciones con los demás, llegando incluso a ser insensibles ante las necesidades y deseos de las otras personas.
4. **La dimensión de la tendencia hacia el otro** está fomentada por experiencias tempranas en las que las necesidades del niño son secundarias a las necesidades de los demás. En sus interacciones en la

vida adulta se preocupan más del bienestar de los demás y de ganar su aprobación que de sus propias necesidades. Esquemas como el de subyugación sería un buen ejemplo de esta dimensión.

5. **La última dimensión, la de sobrevigilancia e inhibición**, se desarrolla cuando se educa a los niños en el perfeccionismo, en una familia rígida. En su vida adulta presenta un exceso de control, con reglas extremadamente elevadas. Por ejemplo, es normal que un individuo criado en ese ambiente desarrolle un esquema disfuncional temprano que lo lleve a interpretar sus experiencias en función del éxito o del fracaso.

Operaciones

El siguiente concepto que debemos definir es el de operaciones de esquema. Existirían **dos operaciones de esquema básicas**:

Por una parte la **perpetuación o el mantenimiento del esquema, y por otra parte la curación del esquema**. Es decir cada pensamiento, sentimiento, conducta o experiencia de vida relevante para un esquema puede producir dos cosas, o bien perpetúa y mantiene el esquema o cura el esquema, al debilitarlo. La primera cuestión, la perpetuación, la veremos a continuación, mientras que la de curación quedaría mejor reflejada mediante el proceso terapéutico, al ser lógicamente dicha curación la meta de la terapia que perseguimos los que trabajamos con este modelo.

La perpetuación del esquema se refiere a todo lo que el paciente hace, ya sea interna o conductualmente, que mantiene en funcionamiento el esquema. Perpetuarlo o mantenerlo incluiría todos los pensamientos, sentimientos y conductas que permitan reforzarlo, más que curando, el esquema. Por ejemplo, un paciente con el esquema disfuncional temprano de autosacrificio que lo lleva continuamente a darse a los demás. Cada vez que lo haga y se sienta satisfecho por ello, pensando que ese es su papel en la vida o su obligación y sintiéndose satisfecho por la respuesta o el aprecio de los otros, va a perpetuar dicho esquema, puesto que no afronta, de ese modo, situaciones en las que se comportara de manera distinta abriéndose a experiencias diferentes. Lo fundamental sería que el paciente viviera situaciones en las que se comportara de otra manera, más autónoma y con menos auto-obligaciones hacia los otros y explorara las consecuencias de ello.

Los esquemas se perpetúan, pues a través de 3 mecanismos primarios: las distorsiones cognitivas, los patrones vitales autoderrotistas y los estilos de afrontamientos de esquemas.

Mediante las **distorsiones cognitivas** los individuos perciben de forma equivocada las situaciones, de tal manera que el esquema se refuerza acentuando la información que confirma el esquema y minimizando o negando cualquier información que va a contradecirlo. Un individuo puede bloquear las emociones conectadas con un esquema de forma bastante efectiva. Cuando se bloquea el afecto, el esquema no alcanza el nivel de la conciencia de manera que la persona no puede hacer nada por cambiarlo o por curarlo.

En relación a los **patrones vitales**, conductualmente, el individuo realiza patrones equivocados, **seleccionados de forma inconsciente**, y permanecen en situaciones y relaciones que disparan y perpetúan el esquema, evitando, por tanto, situaciones interpersonales que van a facilitar que cure o modifique el esquema. Por ejemplo, una persona con el esquema de desconfianza/abuso va a relacionarse, sin darse cuenta, con personas críticas, exigentes o controladoras, que abusaran de ella en cierta medida, lo que conducirá a la perpetuación del esquema.

El tercer mecanismo de perpetuación del esquema son los **estilos de afrontamiento y respuestas desadaptativas**. Para entenderlo debemos asumir que Young distingue en su modelo entre los componentes del esquema y las conductas. Es decir los esquemas se componen, como hemos visto, de recuerdos, emociones, sensaciones corporales y cogniciones, pero no de conductas. La conducta formaría parte del estilo de afrontamiento. Para Young, el esquema dispara la conducta.

Los pacientes desarrollan estilos de afrontamiento y respuestas desadaptativas al comienzo de sus vidas para poder adaptarse a los esquemas, de manera que estas estrategias o estas respuestas desadaptativas facilitan que no tengamos que experimentar las emociones intensas y arrolladoras que normalmente causan los esquemas. Este tipo de respuestas pueden servir para evitar el esquema, pero no para curarlo y por tanto, lo único que facilitan es perpetuar o mantener el esquema.

Existen 3 estilos de afrontamiento desadaptativos importantes en relación al mantenimiento del esquema:

1. Rendirse al esquema.
2. Evitación del esquema.
3. Sobre compensación.

1. **Rendirse al esquema** supone que el paciente no intenta evitarlo o luchar contra él, sino que acepta el esquema como si fuera cierto o verdadero, siente el dolor emocional del esquema directamente y actúa de forma que confirman el esquema. Sin darse cuenta de lo que está haciendo, **el paciente repite patrones que conducen al esquema, de manera que en su vida adulta continúa reviviendo las experiencias infantiles que crearon el esquema**. Inicialmente, Young denominó a este estilo un proceso de mantenimiento del esquema. Por ejemplo, una mujer con un esquema de desconfianza/abuso puede casarse con un hombre que tenga aventuras amorosas continuamente, con lo cual confirma sus creencias de que la van a traicionar y de que se no se puede confiar en la gente.
2. **La evitación del esquema** ocurre cuando el individuo evita cogniciones, afectos o conductas, de manera que no se active el esquema. Mediante este proceso el individuo está intentando evitar el malestar que aparece con la activación del esquema. La evitación del esquema, por tanto, se refiere a cualquier cosa que podemos hacer para evitar que se active un esquema, desde pensar y bloquear pensamientos e imágenes que lo activen, distraernos, evitar sentimientos, beber o comer en exceso, tomar drogas, limpiar de forma compulsiva o convertirnos en adictos al trabajo, cualquiera de estas conductas puede ser un ejemplo de evitación del esquema. Por ejemplo, un paciente con un esquema de auto-sacrificio puede evitar mantener relaciones interpersonales.
3. **Los pacientes sobrecompensan** cuando luchan contra el esquema pensando, sintiendo, comportándose y relacionándose con los demás de forma opuesta, como si el esquema fuera incorrecto. Es decir, el individuo, compensa, en exceso, un esquema temprano, lo que conduce a que no se experimente el afecto desagradable asociado con el esquema. Por ejemplo, una mujer influida por un esquema de imperfección/vergüenza puede fanfa-

rronear sobre sus habilidades y parecer arrogante, esto reflejaría un intento de superar su creencia de imperfección la cual al final se va a debilitar. Otro ejemplo, de esta compensación sería, por ejemplo, un paciente que se ha sentido controlado en su vida infantil mientras que en su vida adulta intenta, para compensar, controlar a todos los demás y rechazar cualquier forma de influencia externa.

La sobrecompensación se puede ver como un intento, medianamente saludable, de luchar contra el esquema, aunque el esquema continúa perpetuándose, en lugar de curarse. Muchas personas que sobrecompensan nos aparecen como saludables. De hecho, algunos de los individuos más admirados en nuestra sociedad, por ejemplo líderes políticos, estrellas mediáticas o grandes empresarios son, con mucha frecuencia, sobrecompensadores.

En relación a la segunda operación, es decir la curación del esquema, Young asume, lógicamente, que esta va a ser la meta última de la terapia basada en esquemas. Dado que el esquema está compuesto por una serie de recuerdos, emociones, sensaciones corporales y cogniciones, curar un esquema va a suponer disminuir, en alguna medida, algunos de estos elementos, es decir la intensidad de los recuerdos conectados con el esquema, la carga emocional del esquema, la fuerza de las sensaciones corporales y las cogniciones desadaptativas. La curación del esquema también supone un cambio conductual ya que los pacientes aprenden a reemplazar estilos de afrontamientos desadaptativos por otros más adaptativos.

De manera que, y tal como veremos en el apartado dedicado a exponer la terapia, el tratamiento centrado en esquemas va a incluir, necesariamente, intervenciones cognitivas, afectivas y conductuales por igual, puesto que la conceptualización de los problemas de los pacientes se hace sobre una amplia base. A medida que vamos curando un esquema va a ser más difícil que se vuelva a activar. En el caso de que se active, la experiencia va a ser menos problemática, se va a poder afrontar más fácilmente y el paciente se va a recuperar de forma más rápida.

Respecto a la curación del esquema hay que tener en cuenta **3 aspectos fundamentales**:

La **primera cuestión** que debemos tener en cuenta es que los esquemas son muy difíciles de cambiar ya que las personas se resisten a ello. Por decirlo de alguna manera, en algunas ocasiones un esquema o una serie de esquemas es todo lo que un paciente tiene, con lo cual lo lógico es que se “aferren” a ellos.

En **segundo lugar**, para cambiarlos el paciente tiene que afrontarlos, tener claro cuáles son los esquemas que le están causando un problema y trabajar muy duro y de forma continua para poder modificarlos.

En **tercer lugar**, los esquemas, según asume el modelo, no desaparecen del todo, si no que una vez curados van a ser menos fuertes, menos relevantes y los pacientes van a poder responder a sus esquemas cuando se activen, con mayor facilidad. De manera, que lo que plantea el modelo es que los esquemas son, en cierta medida, para siempre, aunque con esfuerzo y continuidad podemos minimizarlos y aumentar nuestra capacidad de respuesta ante ellos.

Modos

El concepto de modo se originó en los trabajos que realizó el grupo de Young con pacientes con trastorno límite de la personalidad. Este tipo de pacientes presenta tal cantidad de esquemas disfuncionales tempranos y de respuestas de afrontamiento que era difícil para el terapeuta y para el paciente trabajar con todos. Es decir, este tipo de pacientes pueden, en un momento determinado, estar tristes, en otro enfadados, en otros comportarse de forma impulsiva, evitativa, etc. De manera que el concepto de modo se originó para poder explicar estos estados tan cambiantes. Los pacientes con un trastorno límite van a manifestar, pues, los cuatro modos principales, cambiando de uno a otro muy rápidamente.

Los 10 modos principales

MODOS DEL NIÑO

- El niño vulnerable es el niño abandonado, abusado, privado o rechazado

- El niño enfadado es el niño que no logra sus necesidades emocionales y reacciona con rabia.
- El niño impulsivo/no disciplinado expresa emociones y actúa según sus deseos, sin pensar en las consecuencias.
- El niño feliz es aquel que logra sus necesidades emocionales básicas.

MODOS DISFUNCIONALES DE AFRONTAMIENTO

- El que se rinde es el niño pasivo, desamparado que deja que los demás lo controlen.
- El protector separado es propio del que evita el dolor psicológico del esquema mediante el abuso de sustancias, evitando a la gente, o utilizando a los demás para escapar.
- El sobrecompensador lucha o devuelve los golpes tratando mal a los demás o comportándose de formas extremas para invalidar el esquema.

MODOS PTERNOS DISFUNCIONALES

- El padre castigador: el paciente internaliza al padre, por lo que castiga uno de sus modos infantiles por ser “malo”.
- El padre exigente empuja y presiona al niño para que alcance estándares muy elevados.

EL ADULTO SANO

- Es el modo que se intenta conseguir con la terapia, enseñando al paciente a moderar, apoyar o curar a los otros modos.

Los modos se refieren, por tanto, a las partes del sí mismo que lo componen habitualmente, incorporando esquemas específicos y estilos de afrontamiento que no han sido integrados, consistentemente, en una personalidad estable. Los modos están compuestos de pensamientos, emociones y conductas relacionados. Con el tiempo el grupo de Young ha identificado 10 modos de esquemas principales agrupados en 4 categorías básicas tal y como se ha reflejado en el cuadro anterior. Los modos son tem-

porales y se activan normalmente mediante algún tipo de estresor. Los individuos pueden cambiar de modo rápidamente o puede predominar uno de ellos. El modo específico que se experimenta puede reflejar aspectos del estresor. Por ejemplo, en el trabajo, el narcisista puede ir al modo de sí mismo engrandecedor alentándose a actuar con autoridad y arrogancia. Sin embargo esos mismos individuos pueden cambiar al modo de niño solitario en el contexto de una relación romántica si son rechazados en sus intentos para buscar atención y afecto. Por tanto, el contexto ayuda a determinar qué modo exhibirá el individuo.

Algunos grupos de esquemas o de respuestas de afrontamiento se activan conjuntamente. Por ejemplo, en el modo del niño vulnerable el afecto supone un niño desamparado, frágil, triste, etc. En este modo los esquemas que se activan son, por ejemplo, los de privación emocional, abandono y vulnerabilidad. Mientras que por ejemplo, en el modo de protector separado, hay una ausencia de emoción junto a niveles elevados de evitación. Vemos con ello como algunos modos se componen, ante todo, de esquemas, y otros de respuestas de afrontamiento.

En relación a la categoría de los modos del niño, el modelo asume que estos modos son innatos y universales, es decir, todos los niños nacen con el potencial para manifestarlos, es decir, para sentirse un niño vulnerable, por ejemplo, o un niño encolerizado. El niño vulnerable es el modelo que usualmente experimenta la mayor parte de los esquemas centrales, es el modo del niño abandonado, del niño que se ha abusado, del niño privado o del niño rechazado. El niño encolerizado es la parte del niño que está enfadada por que no ha logrado sus necesidades emocionales y actúa con cólera hacia los demás sin anticipar las consecuencias. El niño impulsivo o poco disciplinado expresa emociones, actúa en función de sus deseos y sigue sus inclinaciones naturales, momento a momento, de una forma inconsecuente, sin tener en consideración las posibles consecuencias para él mismo o para los demás. El niño feliz es aquél que logra sus necesidades emocionales tempranas.

Young ha identificado 3 modos de afrontamiento disfuncionales:

El aquiescente que se rinde, el protector separado y el sobrecompensador.

Estos 3 modos corresponden a los 3 estilos de afrontamiento que acabamos de exponer en el apartado anterior. Por el momento, han identificado 2 modos disfuncionales paternos: el punitivo y el exigente. En estos modos el paciente se convierte en el padre que ha internalizado. El padre castigador castiga al niño por ser malo, y el padre exigente empuja y presiona al niño, continuamente, para que logre estándares excesivamente elevados.

El décimo y último modo que plantea el modelo, es el del adulto sano. Este es, lógicamente, el modelo que intente conseguir en terapia, enseñando al paciente a que modere o cure los otros modos disfuncionales.

EL PROCESO TERAPÉUTICO EN LA TERAPIA CENTRADA EN ESQUEMAS

El proceso terapéutico en la terapia centrada en esquemas se articula en relación a dos fases principales que recogen la integración de todo tipo de técnicas, desde técnicas cognitivas a técnicas conductuales, pasando por técnicas experienciales y por el manejo de la relación paciente-terapeuta.

La terapia centrada en esquemas puede ser breve, es decir, durar unas 35 sesiones o extenderse mucho más tiempo, en función de la gravedad y dificultad del caso tratado. De manera que la terapia puede llegar a durar un año o incluso alargarse más con pacientes con trastorno de personalidad límite. Las sesiones normalmente son semanales, aunque muchos clientes acuden, al principio, 2 veces por semana.

Veamos, a continuación, la primera fase del tratamiento, es decir, la fase de evaluación y educación en la terapia centrada en esquemas.

1.1. Primera fase: fase de evaluación y educación

Los objetivos de esta primera fase de evaluación consisten, en primer lugar, en que el cliente sea capaz de identificar y activar sus esquemas desadaptativos tempranos, sobre todo aquellos que son especialmente destacados en cada caso y, en segundo lugar, que el cliente empiece a ser instruido sobre el papel que juegan esos esquemas a la hora de mantener patrones de

vida desadaptativos. Para conseguir esas metas se ponen en marcha las siguientes estrategias:

En primer lugar, se hace una revisión de vida del cliente, identificando aquellos patrones que le funcionan y se relacionan los problemas actuales del paciente con sus orígenes históricos.

En segundo lugar, los clientes aprenden sobre sus esquemas leyendo capítulos importantes del libro de autoayuda Reinventando tu vida. En este libro se describen los esquemas, las raíces de ellos, sus patrones de mantenimiento y las estrategias para el cambio.

En tercer lugar, los clientes deben examinar sus respuestas dadas a una variedad de inventarios de esquemas desarrollados por el grupo de Young, como por ejemplo, Cuestionario de Esquemas de Young y Brown, el Inventario de Evitación de Young y Rygh, el Inventario de Compensación de Young, o el Inventario Parental.

En cuarto lugar, los esquemas se activan mediante técnicas experienciales, como por ejemplo, técnicas en imaginación, silla vacía, etc.

En quinto lugar, se discuten los patrones comportamentales que provocan esos esquemas en el marco de la relación terapéutica.

Y en sexto lugar, se descubren los modos de esquemas disfuncionales de larga duración, los estilos de afrontamiento de los clientes y otras conductas desadaptativas que interfieren con la satisfacción en las relaciones y en su campo profesional.

Por lo tanto, la evaluación que se lleva a cabo en esta fase es múltiple. Al final de la fase, terapeuta y paciente han desarrollado una conceptualización del caso completa y están de acuerdo en el plan del tratamiento a seguir, incluyendo las técnicas cognitivas, experienciales y conductuales así como los componentes curativos de la relación paciente-terapeuta que están estableciendo. Al final de la fase de evaluación el terapeuta debe ser capaz de completar una conceptualización sobre los esquemas del paciente, tal y como aparece descrito en el siguiente cuadro. Con este tipo de conceptualización, se sigue el estilo de otros modelos cognitivos. Se asume que la conceptualización

de esquemas en la terapia de Young tiene un enfoque mucho más amplio que en los otros modelos cognitivos. Entendemos que este alcance más amplio, se puede relacionar con encontrar los antecedentes “históricos”, familiares, de dichos esquemas, aunque debamos asumir que el tipo de conceptualización adecuada en cada modelo va a estar muy relacionada con las necesidades de cada caso, en estas primeras fases terapéuticas.

Elementos principales de la conceptualización de esquemas

1. Grupo de esquemas.
2. Disparadores de los esquemas.
3. Gravedad, y riesgo de descompensación.
4. Orígenes evolutivos.
5. Recuerdos infantiles.
6. Distorsiones cognitivas centrales.
7. Conductas de afrontamiento.
8. Prestar atención a la relación terapéutica.

Esta conceptualización tiene, lógicamente, un fuerte impacto en el curso del tratamiento ya que ofrece una serie de consideraciones tácticas y recomendaciones prácticas para elegir las metas del tratamiento y poner en marcha los procedimientos adecuados.

La identificación correcta del esquema o esquemas principales de los clientes guía la intervención, aumenta la alianza terapéutica ayudando a que el cliente se sienta comprendido y anticipa posibles áreas de problemas durante la fase del cambio.

Como vemos en el cuadro anterior, la conceptualización de esquemas recoge los principales conceptos dentro del modelo de Young y la meta fundamental estriba en conseguir obtener una descripción, lo más extensa posible, de todos los factores que influyen en el origen y mantenimiento de los esquemas. Gracias a ello, el terapeuta debe ser capaz, en esa fase inicial, de encontrar los principales esquemas del paciente, asociándolos con problemas de vida de éste, al menos los más relevantes. Esta asociación entre problemas de vida y esquemas se refiere igualmente, tal y como aparece en el cuadro anterior, a que el terapeuta debe ser capaz de establecer los vínculos entre los principales esquemas del paciente, aunque estos pertenezcan a dimensiones de esquemas diferentes. Igualmente, el

terapeuta debe ser capaz de especificar qué situaciones, en concreto, de la vida de los clientes, van a ser que aparezcan determinados esquemas. Además se debe considerar en qué medida estos esquemas y sobre todo, la incapacidad para afrontarlos, puede producir graves consecuencias en el paciente o tal y, como conceptualiza Young esta cuestión, un riesgo de descompensación. Como por ejemplo, el suicidio.

Se deben tener en cuenta, igualmente, los orígenes históricos o evolutivos de los esquemas. El terapeuta debe disponer de información sobre el comportamiento de la madre y el padre sobre el tratamiento que el cliente recibía durante su infancia por parte de las personas significativas de su familia o de su entorno. Es necesario conocer por ejemplo, los patrones habituales de conductas familiares, si se satisfacían o no y cómo, las necesidades básicas del paciente, etc.

Otro aspecto importante es que el cliente tiene que intentar encontrar recuerdos o imágenes de su infancia que luego se pueden asociar o vincular con la aparición de determinados esquemas.

Además, y como ya hemos comentado antes, los clientes van a presentar gran número de distorsiones cognitivas que luego se tratarán con diversas técnicas, sobre todo, de tipo cognitivo. Distorsiones cognitivas que entran en el rango de las detectadas en otros modelos.

Es importante describir el tipo de conductas que los clientes realizan, sobre todo aquellas relacionadas con el mantenimiento de los esquemas, conductas como por ejemplo de evitación, o de rendirse o de sobrecompensar los esquemas, tal y como han sido definidas en el apartado anterior.

La última cuestión a tener en cuenta en esta conceptualización de esquemas se refiere a la relación terapéutica, es decir, aquí debemos establecer el impacto de los esquemas o los modos de esquemas en la conducta del cliente en sesión, sus reacciones personales y sobre todo, la posibilidad de que el terapeuta manifiesta contratransferencia. Este es un aspecto particularmente importante, no sólo por que se emplea para promover el cambio, sino por que buena parte de los síntomas, en el caso de los pacientes con trastornos de personalidad, suponen serias “amenazas” contra la relación terapéutica. Por ejemplo, un paciente con un tras-

torno obsesivo-compulsivo, va a tener problemas en la confección de las tareas por su nivel elevado de exigencia, lo cual afectará a su relación con su terapeuta. Un paciente con un trastorno dependiente puede provocar reacciones negativas en el terapeuta al “aferrarse” excesivamente a él, etc.

La segunda fase de tratamiento es, propiamente, la de cambio.

Segunda fase: Fase de cambio

En esta segunda fase de tratamiento, el terapeuta debe intentar mezclar, de una forma flexible y creativa, las técnicas cognitivas, experienciales, conductuales, e interpersonales de las cuales se dispone para el tratamiento con pacientes. Hay que tener en cuenta que, en principio, aunque las técnicas utilizadas se describen o se clasifican de forma separada, en realidad todas las técnicas se mezclan entre sí, adaptándolas a cada caso en concreto.

El modelo de Young se aplica en formato de tratamiento individual. Sin embargo y, cuando el caso lo aconseja, este formato se puede modificar de manera que en el proceso de tratamiento se pueden hacer sesiones conjuntas con la familia del cliente, o plantear sesiones, sin el cliente, sólo con su familia, o se puede hacer terapia de grupo.

Pasaré a describir las técnicas principales utilizadas en el modelo de Young que se clasifican, como ya se ha dicho en 4 tipos principales.

Técnicas cognitivas

Como plantean Young y Cols., mientras que los pacientes crean que los esquemas son válidos no van a estar en disposición de modificarlos, es decir van a seguir manteniendo sus puntos de vista distorsionados sobre ellos mismos y los demás, de manera que con las técnicas cognitivas lo que aprende el paciente es a construir argumentos contra el esquema. Los pacientes deben dejar de creer en un esquema a niveles racionales, por lo cual se dispone de una serie de técnicas, que describiremos a continuación y que relacionan el modelo de Young con otros modelos cognitivos en el campo, antecedentes de éste.

La meta de utilización de las técnicas cognitivas es demostrar lógica y racionalmente, que las creencias

no tienen ningún sentido a nivel empírico, y para ello el grupo de Young utiliza exactamente las mismas técnicas que en los otros modelos cognitivos. Por ejemplo, una de las técnicas cognitivas que utilizan para reestructurar el pensamiento del paciente y así modificar los esquemas, es la comprobación de hipótesis correspondiente al modelo cognitivo de Beck.

Otra de las técnicas cognitivas que se utiliza en la terapia centrada en esquemas es la de revisar la evidencia que apoya estos esquemas. Para ello se le pide al paciente que lleva a cabo un proceso de revisión de vida. Esta revisión de vida supone que el paciente tiene que intentar evocar, recordar la mayor cantidad posible de situaciones, recuerdos, imágenes, etc., y volver a conectar estas situaciones o estos recuerdos de forma directa con los esquemas que ya se han puesto sobre la mesa, gracias a la conceptualización del caso, y que forman parte del problema central del paciente.

¿Cómo se trabaja después con los recuerdos evocados? Aquí de nuevo el modelo utiliza las mismas técnicas que otros terapeutas cognitivos, como por ejemplo Beck o Ellis. Así se puede utilizar la técnica del abogado del diablo, o la técnica de buscar evidencias y argumentos a favor y en contra de estos recuerdos o de esas imágenes y situaciones evocadas.

Tras haber revisado la evidencia que apoya los esquemas se puede pasar a examinar, de forma crítica, la evidencia que el paciente tiene para cada uno de los esquemas. La meta está en intentar contradecir la información negativa que el paciente utiliza para probar el esquema. El marco de trabajo con esta técnica es el empirismo colaborador, siguiéndose el estilo de otros terapeutas cognitivos cuando trabajan, por ejemplo, con los supuestos disfuncionales paternos que el paciente ha interiorizado. Además, se sigue el estilo de tratamiento basado en la técnica del descubrimiento guiado.

El descubrimiento guiado es un proceso de investigación mediante el cual cliente y terapeuta trabajan, en colaboración, para encontrar una forma diferente de ver las cosas. En el método básico del descubrimiento guiado se encuentra el diálogo socrático y que supone, entre otras cosas, lo siguiente:

1. No hacer preguntas cerradas, ni muy directivas.
2. No persuadir al cliente, sino que el terapeuta debe,

con preguntas abiertas, lograr que el cliente se dé cuenta de lo disfuncional de sus pensamientos.

3. Hacer preguntas de una forma tranquila y relajada, y no varias, una detrás de otra, sin esperar la respuesta del cliente.

Así, cuando los clientes buscan evidencia empírica, a favor o en contra de sus esquemas disfuncionales tempranos, aprenden a examinarlos de forma racional y se dan cuenta que no son adecuados. Por ejemplo, a un cliente con un esquema de fracaso se le puede pedir que haga una lista de todos sus méritos, evaluarlos y ponerlos en su contexto. Esta tarea se convierte, entonces, en la evidencia tangible de lo que se ha conseguido y de que no son en realidad un fracaso, tal y como ellos piensan.

Otra de las técnicas cognitivas principales empleadas en la terapia centrada en esquemas es la de la revisión de la evidencia que contradice el esquema. Si en la técnica anterior, también encaminada a modificar esquemas, se busca contradecir la información negativa que el paciente emplea (por ejemplo, “yo no puedo”, “yo no soy”, “soy malo”, etc.) para demostrar que un esquema es válido, en ésta lo que se pretende es que el paciente construya o encuentre información positiva (por ejemplo, “sí que puedo”) que contradiga el esquema tratado. Para conseguir esta revisión de la evidencia hay 2 técnicas principales que se utilizan dentro del modelo. Por una parte, la técnica del argumento y contraargumento que ahora expondremos y, por otra parte, la técnica de las tarjetas.

La técnica del argumento y contraargumento puede practicarse de diversas maneras. En una de ellas el terapeuta actúa en un diálogo terapéutico, como si fuera la parte sana, es decir la parte que contradice el esquema negativo del paciente, mientras que el paciente le responde jugando, entonces, el papel de su propio esquema. Después se invierten los papeles, es decir, el paciente pasa a jugar la parte sana que contradice su esquema, mientras que el terapeuta pasa a asumir la parte menos sana que avala el esquema disfuncional temprano que se está pretendiendo modificar. Este ejercicio se repite una serie de veces hasta que el paciente se da cuenta que su esquema lo conduce a una negación continua de informaciones positivas que lo pueden contradecir. Una importante variación de esta técnica es hacer que el paciente se enfade con el esquema.

En esta variación lo que hace el terapeuta es provocar al paciente, jugando el papel del esquema de forma extrema y exagerada, de manera que el paciente tiene que intentar batallar contra el esquema enfadándose y rehusando rendirse. Cuando el paciente se enfada con el esquema abre una brecha mayor entre su parte sana y los dictados del esquema desadaptativo.

Si el paciente logra un cierto nivel de práctica en esta técnica del argumento y contraargumento puede realizarla fuera de la sesión. Por ejemplo, una paciente con un esquema de abandono, de privación emocional y de que nadie la quería realizó esta tarea ella sola dándose argumentos a favor y en contra de sus esquemas negativos, basándose en la evidencia que obtenía de su trabajo y de otras experiencias relacionadas. Así por ejemplo, la paciente comenzó con un aspecto negativo expresando, por escrito, lo siguiente:

- “Me siento separada de los demás, resiento sola”. Como aspecto positivo la paciente escribió:
- Pero no me siento sola cuando estoy en el trabajo. Durante los últimos 3 meses he conocido gente nueva que me parece que me aceptan. Sé que mi grupo de trabajo me aprecia, que se preocupa por mí y yo estoy feliz de tenerlos cerca”. Como punto negativo anotó:
- Pero lleva tiempo construir algún tipo de amistad, me va a costar tiempo empezar a sentirme segura con nuevo grupo de gente. He hecho muchos cambios en mi vida y mi terapeuta está ayudando, lo único que tengo que hacer es ser paciente y seguir intentándolo, no debo rendirme”.

La última técnica que revisaremos, en este apartado, es el uso de las tarjetas. Las tarjetas consisten en frases o afirmaciones generadas por el terapeuta y el cliente que desafían directamente el esquema desadaptativo. La idea es que el paciente repita estas respuestas más racionales cada vez que se da cuenta que uno de sus esquemas principales desadaptativos se está activando, de manera que con esta repetición de una respuesta más racional pueda disminuir la intensidad del esquema. Por ejemplo, una mujer con un esquema de abandono e inestabilidad puede creer que su marido la va a abandonar si discuten por cualquier cosa. En su tarjeta de aviso de esquema podría leerse: “Temo que él me deje a causa de mi esquema de abandono, sin embargo realmente sé que él siempre ha sido de

fiar y que verdaderamente me quiere, mi esquema es erróneo”. Cuando el cliente lee estas tarjetas puede ver su situación de una manera más real y minimizar el afecto negativo.

Técnicas experienciales

Las técnicas experienciales se utilizan para que el paciente luche también contra el esquema no solo a nivel cognitivo, sino a un nivel emocional. Fundamentalmente estas técnicas experienciales se refieren a técnicas en imaginación y a diálogos, algunos imaginarios, para hacer que el paciente valide sus necesidades propias e incluso para producir una cierta catarsis de tipo emocional. La idea es que con estas técnicas en imaginación o estos diálogos, el paciente pueda expresar su cólera o su tristeza por lo que les ocurrió de niños.

Por ejemplo, cuando se utilizan estas técnicas se establecen diálogos imaginarios con los padres. Mediante estos diálogos, el paciente se afirma ante un padre o ante cualquier otra persona significativa de su infancia, lo que tranquiliza y conforta al niño vulnerable. Los pacientes hablan con sus padres de aquello que necesitaban y que no recibieron de ellos cuando eran niños, relacionando imágenes infantiles con imágenes de situaciones que los molestan en sus vidas presentes, lo cual contribuye a facilitar la conceptualización del esquema, a conocer el papel de éste en su momento actual, así como a paliar el “déficit emocional” que tuvieron en la infancia y que contribuyó al desarrollo de sus esquemas.

Una posibilidad de desarrollar este tipo de diálogos es mediante una carta, es decir en esta técnica lo que el cliente debe hacer es mandar una carta a sus padres en donde exprese de manera catártica sus emociones. Por regla general, estas cartas no se mandan y al paciente le basta haber expresado o “ventilado” sus emociones de una manera controlada o en un ambiente que no le causa ningún perjuicio.

En los ejercicios en imaginación, por ejemplo, un cliente con un esquema de privación emocional puede recordar, primero a instancias del terapeuta, una situación en la que pedía el cariño de su madre pero no lo recibía. En la imagen corregida puede expresar ira hacia su madre y entonces en la siguiente imagen pide y recibe afecto de ella.

Este tipo de ejercicios facilita la solicitud o la petición de apoyo en su vida adulta fuera de las sesiones, lo que contribuye a reducir el esquema.

Otra de las técnicas utilizadas en este bloque de técnicas experienciales es el juego de roles. En el juego de roles el cliente permanece con los ojos abiertos y hace ambos papeles, es decir el del niño y el del adulto al cual se está refiriendo, ya sea la madre o el padre. Por ejemplo, una cliente con un esquema de imperfección podría empezar jugando el papel de su padre crítico, entonces cambia de papel y hace de sí misma respondiendo, esta vez de manera asertiva, hablando a su padre e insistiendo en que no va a consentir que la critique y que en lugar de sus críticas lo que necesita es afecto y halagos. Este ejercicio disminuye el peso de la visión negativa de su padre sobre ella y fortalece, lógicamente, un esquema más adaptativo.

Como vemos, estas técnicas recuerdan a la técnica gestáltica de las sillas vacías, en la que el cliente juega con ambas partes o con diversos personajes, con distinta finalidad, como por ejemplo, cerrar un “asunto inconcluso” con una persona significativa. Y son pues, un ejemplo, de este estilo técnico ecléctico de tratamiento que posee el modelo de Young tal y como comentábamos al comienzo de este escrito. No obstante, las técnicas se mantienen por sí mismas ya que permiten trabajar con afectos, aspectos “reprimidos” que deben manifestarse de diversas maneras, etc. Este tipo de técnicas acercan, parcialmente, al modelo de Young a terapias cognitivas de orientación constructivista. Por ejemplo, Mahoney utiliza técnicas importadas del marco humanista/experiencial, como la técnica de la “carta no mandada” o las sillas vacías.

Técnicas conductuales

El tercer bloque de técnicas es el de técnicas conductuales encaminadas a modificar patrones autodestructivos. La meta de estas técnicas es lógicamente producir un cambio conductual y básicamente serían de dos tipos: cambiar conductas que provocan esquemas o, por el contrario, cambiar el ambiente provocando cambios vitales importantes. A veces va a ser necesario el cambio conductual, otras el cambio del ambiente, y en otras ocasiones el paciente podrá emplear ambas estrategias para modificar un esquema.

El terapeuta ayuda al paciente a diseñar tareas conductuales para reemplazar respuestas de afrontamiento desadaptativas por otros patrones de conducta nuevos más desadaptativos. Es muy común que los clientes exhiban unos patrones de conducta crónicos de auto-rechazo, como por ejemplo, elegir compañeros inadecuados, abusar de sustancias ilícitas, ser demasiado agresivos cuando son criticados, o no implicarse en desafíos o en situaciones nuevas por miedo al fracaso o al rechazo. Tras la identificación de esos patrones, cliente y terapeuta pasan a acordar qué tipo de tareas conductuales se pueden hacer. Cuando se acuerda la tarea o la conducta a realizar se prepara cuidadosamente, haciendo ensayos, ya sea en vivo o en imaginación y utilizando tarjetas de recuerdo para que el paciente pueda superar los obstáculos que impidan un cambio conductual. Cuando el cliente ha llevado a cabo la tarea debe discutir con su terapeuta el resultado de ella, evaluando lo que ha aprendido. Un paciente con un esquema de perfeccionismo y de sobrevigilancia puede intentar hacer menos tareas en su trabajo. Un paciente, por ejemplo, con un esquema de vergüenza o de imperfección puede intentar iniciar nuevas amistades.

A veces es necesario cambiar el ambiente. Por ejemplo, un paciente con un esquema de autocontrol insuficiente/autodisciplina, puede comer en exceso, y esto producirle problemas de salud. Para regular su conducta de ingesta y minimizarla, puede evitar comprar y tener en casa todos aquellos alimentos “prohibidos” y disponer sólo de aquellos “permitidos”.

Otras veces, el cambio que se propone es un tanto más extremo. Por ejemplo, un paciente con un esquema de dependencia extremo puede irse unos días de casa lo que le facilitará comprobar sus posibilidades de funcionar más autónomamente y facilitará, incluso, cambios en la posible dinámica familiar.

Puesto que las conductas que realizamos los seres humanos son muy diversas, en otros casos, como ya se ha comentado el paciente buscará producir cambios conductuales y ambientales. Por ejemplo, un paciente con un esquema de imperfección/vergüenza puede practicar con el terapeuta habilidades sociales que generalizará fuera de la sesión. Al mismo tiempo, puede buscar cambios importantes en su vida, como evitar un determinado tipo de amigos, o terminar una relación

amorosa insatisfactoria, en la que no recibe más que críticas o desprecio.

Técnicas que trabajan con la relación paciente-terapeuta

Este último tipo de técnicas es de naturaleza interpersonal y se relaciona fundamentalmente con la relación terapéutica y son especialmente importantes en el contexto de los pacientes difíciles y especialmente con trastornos de la personalidad por lo complicado que resulta entablar una relación terapéutica con este tipo de pacientes y lo importante que llega a ser que el terapeuta no se comporte de manera que valide o reválide los esquemas disfuncionales tempranos del paciente.

La relación terapéutica puede utilizarse de 2 maneras para producir un cambio en el esquema:

1. Recrianza limitada, es decir, el terapeuta se comporta como un padre del paciente, pero sin seguir las viejas pautas de comportamiento, antiguas, de los padres de éste.
2. Utilizar la relación terapéutica para corregir esquemas que surgen en la interacción interpersonal.

El comportamiento del terapeuta puede ser, por tanto, muy importante para producir cambios en esquemas. Así por ejemplo, ante un paciente que haya experimentado una fuerte privación emocional en su infancia, el terapeuta puede comportarse apoyándolo y comprendiéndolo continuamente. Además, el terapeuta puede señalar la manera en la que los esquemas desadaptativos afectan la relación terapéutica. Cuando el terapeuta demuestra cómo surgen los esquemas en la sesión, los clientes se dan cuenta de cómo procede el esquema, cómo les funcionan y aprenden a reinterpretar sus interacciones con los demás. La relación entre los sentimientos interpersonales negativos en la sesión y las interacciones fuera de la sesión ayuda a que el cliente vea de qué manera sus esquemas y sus estilos de afrontamiento afectan a los demás. Por ejemplo, un paciente con un esquema de derecho/grandiosidad que se cree superior a los demás, puede llegar a ser extremadamente competitivo o dominante. Estos comportamientos pueden chocar con comentarios del terapeuta que le hace ver, por ejemplo, un error en una tarea o le señala, simplemente, algo que debe modificar. El paciente se va a sentir muy amenazado y esta sensación de amenaza

debe discutirse ampliamente en el ambiente protegido de la sesión, con un terapeuta, además, que no se sienta criticado por la reacción del paciente.

El empleo de la relación terapéutica como factor de cambios no es privativo del modelo de Young, pero sí que es una de las características más destacadas de los nuevos modelos en terapia cognitiva, sobre todo, de aquellos empleados para el tratamiento de los trastornos de la personalidad. Por tanto, el modelo de Young se caracteriza a niveles terapéuticos, por su matriz claramente ecléctico, es decir, utiliza un amplio rango de técnicas, incluso técnicas de enfoques tan diferentes como el modelo psicodinámico, con su especial atención a la relación y a la alianza terapéutica, o el modelo guesáltico, por ejemplo, con su especial atención a técnicas emocionales para producir algún tipo de insight emocional.

El tratamiento se va espaciando, tal y como es habitual en otros modelos cognitivos. La terminación del tratamiento sigue las líneas planteadas desde el inicio de la terapia, sobre todo que el paciente se dé cuenta de sus esquemas y la influencia de estos en su vida. Los objetivos del final de la terapia, son:

1. Reforzar el cambio logrado.
2. Anticipar futuras dificultades.
3. Ensayar alternativas de resolución posibles.
4. Ampliar los recursos del paciente, además de las tarjetas de ayuda, para facilitarle la posibilidad de detectar y actuar rápidamente ante el hipotético resurgimiento del esquema disfuncional temprano.

Para lograr estos objetivos se emplean las técnicas previstas dentro del modelo, y se anima a que el paciente vincule sus esquemas con los recursos y apoyos de todo tipo que se hayan utilizado durante el tratamiento. Así, por ejemplo y para terminar este artículo de las técnicas, un paciente puede recordar su esquema de reglas implacables, recordando el siguiente fragmento de un poema de Jorge Luís Borges que se mostró eficaz durante la terapia para trabajar con este esquema:

*Si pudiera vivir nuevamente mi vida...
En la próxima trataría de cometer más errores.
No intentaría ser tan perfecto, me relajaría más.
Sería más tonto de lo que he sido...*

.....

Pero ya ven, tengo 85 años y sé que estoy muriendo.

CONCLUSIÓN

El modelo de Young es uno de los modelos cognitivos más recientes y que más se está divulgando. El modelo tiene un matiz claramente integrador/ecléctico, al aunar técnicas de distinto tipo y sobre todo, de distinto origen.

Uno de los rasgos típicos de este modelo es la vinculación que se establece entre patrones actuales de vida y su origen en experiencias infantiles, familiares, sobre todo. De manera que la terapia centrada en esquemas es una de las terapias cognitivas actuales en donde se da una explicación "histórica" del problema del paciente, lo cual lo diferencia de otros modelos más "clásicos". Otros de los rasgos más destacados es el de aunar, en la conceptualización del problema del paciente, aspectos cognitivos, emocionales y conductuales.

Estamos, pues, ante un modelo de tratamiento cognitivo interesante y esperamos que en años futuros demuestre por completo su eficacia terapéutica, así como sus mecanismos de producción del cambio terapéutico, revalidando el papel de los esquemas disfuncionales tempranos.

BIBLIOGRAFÍA

- Oldham, J. (2008): *Trastornos de la personalidad*. Madrid: Masson.
- Young, J. (1999): *Reinventing Your Life*. New York: Plume.
- Young J. (2003): *Schema Therapy: A Practitioner's Guide*. New York: Guilford.

Fecha de recepción: 9 de octubre, 2009

Fecha de aceptación: 30 de octubre, 2009