

Terapia de esquemas: fundamentada desde su origen en las necesidades emocionales básicas.

Palabras clave: Terapia de esquemas, origen, necesidad emocional.

El crecimiento personal y el cambio pueden ser facilitados o inhibidos por los propios procesos mentales y las estructuras que los sostienen, el modelo de la terapia de esquemas nace bajo el interés de comprender mejor estos elementos y se da en el contexto del tratamiento de pacientes con problemas caracterológicos; es decir, de personalidad.

Jeffrey Young, quien originalmente guiaba sus intervenciones bajo la terapia cognitiva-conductual clásica de Beck, integró a dicho enfoque elementos de otros modelos basándose en las necesidades emocionales básicas no satisfechas que estos pacientes exhiben y que constituyen factores predisponentes a la pobre respuesta terapéutica o al breve mantenimiento del cambio; estos dos factores motivaron la creación del modelo.

Estos pacientes suelen tener presentaciones clínicas con problemas difusos, vagos o que involucran varios contextos de su vida y es justamente donde el modelo de esquemas alude al constructo de “patrones” de pensar y sentir así como a las tendencias a actuar que constituyen estrategias ante el dolor que estos pensamientos, sensaciones y emociones despiertan.

En ocasiones a pesar de que estos patrones tienen una presentación tan amplia, los pacientes pueden tener obstáculos para identificarlos como tal por lo que se les dificulta tener claridad en los objetivos de la terapia. En momentos suelen notar el patrón pero no logran comprender el porque se presenta así, incluso después de haber tenido proceso terapéutico que ayuda a modificar sus pensamientos; por lo que una consecuencia común es la desesperanza en el crecimiento personal por sentirse poco capaces de ejercer el cambio que anhelan.



Lo que lleva a estos pacientes a ser complejos en su presentación clínica es justamente lo que le dio origen a la misma: la insuficiente o nula satisfacción de necesidades emocionales básicas.

Suelen presentar dificultad para acceder a sus sentimientos y pensamientos ya que estos pueden formar parte de memorias implícitas que se han estructurado en etapas preverbales, aquí se identifica claramente la necesidad no satisfecha de los vínculos seguros que involucra el cuidado, guía, protección, estabilidad y consistencia de las interacciones con los cuidadores, todas ellas necesarias durante esta etapa de total dependencia del individuo. Esta misma necesidad no satisfecha condiciona la dificultad del paciente para establecer relaciones interpersonales satisfactorias y la relación terapéutica no es la excepción; en esta, se

evidencian las dificultades para desarrollar el vínculo idóneo para el crecimiento personal y se manifiesta con bloqueos para comprometerse en el trabajo colaborativo o para mantenerse suficientemente independientes del terapeuta para lograr la autonomía y competencia personales.

Esta falta de colaboración en el trabajo puede estar relacionada con la necesidad primaria de seguridad, pues cuando se ha vivido en un ambiente invalidante, donde priva la aceptación condicionada, un ambiente insuficientemente protector o reconfortante se aprende a no confiar en los otros y nuevamente el terapeuta no queda exento de la desconfianza.

El opuesto de esto es la excesiva dependencia hacia el terapeuta, con lo que tenemos otra de las necesidades emocionales en juego: la dificultad del paciente para verse como un ente autónomo, competente y con identidad propia, lo que le lleva a no poner en práctica en su vida cotidiana lo aprendido en terapia ya que no hay la auto-confianza en el logro, asumiendo que el terapeuta debe guiar cada paso limitando entonces la generalización del cambio.

En otros momentos estos pacientes denotan su aprendizaje relacionado con poner en primer lugar las necesidades de los otros con el objetivo de mantener los vínculos que han establecido o para evitar las emociones desagradables que les conlleva el ponerse a sí mismos como los receptores del cuidado, la aceptación incondicional y la valía con lo que podemos encontrarnos con falta de expresión de pensamientos y emociones auténticos y válidos si asumen que el terapeuta de alguna manera se verá involucrado, llevando nuevamente detrimento en el proceso de psicoterapia.



Una más de las dificultades que estos pacientes pueden presentar es la sobrevigilancia e inhibición que presentan en sus conductas, lo que pone en evidencia la insatisfacción de la necesidad de espontaneidad y libertad para jugar que todo niño requiere, esto los lleva a no permitirse experimentar lo que la terapia les implica para el cambio pues temen en ocasiones a las consecuencias de ello, a perder el control o se autocastigan duramente el salirse de lineamientos rígidos impuestos por las figuras importantes en su vida y que ahora han hecho suyos.

Todo lo anterior puede manifestarse como falta de compromiso en actividades colaborativas básicas que van desde el trabajo en sesión hasta las tareas entre las mismas. Esta característica puede igualmente ser parte de otra de las necesidades emocionales vitales que es el autocontrol y la autodisciplina para el logro de metas y que involucra la disposición a esforzarse y tolerar la incomodidad y frustración por un fin último.

Para concluir, estos paciente muestran además una inflexibilidad tanto cognitiva como conductual, basada en los aprendizajes tempranos y sus reforzadores a lo largo de la vida, con lo cual se entorpece la posibilidad de ser modificadas mediante el trabajo cognitivo aislado.

En ocasiones, aunque se logran cambios cognitivos, suelen persistir las emociones y sensaciones que componen al esquema y estos siguen motivando las conductas disfuncionales que se mantienen desactualizadas al contexto presente del paciente.

Basado en la identificación de las dificultades que muestran estos pacientes, el modelo de terapia de esquemas da un énfasis importante a la relación terapéutica como vehículo de cambio y a esta instancia la denomina vínculo reparentalizador, el cual está basado en el apego seguro entre el paciente y el terapeuta (La teoría del apego es así uno de los pilares del modelo). Igualmente da gran importancia a las experiencias de vida temprana y al origen de problemas en la infancia (integrando teorías psicoanalíticas y de terapia psicodinámica, además de las teorías del aprendizaje y el procesamiento cognitivo) al igual que hace énfasis en experiencias afectivas y somáticas para las que integra modelos de terapia como la Gestalt y la enfocada en emociones. Se trabaja mucho más con estos componentes afectivos y somáticos de lo que se hace en la terapia cognitiva clásica y finalmente mantiene un importante enfoque en la terapia conductual abonando con esto a la ruptura de patrones de respuesta tanto enfocados a conductas cotidianas como a patrones vitales que han sostenido la validez del esquema.

Así, Young integra técnicas cognitivas, conductuales, experienciales e interpersonales en torno a la satisfacción de necesidades emocionales básicas, utilizando el concepto de “esquema” como elemento unificador del cual hablaremos más a fondo en otro momento.

