

*Capítulo 8: La terapia de esquemas para el trastorno límite de la personalidad*  
*Autor: Jordi Cid Colom*

# ABORDAJE INTEGRADOR DEL TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD

CARLOS MIRAPEIX COSTAS

JAVIER VÁZQUEZ-BOURGON

ANDRÉS GÓMEZ DEL BARRIO

JESÚS ARTAL SIMÓN

# ABORDAJE INTEGRADOR DEL TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD

## EDITORES

### CARLOS MIRAPEIX COSTAS

Fundación para la investigación en psicoterapia y personalidad (FUNDIPP), Santander.  
Co-director del curso de especialista universitario en psicoterapia integrada de los trastornos de la personalidad, Universidad de Deusto.

### JAVIER VÁZQUEZ BOURGON

Servicio de Psiquiatría, Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, IDIVAL, Santander.  
Departamento de Medicina y Psiquiatría, Universidad de Cantabria, CIBERSAM.

### ANDRÉS GÓMEZ DEL BARRIO

Servicio de Psiquiatría, Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, IDIVAL, Santander.  
Departamento de Medicina y Psiquiatría, Universidad de Cantabria, CIBERSAM.

### JESÚS ARTAL SIMÓN

Servicio de Psiquiatría, Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, IDIVAL, Santander.  
Departamento de Medicina y Psiquiatría, Universidad de Cantabria.

# 8

## LA TERAPIA DE ESQUEMAS PARA EL TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD

---

Jordi Cid Colom

### 1. INTRODUCCIÓN

---

El Trastorno límite de personalidad (TLP) es el trastorno de la personalidad más frecuente. Estudios con población clínica encuentran frecuencias diagnósticas de TLP, entre un 30—60 %. En términos generales, se estima que su prevalencia oscila entre el 1 y el 2% de la población general (Pérez Urdániz, 2004), entre un 11 y un 20% en pacientes ambulatorios, y entre el 18 y el 32% en pacientes hospitalizados en unidades psiquiátricas (APA, 1995). El TLP reviste complejidad diagnóstica y de intervención como consecuencia de la heterogeneidad de presentaciones clínicas. Existen diversos tratamientos psicológicos basados en pruebas y con suficiente constatación empírica para el TLP, aunque existen diferencias en su aplicación y en su eficacia (Bateman et al., 2015). De las distintas posibilidades de elección, la Terapia de Esquemas para el Trastorno Límite de la Personalidad (TLP) ha recibido una recomendación de nivel C por parte de La Guía de Práctica clínica sobre el Trastorno Límite de la Personalidad, textualmente “*Se recomienda la TCE para mejorar la sintomatología del TLP así como la recuperación clínica y la calidad de vida*” (Guía Práctica Clínica TLP, 2011).

### 2. EL DESARROLLO DE LA TERAPIA DE ESQUEMAS PARA EL TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD

---

La Terapia de esquemas en su formulación inicial está planteada como un modelo de rasgos de personalidad (Young, 1990); se organizaba el tratamiento en base a esquemas, denominados esquemas precoces desadaptativos definidos “*son temas amplios y persistentes formados por recuerdos, emociones, pensamientos y sensaciones corporales que hacen referencia al análisis de uno mismo y de las relaciones con los demás. Estas se originan durante la infancia y se van elaborando a lo largo de la vida del individuo, siendo disfuncionales en grado significativo*”.

Los esquemas son el nivel más profundo de estructura psicológica, y el producto de la interacción del temperamento y de las experiencias prolongadas adversas de la infancia y adolescencia con los padres y grupos de pares. Estos surgen de las necesidades emocionales básicas no cubiertas en la infancia y adolescencia -afecto, cariño, soporte, estima, etc.-. Estas necesidades el niño tiene que aprender a negociarlas con sus padres, familia y el grupo de pares, de cara a conseguir un desarrollo y un óptimo funcionamiento adaptativo a lo largo de la vida (Young, Klosko y Weishaar, 2003). Estas cinco necesidades universales son:

1. La vinculación segura con los demás (incluye, seguridad básica, estabilidad, alimentación y cuidado emocional y la aceptación).

2. La autonomía, competencia y sentido de identidad.
3. La libertad de expresar las necesidades y emociones (válidas).
4. La espontaneidad y juego.
5. Los límites realistas y autocontrol.

Si por algún motivo no se pueden satisfacer estas necesidades se generaría un problema en la dimensión, que se manifestaría con la aparición de un esquema. Estas cinco dimensiones son (Young et al., 2003): (1) Inestabilidad y Desconexión que hace referencia a las necesidades básicas de seguridad, estabilidad, cuidado y empatía con los demás, con cinco esquemas: Privación Emocional, Abandono, Desconfianza/Abuso, Aislamiento Social. (2) Deterioro en la Autonomía/Funcionamiento, que se refiere a la expectativa de no poder funcionar de manera independiente y autónoma, con los esquemas de Fracaso, Dependencia, Vulnerabilidad al peligro y a la enfermedad, Apego. (3) Límites Insuficientes, agrupa aquellos esquemas que representan una deficiencia en los límites internos de la conducta, responsabilidades hacia los demás y en orientar objetivos a largo plazo, con dos esquemas Insuficiente Autocontrol y Grandiosidad. (4) Orientados a las necesidades de los demás es una focalización en los deseos, sentimientos y respuestas de los demás, a expensas de sus propias necesidades. Los esquemas serían Subyugación, Auto-sacrificio y Búsqueda del reconocimiento, (5) Sobrevigilancia e Inhibición implica centrarse excesivamente en el autocontrol para evitar errores o para conseguir objetivos internos a expensas de las necesidades personales; con cuatro esquemas Inhibición emocional, Metas inalcanzables, Negatividad y Castigo.

El segundo concepto que desarrolló fueron los procesos de esquemas, que explican el motivo por el cual los esquemas no cambian, se perpetúan y se mantienen inflexibles a lo largo del tiempo (Young, 1990). Desde edades muy tempranas los niños hacen frente a los esquemas mediante pensamientos, emociones y conductas para evitar sentir las emociones negativas y las experiencias asociadas a estos esquemas. Estos pensamientos, emociones y conductas se van consolidando a través del aprendizaje como estilos y respuestas de afrontamiento que refuerzan o mantienen a los esquemas, por lo que se denominan estilos de afrontamiento desadaptativos. Se han descrito tres procesos de esquemas o estilos de afrontamiento desadaptativos, en función de las tres respuestas que los seres

humanos tenemos ante la amenaza, el *Mantenimiento* que en general sería quedarse inmóvil o rendirse al esquema, la *Evitación* que sería la Huida y la *Compensación* que sería la lucha. Estos estilos pueden ser adaptativos en la infancia porque evitan sentir al esquema pero en la vida adulta estos estilos de funcionamiento les causan problemas en su día a día, les impiden una adaptación saludable y la satisfacción de las necesidades básicas que tenemos todos los seres humanos. En las palabras de nuestros pacientes “son aquellos que nos hacen tropezar una y otra vez, con la misma piedra”.

El proceso de la TE de rasgos o como se denomina modelo clásico, aporta un *modus operandi* para el tratamiento de los pacientes con trastornos de la personalidad en dos fases, la primera sería la *evaluación* y la segunda el cambio de esquemas. La primera fase de evaluación, tendría como objetivo (Young, 1994) (a) Identificar los esquemas centrales de la vida del paciente, hacerlos relevantes en la conciencia, y delimitar su importancia en el funcionamiento psicológico, (b) Unir los esquemas con los problemas actuales y de la historia de vida o experiencial, (c) Hacer entrar al paciente en contacto con las emociones circundantes a estos esquemas, (d) Identificar los estilos de afrontamiento disfuncionales que refuerzan los esquemas. La evaluación es un proceso de concienciación que implica una construcción conjunta donde terapeuta y paciente identifican cuáles son los temas que definen la experiencia (que es dolorosa y que causa sufrimiento emocional), se acceden a los recuerdos que van configurando las maneras de dar significado del sí mismo (la continuidad y persistencia del sufrimiento), y se explicitan los estilos de afrontamiento que utilizan para funcionar en la vida (consecuencias y refuerzo del sufrimiento).

En la fase de cambio, el objetivo de *tratamiento* es un cambio en estos esquemas y estilos de afrontamiento, lo que significaría en mayor o menor grado, (a) un cambio en la forma de verse a “sí mismo”; (b) una consecución de unos patrones de vida más flexibles (modificación de estilos de afrontamiento); (c) una adaptación más óptima a su medio y (d) una disminución del malestar psicológico. Este cambio implica por lo general utilizar diferentes estrategias cognitivas, relación terapéutica, emocionales y conductuales para modificar los esquemas y sus estilos de afrontamiento (van Vreeswijk, Broersen, y Nadort, 2011).

Los pacientes con trastorno límite no se ajustaban a

este modelo, les era difícil comprender el modelo de rasgos de la TE. En las evaluaciones con el cuestionario de esquemas puntuaban alto en todos los esquemas o mostraban puntuaciones extremas 1 a 6, lo cual dificultaba su identificación (Young et al., 2003; Lawrence et al., 2010). En sesión de terapia mostraban cambios rápidos en su estado de ánimo o emociones y en su conducta, pasaban del enfado a la angustia, a la impulsividad (Sempertegui et al., 2013). Observábamos la activación de manera simultánea de un conjunto de esquemas y estrategias de afrontamiento (Kellog y Young, 2006). Para el terapeuta y para el paciente era difícil poder definir el foco de intervención (McGuinn y Young, 1997). Por este motivo, fue necesario definir una unidad de análisis más flexible, más manejable para el terapeuta y que fuera más comprensible para el paciente. Así fue como se empezó a desarrollar el modelo de modos de esquemas, que es un modelo de estado y que se adapta para cada TP (van Vreeswijk et al., 2011).

Los “Modos de Esquemas” se definen como una parte del sí mismo, que supone una agrupación natural de esquemas y de procesos (evitación, mantenimiento y sobrecompensación) que no están completamente integrados con otras partes del sí mismo (Young et al., 2003). Los “modos” se caracterizan por un estado de ánimo o estados emocionales intensos, e implican pensamientos, conductas y emociones. Mientras que los esquemas hacen referencia a un tema específico como por ejemplo “*soy inferior*” típico del esquema de Imperfección/Vergüenza, los modos son un conjunto de esquemas y de estilos de afrontamiento que están activados en ese momento. Por ejemplo, cuando un paciente nos dice “*es un “desgra.. insulto” me hace sentir inferior, que no valgo nada. Me recuerda que mi vida es una porquería. Todo es culpa suya, le voy a dar su merecido*” (tono de voz de enfado, puños cerrados, y mostrando sentimientos de ira), que podrían ser un ejemplo de un(os) esquema(s) y un estilo de afrontamiento (Imperfección/Vergüenza, Desconfianza/Abuso, Insuficiente Autocontrol). Los “modos” permiten comprender los súbitos cambios emocionales que se observan en los pacientes con TP (Arntz, Klokman, y Sieswerda, 2005). Los “modos” se desarrollan en etapas tempranas de la vida como respuesta al dolor, experiencias traumáticas y a la frustración de las necesidades básicas no satisfechas en la infancia. Cuando a lo largo de la infancia estas experiencias son repetitivas y duraderas, los niños van creando una

representación de sí mismos, una imagen de una “manera de ser” que se da en contextos sociales determinados y específicos. En función de la gravedad de las experiencias traumáticas y la frustración de necesidades, es posible que esta representación de sí mismos no esté integrada con otras partes del sí mismo o auto-concepto. Por este motivo, la disociación o cierto grado de disociación se dan entre los distintos “modos de esquemas”. Basta matizar, que no estamos hablando de TP múltiples (Young et al., 2003).

De modo sintético, se han descrito los siguientes “modos de esquemas” (Young et al., 2003; Lobbetael, van Vreeswijk y Arntz, 2007), los *Modos de Niño* describirían el estilo emocional del paciente, que estaría influenciado por el temperamento, y serían el vulnerable, el enfadado, el impulsivo/poco disciplinado y el niño feliz. En cambio, los “*Modos de Estilos de Afrontamiento Desadaptativos*”, se entenderían como los estilos de afrontamiento que se aprenden para hacer frente a los *Modos de Niño*, y harían referencia al estilo de resolver las situaciones conflictivas, de amenaza, y de cómo se manejan las emociones asociadas. Estos serían el protector aislado, la compensación excesiva y la redición sumisa. Los *Modos de Padres* serían el padre exigente/crítico y el padre castigador, y hacen referencia a la voz internalizada de los padres, que corresponderían a enseñanzas o mandatos de los padres que en la vida adulta no les permiten una adaptación óptima. Por último, el *Adulto Sano*, que haría referencia al parte del paciente que quiere cambiar, mejorar. Correspondería a todas las cosas buenas del autoconcepto del paciente, que permite generar una sensación de auto eficacia en las propias habilidades, autoestima para poder avanzar y compasión para poder aceptar las experiencias negativas de la vida.

Young et al., (2003) ha definido 5 modos de esquemas para el TLP: El niño abandonado/abusado, el protector aislado, el niño enfadado, el padre castigador y el adulto sano tal como observamos en la Tabla 1, definiciones operativas de los modos. En el **protector aislado**, el paciente inhibe las emociones y los sentimientos intensos, por qué piensa que son peligrosos y no los puede manejar. Aleja a los demás y se aleja, se desconecta de quienes la rodean, se mueve en un continuum entre el distanciamiento y la disociación (Young et al., 2003). Cuando el paciente está en este modo el terapeuta y las personas que lo conocen pien-

san que está bien, por qué se muestra tranquilo y calmado. El paciente puede sentirse vacío y aburrido. Los pacientes con TLP se pasan la mayor parte del tiempo en este estado emocional, aspecto que los profesionales obviamos porque nos centramos más en los cambios dramáticos y en las conductas que muestran. Es importante recordar que este modo de afrontamiento disfuncional tiene la función de protección, les protege de sentir un dolor emocional, o de emociones intensas como la ansiedad, el miedo, la tristeza relacionados con los otros modos de esquemas del TLP. A lo largo de la terapia, pero sobretodo en las fases iniciales, es frecuente que cuando se sienten amenazados por tener que hablar de experiencias de miedo, inferioridad (padre castigador) o de ira (niño enfadado) intenten mantener la distancia mostrándose enfadados, y hasta cínicos para protegerse de sentir y hablar de esas experiencias. Cuando este estado de enfado es muy pronunciado y significativo lo podemos separar en el “modo protector enfadado”.

**El niño abandonado/abusado**, es el niño interior que sufre, que cree que no se van a satisfacer sus necesidades emocionales, que no va a encontrar el cariño y la comprensión de los demás. Es la parte del paciente que siente el dolor y el miedo asociados con la mayoría de los esquemas, incluidos el abandono, el abuso, la privación, la imperfección y la subyugación (Young et al., 2003). Cuando los pacientes están en este modo parecen inconsolables, se sienten desesperados, desamparados, mostrándose frágiles y dependientes de los demás. En muchos pacientes la voz les cambia y hablan como si fueran niños pequeños. Etiquetamos a este modo como el “Pequeño Niño”, con el nombre que el paciente le quiera dar; por ejemplo, “el Pequeño Juan”. Esperan que les tranquilicen. En este modo encontramos los esquemas nucleares del paciente.

**El modo de niño enfadado e impulsivo** predomina cuando el paciente está enfadado o se comporta impulsivamente, porque sus necesidades no han sido satisfechas. La insatisfacción de las necesidades puede ser real o percibida. Los mismos esquemas pueden ser activados en el modo de niño vulnerable, pero la emoción experimentada en el niño enfadado e impulsivo suele ser la ira (Young et al., 2003). Este modo es el estereotipo que se asocia a los pacientes con TLP. El hecho de que los pacientes vayan suprimiendo las necesidades emocionales, hace que vayan acumulando presión interna y que esta explote en forma de ira y enfado descontrolado en situaciones que

son neutras o que aparentemente que no tienen una carga emocional alta. Se muestran furiosos, despreciativos, manipuladores, imprudentes. Por regla general la ira se dirige hacia los demás, hacia el exterior. El niño enfadado es una fuente de problemas en las relaciones con los demás porque se considera inapropiada, en el impulsivo la fuente de problemas es más amplio, no sólo problemas interpersonales, sino también problemas laborales y legales, al estar completamente centrados en el deseo inmediato de placer (Farrell y Shaw, 2012).

**El modo del padre/madre castigador** es la voz internalizada del padre/madre, que critica y castiga a la paciente. Cuando se activa el modo de padre/madre castigador, los pacientes se muestran críticos, se castiga a sí mismo y los demás (Young et al., 2003, Farrell y Shaw, 2012). Los pacientes en este modo presentan autolesiones y conductas destructivas. Los pacientes se convierten en su propio padre/madre castigador.

**El modo de adulto sano** es extremadamente débil y está poco desarrollado en la mayoría de los pacientes con TLP, sobre todo al comienzo del tratamiento. En cierta manera, ahí reside el principal problema: los pacientes con TLP carecen, no han interiorizado y aprendido, un modo de padres que les tranquilice, que les calme y que les permita cuidarse de ellos mismos (Lobbestael et al., 2007). Este aspecto, contribuye significativamente a la incapacidad que muestran para tolerar la separación (Young et al., 2003). Su función es (a) alimentar, cuidar, validar y afirmar al modo del niño vulnerable, (b) poner límites a los modos del niño enfadado e impulsivo, (c) Promover y apoyar al modo el niño feliz, (d) Combatir y cambiar los modos de afrontamiento desadaptativos, y (e) neutralizar o moderar a los modos de los padres desadaptativos.

El modelo de “los modos de esquemas” surge como un intento de explicar la patología subyacente del TLP para poder tener un modelo de tratamiento psicológico manejable para el paciente y terapeuta (Nysaeter y Nordahl, 2008). Sabemos que la conceptualización del DSM es una descripción de la patología límite pero es de poca ayuda a la planificación del tratamiento del TLP. Para facilitar la comprensión de cómo se ajusta cada modo de esquemas al TLP hemos preparado la Tabla 1 que hemos adaptado de Young et al., (2003) y Arntz y Van Gendren (2009), donde mostramos la correspondencia de cada criterio diagnóstico de TLP para cada modo de esquemas.

En algunos casos el criterio DSM se corresponde con un solo modo, como es el caso del criterio 1 “esfuerzos titánicos para evitar ser abandonado” que corresponde al modo de niño vulnerable/abandonado, el criterio 7 donde el “vacío” correspondería al protector aislado, y el criterio 8 donde “la impulsividad” se correspondería con el niño impulsivo. En cambio en los otros como las conductas para suicidas y las relaciones interpersonales intensas están involucrados los cuatro modos descritos.

### 3. OBJETIVOS, FILOSOFÍA, ENCUADRE Y ESTRUCTURA DE LA TE PARA TLP

Los objetivos de la TE, tal como expone Young et al., (2003) es ayudar al paciente a incorporar el Modo de Adulto Sano, modelado por el terapeuta a través de:

- Empatizar con y proteger al Niño Abandonado.
- Ayudar al Niño Abandonado a dar y recibir amor.
- Luchar en contra y borrar o minimizar al máximo El Padre Castigador.
- Reconectar el Niño Enfadado e Impulsivo para expresar las emociones y necesidades de un modo apropiado, reafirmando los derechos básicos de la infancia.
- Tranquilizar y gradualmente reemplazar al Protector Aislado.

La filosofía que guía el proceso de tratamiento de la TE para el TLP es desde los ojos del terapeuta ver al paciente como un niño vulnerable, al que no se han satisfecho sus necesidades emocionales. Los comportamientos inapropiados como la impulsividad, desafíos, desconfianza, egoísmo, etc. que muestran con las personas queridas, los profesionales de la salud y los terapeutas, deben entenderse como una necesidad. No obstante, es importante durante el proceso de tratamiento saber transmitir que el terapeuta también tiene derechos. Desde esta perspectiva, habrá que ser capaz de no caer en la trampa de culpar al paciente cuando se sienta frustrado, fomentando el desarrollo y el respeto mutuo en base a la sinceridad. Durante el tratamiento, el terapeuta enseña a comprender las intensas reacciones emocionales, facilita el aprendizaje del control emocional, y le ayuda a la hora de tomar decisiones de un modo más reflexivo: parar, pensar y escoger la solución más saludable. Este aprendizaje terapéutico ocurre en pequeños pasos y se organiza en base a los tres componentes de los esquemas y modos de esquemas, la

representación del conocimiento explícito (pensar), el conocimiento implícito sentido (incluyendo las representaciones emocionales o sentimientos) y las representaciones operacionales (Arntz y Van Genderen, 2009). Durante este proceso de aprendizaje vamos a aplicar una variedad de técnicas que buscan neutralizar, modelar, manejar y modificar cada componente (pensar, sentir y hacer) de los diferentes modos de esquemas descritos para el TLP (Arntz y Jacob, 2012).

Los estudios de eficacia y efectividad de la terapia de esquemas han permitido la definición más precisa de las estrategias y las técnicas conductuales (hacer), cognitivas (pensar) y experienciales (sentir) que se utilizan en cada modo de esquema (Giesen-Bloo et al. 2006; Farrell et al. 2009; Farrell, Shaw, y Reiss, 2012; Farrell, Shaw y Webber 2009; Fosse, 2008; Nadort, 2009a; Nadort, 2009b; Van Asselt et al., 2008). En la tabla 2, se presenta un resumen gráfico de estas técnicas, en función de los tres focos de la terapia: la relación terapéutica, el día a día fuera de la sesión y las experiencias traumáticas del pasado.

Especificar, que la explicación completa va más allá de los límites de este texto (Arntz y Van Genderen, 2009; Arntz y Jacob, 2012). No obstante, describiremos brevemente las más nucleares en la fase de cambio de modos de esquemas.

El encuadre que se ha validado para la TE en los estudios de resultados del TLP es:

- Dos sesiones de terapia a la semana de 50-60 minutos el primer año. Una sesión a partir del segundo año. Un año y medio a tres años de tratamiento.
- Alta implicación y accesibilidad del terapeuta. Plantearse la posibilidad de contacto mediante teléfono móvil, fuera de sesión de una manera limitada (situaciones de crisis definidas) para el paciente.
- Necesidad de supervisión de casos y soporte a través de grupo de pares.
- La terapia pasará por los distintos objetivos y mantiene la filosofía de tratamiento que proponemos.
- La estructura ideal de la terapia y las distintas fases se resumen en la Tabla 3. Esta estructura se adapta para cada paciente y puede variar el orden.

A continuación, a partir de esta estructura resumida se desarrollará las fases de la terapia, las estrategias y las técnicas que intervienen en cada una de las fases de la terapia de modos de esquemas para el TLP.

**Tabla 1. Criterios diagnósticos del DSM-IV para el Trastorno Límite de la Personalidad y Modos de Esquema Relevantes (Young et al., 2003)**

Criterios diagnósticos del DSM-IV	Modos de esquema relevantes
1. Esfuerzos frenéticos para evitar un abandono real o imaginario.	Modo de niño abandonado.
2. Un patrón de relaciones interpersonales inestables e intensas caracterizado por la alternancia entre los extremos de idealización y devaluación.	Todos los modos. (El rápido salto de un modo al siguiente es lo que crea la inestabilidad e intensidad. Por ejemplo, el niño abandonado idealiza los cuidados y el niño enfadado los devalúa y los rechaza).
3. Alteración de la identidad: auto-imagen o sentido de sí mismo acusada y persistentemente inestable.	<p>a. Modo de protector aislado. (Porque estos pacientes deben satisfacer a los demás y no se les permite ser ellos mismos, no pueden desarrollar una identidad segura).</p> <p>b. Cambiando constantemente de un modo no integrado al siguiente, cada uno con su propio punto de vista de su self, también genera una auto-imagen inestable.</p>
4. Impulsividad (p.ej., gastos, sexo, abuso de sustancias, conducción temeraria, atracones de comida).	<p>a. Modo de niño enfadado e impulsivo (para expresar ira o satisfacer sus necesidades).</p> <p>b. Modo de protector aislado (para auto-consolarse o perforar el adormecimiento).</p>
5. Comportamientos, intentos o amenazas suicidas recurrentes, o comportamiento de auto-mutilación.	Los cuatro modos.
6. Inestabilidad afectiva debida a una notable reactividad del estado de ánimo (p.ej., episodios de intensa disforia, irritabilidad o ansiedad).	<p>a. Se hipotetiza un temperamento biológico intenso y lábil.</p> <p>b. Alternancia rápida entre modos, cada uno con su propio afecto distintivo.</p>
7. Sentimientos crónicos de vacío.	Modo de protector aislado. (El bloqueo de las emociones y la desconexión de las demás personas conducen a sentimientos de vacío).
8. Ira inapropiada e intensa o dificultades para controlar la ira.	Modo de niño enfadado.



**Tabla 2. Resumen de técnicas que se pueden utilizar en los componentes de los modos de esquemas para cada situación del foco de terapia: día a día fuera de sesión, en la relación terapéutica en sesión, y en las experiencias traumáticas del pasado (Adaptado de Arntz y Van Genderen, 2009)**

Situaciones	Componentes		
	Sentir: conocimiento implícito sentido	Pensar: conocimiento explícito	Hacer: representación operacional
Día a día fuera de sesión	Role playing de las situaciones actuales Imaginación situaciones actuales Práctica de sentir emociones Exposición a emociones mostradas	Diálogos socráticos Formular nuevos esquemas Diálogos de esquemas Tarjetas recordatorio Registros positivos	Experimentos conductuales Practicar habilidades mediante role-playing Resolución de problemas Practicar nuevas conductas
Relación terapéutica	Reparentización limitada Confrontación empática Poner límites Cambio de roles terapeuta/paciente	Reconocer los esquemas del paciente en la relación terapéutica Desafiar las ideas sobre el terapeuta Reconocer los esquemas del terapeuta Sincerarse, apertura del terapeuta (self-disclosure)	Experimentos conductuales Fomentar conductas funcionales Practicar habilidades relacionadas con la lista de problemas Resolución de problemas Modelado de conductas
Experiencias traumáticas del pasado	Reinstruir (rescripting) en imaginación Juego de roles del pasado Técnica de las dos sillas o más Escribir cartas	Reinterpretar las situaciones del pasado en los nuevos esquemas Poner a prueba desde una perspectiva histórica	Poner a prueba las nuevas conductas aprendidas desde la perspectiva del pasado Poner a prueba las nuevas conductas aprendidas desde la perspectiva del pasado

**Tabla 3. Estructura ideal de la Terapia de Esquemas del TLP (Adaptado de Lopez Pell et al., 2011)**

Fase Inicial		Proceso/ Técnicas
Fase I: Vinculación y Manejo de Emociones		Esta fase que busca la vinculación y la comprensión de los modos de esquemas a nivel emocional, en muchos casos se junta con la evaluación sobre todo si el diagnóstico de TLP está bien establecido y no es necesario un tratamiento de Eje I.
Socialización y conceptualización		Socializar y preparar para la intervención. Empatizar con los problemas que le ocurra. Discutir los objetivos de la terapia. Preguntar por las reacciones emocionales. Hablar de la historia de la vida, incluyendo la infancia. Explicar otra vez los Modos de Esquemas
Tranquilizar y Reemplazar el Protector Aislado	Cognitivas	Ayudar al paciente a reconocer las señales del Protector Aislado. Explicar el modo de desarrollo de la infancia y la empatía con su valor de adaptación. Revisión pros y los contras de separarse en el presente, como un adulto. Práctica de diálogos (con dos sillas técnica) entre Protector Aislado y Adulto Sano. Pedir permiso para poder hablar y acceder con el Niño Vulnerable
	Imaginación	Niño Abandonado. Proceso: ¿Qué está ocurriendo? ¿Qué ves (todos los sentidos)? ¿Quién está contigo? ¿Cuántos años tienes? ¿Cómo te sientes? ¿Qué necesitas? Continuar con la imaginación dependiendo de los modos de emergen en la imagen. Traiga terapeuta en imagen como Adulto Sano para demostrar las respuestas de adaptación a cada modo
Curar al Niño Vulnerable	Relación terapéutica	A través de la reparentización limitada ayudar a curar al Niño Vulnerable Validación de las necesidades y sentimientos Cuidar y proporcionar una base estable Fomento de la confianza y de un guía. Ser capaz de elogiar los avances y los cambios. Fomentar la reciprocidad y auto-revelación por parte del terapeuta
Estrategias de Manejo Emocional y Aprendizaje Habilidades	Cognitivas	Diario de Modos de Esquemas y Tarjeta Recordatorio
	Conductuales	Aprendizaje de estrategias de regulación emocional y de Tolerancia al Malestar emocional. Práctica de la Meditación o Conciencia Plena (Mindfulness). Entrenamiento en Asertividad. Fomentar la realización de Actividades Placenteras, ya sean de ocio y/o tiempo libre.

Fase II. Cambio M. Esquemas		Proceso/ Técnicas
Combatir el Padre Castigador	Cognitivas	Educación acerca de las necesidades universales y los sentimientos. Reatribución del rechazo de la infancia a problemas o temas de los padres. Enfatizar los éxitos y las cualidades positivas
	Emocionales	Re-atribución en imaginación del Padre Castigador. Dos partes. Primera paciente como adulto. Paciente reevalúa la situación como adulto. Segunda Paciente como niño (el paciente experimenta la intervención del adulto como niño). Recibe soporte y ayuda por parte del adulto.
		Diálogos en el Trabajo de la Silla Vacía: 2 sillas. Padre Castigador vs. Adulto Sano; Tres sillas. Protector Aislado vs. Padre Castigador vs. Adulto sano. Primero: Terapeuta como niño (experimenta perspectiva del otro en la escena) y Paciente como otra persona (situación original). Padre o Madre. Segundo, terapeuta como otra persona y paciente como niño (reevaluando la situación).
Reconectar el Niño Enfadado e Impulsivo en la Relación Terapéutica		Poner límites cuando sea abusivo o destructivo. Ventilar las emociones. Empalmar con los esquemas subyacentes. Prueba de realidad: punto vista real vs. Punto vista exagerado. Compartir el impacto y la reacción personal ante la rabia, cólera o enfado. Practicar la conducta asertiva.
Fase III. Autonomía		Desarrollar relaciones saludables. Proceso de individuación: Seguir las inclinaciones naturales, realizar el proyecto vital que se ajuste a sus necesidades. Terminar la terapia de manera progresiva y Mantener contactos después de terminar la intervención

#### 4. FASE PREVIA O INICIAL (6-12 SESIONES)

La fase inicial de la terapia tiene cuatro componentes importantes, el primero tiene que ver con un correcto diagnóstico de trastorno de la personalidad, el segundo una evaluación e identificación de los esquemas y modos de esquemas, que implica conectar esquemas y modos con los problemas, conflictos o cambios que quiere hacer el paciente, el tercero una explicación del TLP en base a los modos de esquemas del paciente, que implica explicar el modelo de TE para el TLP, y por último, una conceptualización del caso compartida con el paciente donde se describen de manera detallada los objetivos de intervención y en los cuáles el paciente debe de estar de acuerdo.

Esta primera fase, aunque sea un proceso de evaluación y conceptualización del caso se considera una situación de terapia, donde desde el inicio es un lugar de seguridad para el paciente, donde es validado y puede ex-

presar y se le anima a hacerlo, sus necesidades, deseos y sentimientos (Kellog y Young, 2010). El estilo de la TE, se mantiene desde el primer día, con un estilo terapéutico genuino, hablado al paciente de manera personal más que desde un rol profesional. Los pacientes perciben rápidamente este cambio, lo cual facilita enormemente la cooperación en esta fase inicial y su adherencia. A continuación, enumeramos los pasos de esta fase inicial, aunque no hay que olvidar que el objetivo más importante es ir construyendo una adecuada relación terapéutica con el paciente para que acepte un tratamiento psicológico de larga duración. Esta fase inicial consta de una:

- Evaluación Diagnóstica y psicométrica de Trastorno Límite de la Personalidad (Arntz y Van Genderen, 2009).
- En las entrevistas y anamnesis recoger (la historia, diagnóstico, quejas, conflictos, respuestas ante las amenazas, problemas y expectativas del paciente hacia la terapia).

- c) Es importante hacer una historia evolutiva del paciente desde la perspectiva de sus experiencias en las distintas etapas de la vida, desde la infancia hasta la vida adulta. Específicamente, de cómo eran las relaciones con sus padres, familiares cercanos, amigos y parejas. Es necesario recoger como ha ido evolucionando la imagen de sí mismo, la imagen que los demás tenían de él, su autoconcepto o visión del sí mismo actual.
- d) Evaluar esquemas, estrategias de afrontamiento y modos de esquemas mediante los cuestionarios que propone la TE. *El Cuestionario de Esquemas* (CEY: Young 1994), es un inventario auto-administrado diseñado específicamente para la identificación de esquemas, que permite evaluar el progreso de la intervención. Las diferentes versiones del CEY de han sido adaptadas al castellano (Cid, Tejero, y Torrubia, 1997; Cid y Torrubia 2007). El Cuestionario de Modos de Esquemas (Lobbestael, Van Vrheeswijk y Arntz, 2008; adaptado por Cid y Torrubia, 2010), Inventario de Padres de Young (Young, 1994. Adaptación, Cid, 2003). Un aspecto a destacar, es la necesidad de realizar una entrevista o varias de devolución de los cuestionarios de esquemas. En esta hay que identificar los esquemas, entendidos como rasgos de personalidad que darán significado a los modos de esquema (Cid, 2016). En esta, se procederá a preguntar por los ítems como si fueran signos indicadores de esquemas, y se van a buscar en que experiencias y recuerdos del pasado les describen, y también s modo de puzle se irán asociando con los modos de esquemas y con los problemas actuales. Es importante enfatizar la unión de los problemas (presente/pasado) - esquema(s) - modo(s), y empatizar con estos problemas.
- e) Explicar el Trastorno Límite de manera racional en modos de esquemas y cuáles son las fases de intervención. En este proceso de socialización, cuando se explican los modos de esquema se realiza de manera personal, los modos se personalizan, se etiquetan con nombres que sean significativos para los pacientes. No hablamos del niño vulnerable, hablamos del “pequeño Juan”, ni del protector aislado, sino “el defensor”. Si es necesario se utiliza un diagrama para sintetizar la información de cada uno de los modos de esquemas. La identificación de los modos de esquemas deben responder a los problemas actuales y deben incor-

porar las raíces históricas (Véase en el caso clínico el diagrama para la conceptualización del TLP según la TE). En la Tabla 4, tenemos las preguntas que ayudan a describir cada uno de los modos de esquemas que hemos adaptado de Farrell y Shaw (2012). Esta fase que tiene un componente psicoeducativo y de concienciación, por regla general se propone al paciente la lectura de capítulos del libro de autoayuda de la TE, “Reinventar tu vida” (Young y Klosko, 2001).

**Tabla 4. Preguntas que ayudan a identificar los modos de esquemas**

¿Qué es lo que desencadena el modo?  
 Describe tus sentimientos habituales  
 Describe tus pensamientos habituales  
 Describe tu conducta habitual  
 ¿Qué experiencias recuerdas de tu infancia que están ligadas con este modo?  
 ¿Cuáles son tus recuerdos infantiles al experimentar el modo?  
 ¿Qué necesitas, cuando estás en este modo?  
 Cuando estás en este modo:  
 Las acciones que haces, como te comportas, satisfacen tus necesidades actuales  
 ¿Qué tipo de respuesta llevas a cabo?

- En esta fase y en función de la severidad de los modos de esquemas, y de la predisposición de los pacientes, es posible la utilización de manera exploratoria de estrategias que detallaremos en la fase de cambio, tales como los juegos de roles para comprender el impacto y las consecuencias de los modos de esquemas en uno mismo y en los demás. Así como el uso de técnicas cognitivas que permitan comprender los pros y los contras de “los modos”, sobre todo en el modo de protector aislado.
- Diálogos a través de las técnicas de las dos sillas entre los distintos modos de esquemas (modo protector y modo vulnerable).
- Activación de los modos de esquemas mediante imaginación para conectar las experiencias del pasado con problemas actuales. En este caso hay

que tener una buena vinculación y unos niveles de confianza adecuados con el paciente. Son propicias las situaciones en las que el paciente manifiesta cierta confusión, por ejemplo, cuando un paciente nos dice que no entiende por qué siempre le pasa lo mismo, “*me enfado con mi pareja cuando esta no me devuelve las llamadas o no contesta a los whasapp a pesar de saber que los ha leído a través del doble checking de color azul*”, y “*empiezo a dudar si estará con otro*”, aunque “*también sé que eso no es verdad*”, “*me quiere pero dudo de que se quede conmigo*”. En estos casos es posible invitarles a explorar, presentando la técnica de imaginación, e ir introduciendo gradualmente los distintos componentes como veremos en el punto siguiente.

- f) Intervención en el Eje I. Tratar la comorbilidad de adicciones, trastornos de ansiedad, depresión, etc. previamente al inicio de la Terapia de Esquemas. En ningún momento se iniciará la TE si existe un Trastorno comórbido que pueda afectar la estabilidad emocional y el curso de la intervención.
- g) Antes de terminar esta fase inicial se procede a la conceptualización del caso describiendo el funcionamiento de cada modo, los componentes claves, se revisa las fases de intervención, se comparte con el paciente, y se procede al inicio de la Intervención en TE.

## 5. MANEJO DE CRISIS

En cualquier momento desde el inicio del tratamiento puede aparecer una crisis, por regla general son episódicas. Una vez se producen, hay que encararlas, no se pueden demorar. Muchas de estas crisis se producen por la activación de esquemas y modos de esquemas. En este caso, identificarlos, comprenderlos, ventilar las emociones, empezar a aprender estrategias de cómo modularlos, y a practicar estas estrategias es de mucha utilidad para ir ganando confianza en el terapeuta y en el proceso de cambio. A pesar de que las crisis pueden asustar y poner en alerta a los terapeutas, estas pueden ser una muy buena oportunidad para satisfacer las necesidades emocionales no cubiertas tales como tranquilizar y calmar al niño abandonado, limitar y reconducir el niño impulsivo, ventilar las emociones, y expresar la ira del niño enfadado. Durante el manejo de una crisis el modo del protector aislado no está presente, y se da una alta intensidad

emocional, por este motivo es un buen momento para realizar estrategias de cambio de esquemas. Es importante durante el manejo de una crisis que la paciente siga las instrucciones pactadas con el terapeuta previamente.

Ante una crisis: se recomienda incrementar la frecuencia de contacto, permitir llamadas telefónicas. Identificar el modo de esquemas que se activa y cuáles son sus componentes. Va a ser muy importante proporcionar estrategias para manejar los esquemas en cada Modo. Evaluar los pensamientos e ideación suicida en cada contacto. No descartar estrategias terapéuticas como el tratamiento farmacológico, tratamiento grupal, contacto con personas significativas. Si es necesario, ir a urgencias o a hospitalización parcial.

## 6. FASE DE INTERVENCIONES TERAPÉUTICAS PARA LOS MODOS DE ESQUEMAS

La fase de intervención en los modos de esquema es difícil de poder enumerar, ya que por regla general y en función de la importancia de cada modo de esquemas las estrategias de intervención se modifican. Es difícil que podamos seguir un patrón de cambio igual para cada paciente, hay pacientes en los que la influencia del protector aislado es menor que en otros; no es lo mismo tener un paciente que corta sus emociones y necesidades a través de autolesiones, que aquel que lo hace a través del consumo de alcohol. Al mismo tiempo como bien sabemos las experiencias traumáticas vividas por los pacientes TLP son distintas. No es lo mismo, experiencias de abuso sexual o emocional, que experiencias de malos tratos, o experiencias de abandono por la pérdida de un padre, que por la ausencia de uno de los padres por problemas de trastornos mentales o drogas. Por este motivo vamos a desarrollar las técnicas de la TE, centrándonos en las técnicas de la relación terapéutica y emocionales; después describiremos de manera sintética las estrategias básicas para cada modo de esquema y por último, las estrategias conductuales del cambio del estilo de vida y la fase de finalización de la terapia.

### 6.1. LA RELACIÓN TERAPÉUTICA

Crear una relación estable basada en la confianza es un elemento clave en el tratamiento efectivo del TLP (Spinhoven et al., 2007). Este objetivo es prioritario y fundamental para poder ir avanzando en las distintas fases

de tratamiento. Es necesario ir poco a poco y con mucha paciencia y energía ir contrarrestando las negativas experiencias que han tenido en las relaciones interpersonales, incluyendo con otros profesionales de salud mental. La estrategia u técnica básica de la relación terapéutica de la TE para el TLP es “la reparentización limitada”, definida como *satisfacer las necesidades emocionales del paciente dentro de los límites de la relación terapéutica que se da en un entorno profesional*. Es una forma de educación emocional en la que el terapeuta actúa como si fuera “una figura paterna o materna”, entendida como una fuente de transición básica donde se sustentará el cambio de los modos de esquemas. Cada terapeuta en función de su estilo personal deberá conocer cuáles es la mejor manera de actuar como si fuera un buen padre/madre y proporcionar las necesidades emocionales no satisfechas. Los componentes necesarios serían:

- Buen cuidado: es muy importante que el terapeuta se mentalice que va a proporcionar terapia de manera estable durante un largo periodo de tiempo. Se ha descrito el buen cuidado como un proceso para llegar a una etapa adulta de madurez a través del cuidado, la empatía y el cariño (Young et al. 2003). Como bien sabemos las relaciones entre padres e hijos no son fáciles. En la TE nos vamos a encontrar con situaciones muy similares, y por lo tanto habrán momentos difíciles en el proceso de terapia. Habrá que hacer frente a frustraciones, a expectativas poco realistas de necesidades que no se pueden satisfacer en una relación terapéutica profesional. Todas estas, si aparecen, se tendrán que abordar, ayudando a manejar la frustración y sobretodo, evitando hacer daño al paciente. Durante el proceso de terapia suele aparecer un cierto desgaste, si esto ocurre se debe evitar que afecte al paciente, y por lo tanto se deberá buscar soporte en los grupos de supervisión.
- Proporcionar guía y dirección: Va a ser inevitable dar consejos, proporcionar una guía para que el paciente pueda ir consiguiendo sus objetivos. Esta guía va a permitir dar al adulto sano referencias de cómo resolver los problemas, de cómo encarar los retos del día a día fuera de la terapia, de cómo resolver los conflictos en las relaciones y de cómo encontrar la manera de satisfacer las necesidades emocionales por uno mismo.

Será difícil y poco recomendable que el terapeuta se inhiba de intervenir, sobre todo cuando aparecen con-

ductas que pueden ser dañinas para el paciente, que amenacen la vida del paciente o que sean amenazantes para los demás. Ejemplos típicos son los consumos abusivos de drogas, autolesiones, tentativas autolíticas y crisis suicidas, pérdidas de control conductual con la pareja, amigos o durante una sesión de terapia, y ausencias de las sesiones de terapia. En estos casos será necesario ayudar a conectar estas conductas dañinas o amenazantes con los modos de esquemas y con las experiencias previas. Será necesario, además explorar maneras de poder resolver los problemas y dedicarle tiempo a que aprenda nuevas habilidades para hacer frente a estas conductas y que las pueda parar, sobretodo en el caso de las conductas que ponen en peligro la vida del paciente.

En el caso de la aparición de problemas en las relaciones íntimas e interpersonales fuera de la terapia, más allá de los conflictos y los problemas puntuales, se deberá observar que percepción tiene de la pareja y de la relación, que intereses percibe y tiene. En este caso, se podrá invitar a la pareja a participar en las sesiones de terapia, para poder corroborar la calidad de la relación. Como bien sabemos, la elección de parejas, es un foco para que los esquemas no cambien (Young et al., 2003). Los esquemas hacen que se sienta atracción por aquellas personas que encajan y hacen sentir cómodos a los esquemas, pero estos son incompatibles con las satisfacción de las necesidades emocionales básicas, sobretodo de vinculación y afecto. ¿Cómo es posible que una persona con un esquema de abandono/inestabilidad, escoja parejas que por su profesión no estén disponibles como es el caso de piloto de aviones, transportista internacional, o comercial; o que se elijan a personas que no quieren tener un compromiso como pareja o que tienen problemas con las drogas y que son una fuente de inestabilidad y sufrimiento? Es frecuente encontrarnos que los pacientes tienen relaciones conflictivas con parejas dañinas, que abusan del paciente, en las que la relación refuerza los esquemas y los modos de esquemas, y que provocan un sufrimiento que no le permiten avanzar en el proceso de maduración como persona, en este caso le recomendaríamos que termine la relación. En el caso contrario, una relación no dañina, saludable, en el que la pareja se quiera implicar, se la

invitaría a participar en algunas sesiones de la TE, se le explicaría el TLP desde la perspectiva psicoeducativa y se la haría participe en todos aquellos aspectos importantes, siempre y cuando el paciente aceptara.

- La Confrontación empática: Esta técnica cognitiva es una de las técnicas más utilizadas en sesión cuando se activan los modos de esquemas, sobre todo en los de afrontamiento desadaptativos (Young, 1990). Esta trata de *“conectar el sentimiento con el modo de esquemas, y dar un punto de vista alternativo para que el paciente piense y vaya creando progresivamente un alejamiento del modo de esquemas”*. Pongamos un ejemplo, siguiendo el ejemplo anterior del paciente que se enfada y tiene miedo al abandono cuando su novia no le contesta el teléfono. En este caso el paciente se enfada con el terapeuta porque no le ha devuelto la llamada antes de una hora tal como él esperaba, y durante la visita le dice *“eres como mi novia, tardaste en devolverme la llamada, seguro que estabas atendiendo a otro paciente que te importaba más, así no puedo estar seguro que esto funcione y no sé si me responderás cuando esté mal”*. Un ejemplo de confrontación empática sería: *“Entiendo que estés enfadado por no contestarte cuando esperabas, y comprendo que sientas/interpretes que no me importas lo suficiente, y se te generen dudas de si estaré allí cuando estás mal, sé que estos sentimientos provienen de experiencias de tu infancia y adolescencia donde te has enfrentado a situaciones parecidas te han generado miedo, que te han hecho sentir sólo y te han hecho concluir que tenías poco soporte por parte de los demás, pero sabes que he cumplido con lo que pactamos, te he llamado para interesarme por lo que te ocurría tal como quedamos, es cierto que es posible que esperaras una mayor rapidez, es importante que estas pequeñas cosas no esperadas no te hagan llegar a conclusiones rápidas ni caer en la trampa de pensar que “no estaré allí cuando lo necesites”, tú me importas y voy a estar aquí para ayudarte, cumpliré en las cosas que pactemos durante la sesión”*.

Tal como podemos observar es un proceso de validación de las emociones, de los recuerdos y de las experiencias del pasado que configuran el modo de esquemas del niño abandonado, recordándole las consecuencias negativas de los esquemas y de los estilos de afrontamiento desadaptativos, pero se hace énfasis

en que “la realidad” del pasado se distingue de “la realidad” del presente. Por lo tanto tenemos un balance entre empatía y prueba de realidad, porque esto le dará la oportunidad de avanzar y cambiar. Entonces lo que conseguimos es que se “Sienta comprendido” y favorece la aceptación del cambio (necesidades emocionales).

- Poner límites: Los límites se dan en relación a la seguridad del paciente y a los derechos personales del terapeuta. A lo largo de la terapia habrán momentos de frustración y de ajuste de expectativas que implicaran establecer límites claros y definir las consecuencias de sobrepasar estos límites. Las áreas en la que los pacientes TLP presentan dificultades en los límites son: (a) Contacto fuera de las sesiones, (b) Cambios de visitas o ausencias en las visitas, (c) Expectativas poco realistas de la relación terapéutica (comportarse “como si” fuera un padre), (d) Conductas autodestructivas, parasuicidas y suicidas, (e) Conductas amenazantes hacia el terapeuta o “amenazas de romper objetos”. Los límites se van estableciendo a medida que surgen en la sesión. Cuando el terapeuta observa que un límite se ha sobrepasado, entonces se le explica al paciente de un modo personal y se le plantea el límite, con la consecuencia a asumir la siguiente vez que ocurra. Debe hacerse con empatía y conectando con las dificultades que el paciente tiene para cumplirlo (Young et al., 2003). Una vez explicado el límite, la primera vez que el paciente lo transgrede, el procedimiento que se sigue es:

- A. Se indica que se ha traspasado el límite establecido, con empatía, y centrándose en el hecho. Se le pide que pare.
- B. Se indica que se ha traspasado el límite establecido, mostrar un poco los sentimientos y los motivos de forma personal (del terapeuta al paciente), y se anuncia la consecuencia.
- C. Se indica que se ha traspasado el límite, se muestran los sentimientos al paciente y los motivos de forma personal, y se aplica la consecuencia.

Las consecuencias tienen que estar claras y definidas con los pacientes. El paciente debe tener claro y saber las consecuencias de determinada transgresión de límites. El terapeuta debe definir las situaciones para evitar confusión y dudas. Se pueden consultar con más detalle ejemplos en Arntz y Van Genderen (2009).

*Tabla 5. Función autolesión en cada modo de esquemas*

Modo esquemas	Función de la autolesión
Niño vulnerable	Convertir el dolor emocional en dolor físico, acabar con el dolor emocional cambiando de foco Un mensaje desesperado pedir cuidado Intento suicidio acabar con el dolor
Niño enfadado	Ser escuchado Conectar
Niño impulsivo	Conseguir ahora mismo la atención de los demás Experimentar un subidón adrenalina o endorfinas
Protector aislado	Sentir algo Dejar de sentirse entumecido o muerto
Padre castigador	Castigar las emociones, necesidades del niño

- MANEJAR LAS CONDUCTAS SUICIDAS

Existe un cierto de cómo proceder en el caso de que aparezcan conductas suicidas en las distintas intervenciones para el TLP. En concreto la TE sugiere seguir los siguientes pasos:

- Es importante que antes de que ocurran las conductas suicidas, el terapeuta haya pactado con el paciente a modo de compromiso, como si de establecer un límite se tratara, que se seguirán las instrucciones del terapeuta durante las crisis suicidas, o de lo contrario la terapia se terminará después de la crisis.
- Ante una conducta suicida se aumentará la frecuencia del contacto con el paciente.
- En sesión, ante una conducta suicida, se va a identificar el modo de esquema en la que se presenta la conducta suicida. Es un error frecuente presuponer que sólo en los modos de protector aislado y padre castigador se puedan producir conductas auto lesivas y suicidas. En la Tabla 5, se describen las funciones de la autolesión para cada modo, para así facilitar la identificación (Farrell y Perris, 2012). Una vez identificado el modo de esquemas, se utilizarán las estrategias más apropiadas para ese modo de esquemas.
- Evaluar las tendencias suicidas en cada contacto (formal: en sesión u informal: llamada telefónica, correo electrónico).

- Tenga en cuenta otras posibles intervenciones, como una consulta, medicación, terapia de grupo, y el contacto con otras personas significativas.
- Organizar la hospitalización voluntaria, si es necesario.

## 6.2. LAS TÉCNICAS EMOCIONALES

Las estrategias emocionales son técnicas dirigidas a los sentimientos que tienen como objetivo fundamental ayudar a procesar la información de manera más efectiva a través del afecto. Las técnicas, que se utilizan son la imaginación, los juegos de roles, los diálogos de esquemas a través de las técnicas de las dos sillas y la expresión de emociones. Estas técnicas permiten aprender nuevos patrones de vivir las emociones y modificar los modos de esquemas, aspectos cruciales en el tratamiento del TLP.

### A. Las técnicas de imaginación y de re-instruir en imaginación.

Consisten en crear una situación o una escena de una experiencia en la imaginación (Arntz y Weertman, 1999); es como ver una película en nuestra mente. Pero más que ver la película la idea es que se experimente en como si fueras parte de la película y se vivan todos los acontecimientos que se produzcan, sobre todo centrándonos en las emociones que se están experimentando (Young et al., 2003). El objetivo es aumentar la implicación emocional de los pacientes con la imaginación. El terapeuta ralentiza



la acción formulando preguntas y animando a los pacientes a verbalizar la historia con mayor detalle. Una vez el paciente está sensibilizado se introduce la re-instrucción (re-scripting) que consiste en alterar o modificar ciertos aspectos de la situación que se está experimentando, principalmente cambiar el significado de la representación del trauma. Se utiliza cuando (a) hay situaciones de abuso físico, emocional o sexual, (b) aparecen necesidades emocionales no cubiertas y hay una necesidad de re-parentización, de crianza limitada y (c) se ha limitado la autonomía o la expresión de las necesidades. En este caso se intenta que saque la conclusión de que la situación vivida es equivocada, y no de que el paciente está equivocado o de que él es quién se equivocara.

A nivel de estructura una sesión de imaginación tiene 4 partes: (a) Justificación y para responder a cualquier pregunta: 5 minutos; (b) trabajo de imaginación: durante unos 25 minutos; (c) Procesar con el paciente lo ocurrido durante la sesión de imaginación: 20 minutos; (d) En las posteriores sesiones, 30 minutos. Esta estructura se mantiene en las tres fases de imaginación que se dan en la TE. En una primera fase se trabaja con un modelo básico de imaginación, en una segunda donde se introduce a la imaginación un primer tipo de re-instrucción por parte del terapeuta; y en una tercera donde en la imaginación se trabajan con experiencias y memorias traumáticas, en donde el procedimiento se adecua para que el paciente pueda realizar por sí mismo la re-instrucción y pueda modificar las atribuciones de significado de estos recuerdos traumáticos.

En la primera fase de la imaginación trabajamos con un modelo básico, buscamos que el paciente progresivamente se vaya familiarizando con la técnica, asegurándonos que puede tolerar las emociones que van a surgir a lo largo de la sesión y se empiecen a reconocer los modos de esquemas. Tal como hemos descrito en la fase de conceptualización, a medida que nos encontremos ante expresiones: “*siempre actúo así y me equivoco*”, *incomprensión “no entiendo por qué me ocurre”*, que nos indiquen situaciones problemáticas y que sean signos de posibles modos de esquemas, invitaremos al paciente a trabajarlas en imaginación. Las instrucciones que damos a los pacientes para realizar una sesión de imaginación son: que se ponga cómodo, con los ojos cerrados e imagine la situación de la cual estamos hablando. Le explicaremos que le vamos a preguntar los detalles de la situación en la que ocurre el problema actual. A nivel de procedimiento,

durante la imaginación, le haremos las siguientes preguntas, siempre siguiendo este orden: ¿Qué está ocurriendo? ¿Qué está viendo, escuchando, tocando, saboreando, oliendo? ¿Cuáles son las sensaciones corporales? ¿Qué está pensando? ¿Qué está sintiendo? Una vez tengamos la emoción, vamos a hacer un puente emocional hacia el pasado, diciéndole “*mantente sintiendo “nombramos la emoción: rabia, enfado, culpa, ansiedad”*” y busca una situación o experiencia (desagradable) de tu pasado/infancia donde te sintieras así. Una vez el paciente encuentra el recuerdo, entonces intentamos que lo experimente perceptualmente y emocionalmente. Se realizan las siguientes preguntas: ¿Qué está ocurriendo? ¿Qué está viendo, escuchando, tocando, saboreando, oliendo? ¿Cuáles son las sensaciones corporales de la paciente? ¿Qué está pensando la paciente? ¿Cuántos años tienes? ¿Cuáles son todos los sentimientos de la paciente? ¿Puede la paciente expresar todos sus sentimientos en voz alta? ¿Qué necesitas? Una vez el paciente está familiarizado con la técnica de imaginación, y a medida que aparecen experiencias emocionales intensas y/o necesidades básicas no cubiertas, introducimos ¿Qué piensas acerca de esto? ¿Qué quieres hacer? Ok, hazlo.

En este modelo básico se introduce previamente en muchos casos, la imagen de un lugar de seguridad (Young et al., 2003). En este caso se trata que el paciente construya una imagen propia, donde esté seguro, confortable, y se sienta bien. Puede ser real o imaginada. Es importante que el paciente pueda construir esta imagen, dado que a medida que se realicen sesiones de imaginación, nos será de gran utilidad en el momento que surjan recuerdos con una alta carga emocional o con emociones intensas. Cuando aparecen estos recuerdos, antes de finalizar la imaginación, indicamos al paciente que retorne a “su imagen del lugar de seguridad”. Desde la perspectiva de procedimiento, el retorno al lugar de seguridad, ayudará a disminuir la intensidad del tono emocional, y el paciente por sí mismo podrá manejar las emociones. Después de realizar la técnica de imaginación, realizamos un re-encuadre de la sesión, realizando las siguientes preguntas “¿Qué te ha parecido la experiencia?”; “¿Qué han supuesto para ti las imágenes?”; “¿Cuáles han sido los temas o modos que han aparecido?”.

En una segunda fase, cuando trabajemos con los modos de esquemas, introduciremos la re-instrucción en imaginación (imaginery re-scripting; Arntz, 2011). Para ello, se evoca un recuerdo del pasado, de la infancia del pacien-

te que sea emocionalmente molesto y desagradable. A continuación, se sigue el procedimiento descrito en el punto anterior de la búsqueda del recuerdo del pasado. El paciente durante la escena de la sesión de imaginación actúa como un niño, y cuando responde a la pregunta formulada por el terapeuta que hace referencia a las necesidades emocionales no cubiertas: ¿Qué necesita (el niño)?; entonces el terapeuta pide permiso para que el paciente introduzca al terapeuta en la imagen. Una vez el paciente ha introducido al terapeuta en la imagen, es cuando el terapeuta puede “(re)instruir” al paciente como niño. Esta re-instrucción implica satisfacer las necesidades emocionales que no se obtuvieron. En este caso el procedimiento de preguntas a hacer en imaginación por parte del terapeuta sigue el siguiente orden: (1) ¿Qué necesitas?, (2) ok pregunta a X (X es el adulto sano, que puede ser el terapeuta, una persona que ayuda). En ese caso es importante que el “niño pequeño (poner nombre) pregunte por sus necesidades. (3) ¿Qué está ocurriendo? ¿Cómo te sientes? ¿Es esto bueno? (4) ¿Hay algo más que necesites? (continúa preguntando hasta que conteste que todo está bien).

El niño recibe en las imágenes cariño, seguridad, calma, guía, lo que sea necesario para el confort y la cobertura de las necesidades. En función del modo de esquemas se proporcionaran unas necesidades u otras. Por ejemplo, en el caso de malos tratos, abusos, el terapeuta pide explícitamente al padre/madre en imaginación que se pare la conducta. Se explica al padre/madre cómo estas conductas hieren al niño, las consecuencias, y de lo que se espera como padre/madre en relación al cuidado. A continuación, se calma y conforta al niño pequeño (poner “nombre”). A modo de ejemplo, ante una escena de un niño desconsolado se puede sentar el paciente como niño en el regazo del terapeuta, y este consolarle. A continuación, una vez terminado la imaginación, vamos a proceder a re-encuadrar la situación, a revisar el proceso de (re)atribución de significados en función de los esquemas y de los modos de esquemas.

A medida que avanza el tratamiento, y el paciente va interiorizando un adulto sano fuerte, se introduce la re-instrucción en imaginación para recuerdos traumáticos (Arntz, 2011), esto ocurre en la segunda fase del tratamiento. En este caso el procedimiento es el mismo que el descrito en el modelo previamente, a excepción de que el paciente como adulto realiza la re-instrucción del niño pe-

queño (poner nombre) y de que se le añade una paso más, donde se busca conocer si el “niño pequeño” ha recibido el suficiente soporte, el grado de necesidades satisfechas y cómo va integrando estas necesidades en los nuevos esquemas que se están generando. A nivel de procedimiento, se vuelve al recuerdo, donde el paciente experimenta como niño la situación original. Después el paciente como adulto realiza la re-instrucción, el terapeuta pregunta desde la perspectiva del adulto sano como se siente, que piensa, que piensa qué necesita el niño pequeño, y se le anima a que “el paciente como adulto sano” le proporcione estas necesidades al niño en imaginación. A continuación, introducimos el paso descrito, donde se busca el impacto de la re-instrucción en el niño. Aquí la idea es la siguiente, una vez hecho la re-instrucción en la fase anterior, es conocer como están las necesidades emocionales no cubiertas. A nivel de procedimiento en esta fase el terapeuta describe el rol del Adulto Sano. Las tareas que realiza y las preguntas que formula al paciente, que asume el rol del niño pequeño, son para asegurarse que se van cubriendo las necesidades emocionales no cubiertas. Esto se inicia con una pregunta del “niño pequeño” al “Adulto Sano” donde le pide lo que necesita, a partir de este punto, se establece un diálogo entre el “niño pequeño” y “el adulto sano” que se termina cuando “el niño pequeño” satisface las necesidades emocionales. Aquí lo importante es que pueda ir integrando nuevos insight en la imagen del sí mismo, en los nuevos esquemas que se están desarrollando.

## B. Juego de roles (rol play)

En la fase de cambio de los modos de esquemas, también trabajamos con la técnica emocional del juego de roles, que principalmente se utiliza en dos circunstancias, en la historia de vida del paciente (situaciones de la infancia y adolescencia) y para trabajar los problemas actuales. Las típicas situaciones son la falta de amor, las carencias afectivas, y las situaciones rechazo (Arntz y Jacob, 2012). La estructura del juego de roles es muy parecida a la imaginación, y tiene tres fases:

*Fase 1: La situación original:* el paciente hace de niño y el terapeuta de la otra persona (en ningún caso se representarán papeles donde se abuse o haya violencia, en este caso se utilizará la imaginación).

*Fase 2: Intercambio de roles:* (la misma situación cambiando los papeles, aquí la idea es que el paciente experimente la perspectiva de la otra persona).

*Fase 3: Re-instrucción:* el paciente hace de niño y el terapeuta de la otra persona. En este caso el paciente intenta introducir los aprendizajes y perspectivas de las fases anteriores, para poder practicar nuevas conductas, re-evaluar la situación desde otra perspectiva, y modificar las conclusiones a las que llegó cuando ocurrió la experiencia.

### C. Técnica de las dos o más sillas

La técnica de las dos o más sillas, se utilizan a lo largo del tratamiento de los modos de esquemas, les llamamos *diálogos de esquemas*. Esta técnica se utiliza preferentemente cuando existe un modo de esquemas de padre castigador muy duro, que guía constantemente la conducta del paciente y donde el paciente no puede deshacerse de la autocritica constante. El objetivo de la técnica, es poder expresar la voz interiorizada de las elevadas exigencias del padre o de la madre, e intentar luchar y parar las conductas auto-castigadoras y críticas. Los diálogos intentan modular los aspectos negativos de esta parte de la conducta del padre o la madre interiorizada (Arntz y VanGenderen, 2009). A nivel de procedimiento, y como protección para el paciente, evitaremos que el paciente esté en la silla del padre castigador cuando el terapeuta con voz contundente y de enfado pide al padre o a la madre que pare estas conductas y observe el daño que le está haciendo al niño pequeño (nombre del modo abandono/abuso). En este caso las opciones son como observamos en la siguiente tabla (Tabla 6).

Esta técnica es especialmente útil cuando el modo de esquemas del protector aislado es muy robusto y es muy difícil poder acceder al modo del niño abandonado/abusado. En este caso se utiliza para pedir permiso al protector aislado para poder acceder a la parte vulnerable. A nivel de procedimiento, el paciente puede empezar en la silla del protector aislado donde el terapeuta desde la

perspectiva del adulto sano, le hace preguntas para que pueda describir la función de la protección en el presente y en el pasado. A medida que discurre el diálogo, es muy importante validar la función de protección. En el momento que el paciente empiece a hablar de necesidades, el paciente pasa a la silla del niño abandonado, donde se expresan los sentimientos y necesidades emocionales. En muchos casos cuando esto ocurre, vuelve a surgir el modo de protector aislado, entonces el paciente se mueve hacia la silla del protector aislado. Aquí el terapeuta continúa validando la función del protector, e intenta que el niño vulnerable pueda expresar sus necesidades. Un elemento clave en esta técnica es que el paciente en el modo del adulto sano, obtenga argumentos para poder aprender a satisfacer las necesidades emocionales. Por este motivo, el adulto sano, tiene que observar que el terapeuta trata bien al protector aislado, y con cariño, dando soporte emocional al niño abandonado/abusado. Las opciones que tenemos de trabajo se observan en la siguiente tabla (Tabla 7).

Por último, también se utiliza esta técnica en la fase de cambio cuando queremos modificar los estilos de afrontamiento desadaptativos, y cuando necesitamos dialogar entre el adulto sano y los modos de esquemas para avanzar en aspectos básicos como las relaciones con los demás, la autonomía, o para permitirse cambios o modificar el estilo de vida. En este caso, utilizaremos múltiples sillas.

### D. Experimentar (sentir) y expresar emociones

El aprendizaje de la modulación de las emociones va a ser otro aspecto a trabajar en la fase de cambio: el cómo se sienten y el cómo se expresan. En algún momento del tratamiento se deberá definir los pasos para modular estas emociones, especialmente el manejo de la ira. Esto dependerá del paciente y más allá de la ira, puede abarcar desde el manejo del estrés, culpa, tolerancia a la frustración, la

**Tabla 6. Técnicas de las sillas para el padre castigador (Adaptado de Arntz y VanGenderen, 2009).**

Modo Esquemas	Lugar del Modo	Terapeuta	Paciente
Padre castigador	Silla Vacía	Enseña al paciente como adulto sano	Adulto Sano
	Silla Vacía	Adulto sano	Niño Abandonado
	Otra silla	Adulto sano	Padre castigador

**Tabla 7. Técnicas de las sillas para el protector aislado (Adaptado de Arntz y VanGenderen, 2009).**

Modo Esquemas	Lugar del Modo	Terapeuta	Paciente
Protector Aislado	Silla Vacía	Enseña al paciente como adulto sano	Adulto Sano
	Silla Vacía	Adulto sano	Niño Abandonado
	Otra silla	Adulto sano	Protector Aislado
	Otra silla	Niño Abandonado	Primero protector, después niño abandonado

asertividad y/o otras emociones. El procedimiento general a seguir según Young et al., (2003) consta de cuatro fases:

1. *Expresar emociones.* En primer lugar, el terapeuta permite que la paciente exprese plenamente su enfado. El terapeuta se mantiene neutral.
2. *Empatizar.* Después, el terapeuta empatiza con los modos de esquemas subyacentes.
3. *Poner a prueba la realidad.* Se contesta a las siguientes preguntas: ¿Estaba realmente justificada la ira de la paciente o no lo estaba? ¿Es la ira proporcional a la situación?
4. *Ensayar la asertividad.* Se practican las respuestas más asertivas de cara a ponerlas en práctica en el futuro.

Otra técnica importante en el manejo de las emociones y que va a utilizarse en la fase de cambio va a ser la escritura de cartas a personas significativas donde se describa el daño recibido y las necesidades emocionales no cubiertas (no se envían las cartas).

### 6.3. TÉCNICAS COGNITIVAS

Las técnicas cognitivas que provienen de la terapia cognitiva conductual van a ser utilizadas a lo largo de la TE. Los objetivos de la aplicación de la TE mostrar la validez y “la verdad” de los modos de esquemas, de retarlos, de testear las ventajas e inconvenientes de estos modos (Young, 1990; López Pell et al., 2011.) Las técnicas más importantes que destacamos son, (a) Los diarios de esquemas nos van a ayudar a entender las situaciones que activan los modos de esquemas. Describen las emociones, los pensamientos y las conductas que configuran los modos de esquemas. Los diarios nos ayudan a generar consciencia y a comprender el impacto que tienen estos modos en la vida cotidiana. Los diarios permiten identificar las distorsiones

cognitivas propuestas por la TCC. Por último, pueden ser de ayuda en los momentos de bloqueo de la terapia, y se puede utilizar para describir situaciones específicas de la relación terapéutica. (b) Poner a prueba los aspectos históricos de los esquemas y de los modos de esquemas. A lo largo de todo el proceso de cambio, se va a ir recogiendo las experiencias que han ido configurando los modos de esquemas, el papel que tenían las personas significativas en la constitución de este modo, cómo se interpretaban estas experiencias, y cómo daban sentido al “sí mismo”. Delimitar las atribuciones de significado, y entender la función adaptativa que tenían los modos, ayudará a poder buscar otras maneras de entender estas experiencias del pasado. (c) El punto-contrapunto, cuando necesitamos listar las ventajas e inconvenientes de los modos de esquemas, se utiliza esta técnica donde el terapeuta y el paciente se intercambian los roles para hacer una lista más exhaustiva. (d) Las gráficas de pastel, ampliamente utilizadas por la TCC para visualizar el nivel de influencia que tiene un evento o una característica en la globalidad. (e) las tarjetas recordatorio es una tarjeta que se hace conjuntamente entre el paciente y terapeuta para evitar consecuencias negativas de la activación de los modos de esquema o para la práctica de nuevas conductas. Se trata de escribir en una tarjeta, una situación problemática en la que se activa el esquema. En esta se describen los sentimientos generados por el esquema, se identifica al esquema, y como este nos lleva a exagerar las emociones que se sienten. A continuación, se proporciona una prueba de realidad, para mostrar el sesgo cognitivo, y se añaden instrucciones conductuales específicas para evitar la conducta negativa y señalar cuál sería la alternativa conductual más adecuada.

#### 6.4. TÉCNICAS CONDUCTUALES

Las técnicas conductuales van a ser completamente necesarias, porque el adulto sano deberá desarrollar y aprender nuevas conductas, nuevas maneras de hacer. Sabemos que muchas veces los pacientes pueden pensar y aprender a sentir de manera distinta pero esto no se cristaliza rápidamente en comportarse de manera distinta. Durante la terapia, se fomentará el aprendizaje de habilidades (asertividad, relajación, mindfulness, etc.), se realizarán experimentos conductuales para poner a prueba aspectos relacionados con los modos de esquemas, se ayudará y se enseñarán las técnicas de resolución de problemas. En el momento que se modifiquen las estrategias de afrontamiento desadaptativas se deberán aprender nuevas maneras de afrontar o recuperar viejas estrategias olvidadas. También se deberá hacer frente a conductas suicidas y autolesiones, aprendiendo estrategias diferentes y sobre todo se deberán aprender nuevas conductas en la fase de “romper los patrones de conducta”, cuando se modifique el estilo de vida del paciente.

#### 6.5. LAS INTERVENCIONES TERAPÉUTICAS PARA LOS MODOS DE ESQUEMAS

De manera sintética vamos a delimitar cuales son las intervenciones terapéuticas para cada uno de los modos de esquemas y los obstáculos que pueden aparecer, basándonos en Young et al. (2003); Arntz y Van Genderen, (2009) y (Arntz y Jacob, 2012).

##### **MÉTODOS DE TRATAMIENTOS PARA PROTECTOR AISLADO**

El protector aislado tiene una función de protección, bloquea los sentimientos y las necesidades del paciente, le protege del dolor y le evita el daño de los demás. A nivel de tratamiento el objetivo es traspasar al protector aislado, poder acceder a las necesidades no cubiertas del niño abandonado. Para ello el terapeuta debe tranquilizar al protector aislado, de que en terapia el niño vulnerable estará seguro. Los métodos que utilizará ser resumen a continuación:

- A. Relación Terapéutica: Asegurar que el terapeuta le ayudará a manejar sentimientos abrumadores, incontenibles. Aumentar la frecuencia de contacto con el paciente. Animar a expresar sentimientos hacia el terapeuta.
- B. Emocional: progresivamente elaborar los recuerdos de abuso o abandono, o desatención. Expresar la ira

hacia los padres. Dialogar (dos sillas) con el protector aislado y el niño abandonado.

- C. Cognitivo: Enfatizar las ventajas de sentir y experimentar emociones, de conectar otra vez con las personas. Recomendar el libro de autoayuda “Reinventar tu vida” (Young y Klosko, 2001) para reforzar.
- D. Conductual: Disminuir su presencia fuera de terapia. Contactar con la pareja, amigos. Compartir sentimientos. Unirse a grupos de soporte.
- E. Biológico: Plantearse el uso de antidepresivos para reducir la intensidad del estado emocional.
- F. Obstáculos: Paciente adormilado en la sesión. Si esto ocurre, preguntar por la higiene del sueño, y en sesión, facilitar activación como abrir ventana, que camine y se levante. Otro obstáculo frecuente es la disociación, para contrarrestarla utilizaremos ejercicios concentración.

##### **MÉTODOS DE TRATAMIENTOS PARA EL NIÑO ABANDONADO Y ABUSADO**

El niño abandonado y abusado no ha podido satisfacer las necesidades de seguridad, cuidado y bienestar, con sentimientos intensos, sensación indefensión e incomodidad. El terapeuta va a proporcionar de manera limitada esas necesidades no satisfechas en la infancia en el marco de la relación terapéutica. A lo largo del tratamiento los métodos que utilizará son:

- A. Relación Terapéutica: Terapeuta se convierte en una base de estabilidad. Proporciona un apoyo transitorio y facilita la autonomía gradual.
- B. Emocional: Enseñar a empatizar y educar en necesidades. Dar soporte y apoyo al niño interior vulnerable.
- C. Cognitivo: Etiquetar los esquemas y los modos. Proporcionar información educación acerca de las necesidades de los niños.
- D. Conductual: Ayudar a elegir relaciones interpersonales satisfactorias. En las relaciones significativas, poder expresar vulnerabilidad.
- E. Obstáculos: El terapeuta es excesivamente un buen padre, se extralimita, tiene dificultades para ajustar el estilo de reparentización. Otro obstáculo frecuente es cuando no hay acuerdo entre las expectativas del paciente y el terapeuta en la satisfacción de necesidades. En este caso es importante describir y comprender estos desajustes, delimitar que cosas se pueden hacer para remediarlo. En caso, si no hay posibilidades de

ajustar estas expectativas, debido a los límites de una relación terapéutica, entonces se ayudará al paciente a aprender a tolerar la frustración.

### **MÉTODOS DE TRATAMIENTOS PARA EL PADRE CASTIGADOR**

El padre castigador critica, castiga y reprime por hacer cosas incorrectas. Su función es castigar al paciente por expresar necesidades emocionales, por hacer las cosas de un modo distinto a lo que se espera. La estrategia del terapeuta es neutralizar y cuestionar estos mensajes críticos y negativos. Los métodos de tratamiento que va a utilizar van a ser:

- A. Relación Terapéutica: Felicitar y perdonar al paciente. Durante las sesiones, el terapeuta va a animar al paciente a expresar las emociones y las necesidades, teniendo cuidado de no rechazar.
- B. Emocional: A través de las técnicas de imaginación, se va a ayudar al paciente a parar las conductas “críticas u humillantes” de los padres, y se va a enseñar a crear una barrera de protección.
- C. Cognitivo: Re-atribuir el abuso a la familia o contexto familiar, no a sí mismo, perdonar los errores, ponerlos en perspectiva. Tarjeta recordatorio.
- D. Conductual: Expresar las necesidades y emociones apropiadamente con la pareja y amigos, no lleva por regla general al rechazo o represalia.
- E. Obstáculos: La provocaciones, las pequeñas venganzas hacia el terapeuta. En este caso deberemos estar atentos y comentarlas. Otro obstáculo frecuente es cuando el paciente protege a sus padres, no puede aceptar la idea de que partes de las conductas de los padres fueron dañinas y niegan o lo silencian. En este caso es importante que entiendan que si lo silencian se silencian a sí mismo.

### **MÉTODOS DE TRATAMIENTOS PARA EL NIÑO ENFADADO/IMPULSIVO**

El paciente se muestra enfadado, enfurecido por qué no se ha satisfecho una necesidad o actúa de manera impulsiva para satisfacer una necesidad. La estrategia global va a ser ayudarlo a gestionar y modular de un modo más adecuado la ira y aprender a satisfacer sus necesidades. A lo largo de las sesiones utilizaremos los siguientes métodos:

- A. Relación Terapéutica: Terapeuta pone límites basándose en los derechos personales y la seguridad del pa-

ciente. Va a permitir expresar su ira, se va a empatizar con las necesidades y su frustración, se le propondrá con técnicas cognitivas una prueba de realidad para observar cómo se puede entender la situación de forma alternativa, y se propondrán conductas alternativas que eviten las consecuencias negativas que tiene para el paciente y para los demás.

- B. Emocionales: practicar formas saludables de sacar la ira (imaginación con los padres, válvulas de escape físicas).
- C. Cognitivo: Enseñar técnicas de poner a prueba la realidad y buscar expectativas realistas de los demás. Utilizar las tarjetas recordatorio.
- D. Conductual: Enseñar técnicas de control de la ira y cuál es el modo más apropiado de obtener las necesidades fuera de las sesiones de terapia.
- E. Obstáculos: Las dificultades para tolerar la expresión de rabia, ira y enfado. Es importante no asumir que se debe de tolerar la expresión de la rabia, no tiene por qué aceptarse todas las formas en las que se expresa esta rabia.

### **MÉTODOS DE TRATAMIENTOS PARA EL ADULTO SANO**

- A. Relación Terapéutica: Poco a poco una relación entre dos adultos. Importante poner límites ante la conducta impulsiva y agresiva trabajando con el adulto sano.
- B. Emocionales: expresa correctamente las emociones y los problemas
- C. Cognitivo: Puede identificar los pensamientos, emociones y conductas. Puede elaborar de manera automática y sin escribir un diario de esquemas.
- D. Conductual: modifican su estilo de vida que es adulto y saludable, encuentran amigos, tienen relaciones sociales y trabajan o están preparados para hacerlo. Esta fase es la fase nuclear y suele ser la mas larga en el proceso de intervención en la TE para el TLP. No obstante, todavía quedan 3 fases para terminar la terapia que son el trabajo con las experiencias de trauma, los cambios conductuales y del estilo de vida, y la finalización de la terapia.

## **6.6. TRATAR LOS TRAUMAS DE LA INFANCIA**

A lo largo de la terapia el paciente, y a medida que el adulto sano está más fuerte y los modos de esquemas están más debilitados, el paciente muestra más capacidad

de satisfacer sus necesidades, de regular sus emociones y de planificar su conducta de un modo más efectivo. Es en estos momentos cuando nos podemos plantear trabajar las experiencias traumáticas y modificarlas a través de la técnica de re-atribución en imaginación. Para ello, seguiremos el mismo procedimiento anteriormente descrito con el objetivo de poder dar más poder y seguridad al adulto sano. En la fase 1 vamos a hacer que busque un recuerdo de justo el momento previo a que la situación ocurre. En la fase 2, donde se realiza la intervención de re-escritura, nos aseguraremos de proteger en la imagen del recuerdo al “niño vulnerable”. Es importante que de ninguna manera el paciente se exponga en la imaginación a las memorias de trauma, aquí lo importante es la re-atribución. En el procedimiento de imaginación, el paciente va a expresar las emociones y sentimientos asociados a las experiencias traumáticas. Por regla general va a expresar rabia, aspecto que será validado por el terapeuta, ya que sus derechos no fueron respetados, o el paciente llorará por las pérdidas, y así se enfrentará y se sobrepondrá al trauma. En definitiva, se trata de aumentar la conciencia y darse cuenta de los problemas y las limitaciones que tuvieron los padres y otras personas significativas. Así mismo, de expresar deseo que el pasado hubiera sido distinto, y también de como estos recuerdos y la interpretación que se hizo afectan en la vida presente del paciente y los planes para el futuro. En muchas ocasiones, para finalizar este proceso se escribe cartas a los padres y a otras personas significativas donde se expresan todas estas necesidades no cubiertas (por regla general nunca se envían).

### 6.7. ROMPER LOS PATRONES DE CONDUCTA

Tal como hemos dicho en las técnicas conductuales, va a ser necesario olvidar y dejar de utilizar las viejas conductas que provocaban malestar y no ayudaban a adaptarse al entorno. Y va a ser necesario utilizar nuevas conductas que se han aprendido a lo largo de toda la terapia, o incluso viejas que se utilizan de manera distinta. Esta fase que tiene que ver con generar un estilo de vida saludable donde los modos de esquemas no marquen la pauta. Es una fase importante, que algunas veces es minusvalorada, y no se debe olvidar. Es un paso más para fomentar una vida satisfactoria, distinta a la anterior, que conlleva una mayor satisfacción personal. Y es por esta razón que pueden aparecer obstáculos que deberán resolverse. Los obstáculos muchas veces implican el aprendizaje de nue-

vas habilidades, o tienen que ver con bloqueos a la hora de hacer cosas que el paciente desea y para lo que está preparado. En este caso deberán hacerse frente, a través de las técnicas aprendidas anteriormente, imaginación o con la técnica de las dos sillas.

### 6.8. LA FINALIZACION DE LA TERAPIA

Los pacientes que finalizan la terapia pueden llevar por regla general una vida autónoma. No obstante, esta nueva vida requiere aceptar que ha habido necesidades emocionales no satisfechas en la infancia, y que estas se han obtenido parcialmente en terapia. Este punto algunas veces es complejo de equilibrar, porque a pesar de esta nueva vida, los padres, la familia, los amigos, el entorno donde se han criado y han crecido en muchos casos se mantiene. En el punto de partida de la finalización de la terapia, hay dos aspectos a tener en cuenta. El primero, se refiere a la relación con los padres y la familia, hay pacientes que pueden perdonar y pueden mantener relaciones cercanas con los padres y la familia, aunque hay otros que se alejan, se mantienen en la distancia. El segundo, y en muchos casos es un elemento clave para la finalización de la terapia, es si el paciente ha podido encontrar una pareja sana, que en su manera de ser facilite y refuerce el cambio de los modos de esquema, permitiendo una vinculación emocional estable y segura.

El proceso de finalizar la terapia, de alejarse del terapeuta, que en muchos casos ha sido vivido como una fuente única de estabilidad, de soporte y guía es un elemento que el terapeuta debe saber conducir. El obstáculo es que el paciente se mantenga dependiente emocionalmente. Es una fase que hay que cuidar, en la que hay que acompañar, en la que hay que ser flexible para que el paciente pueda ir aceptando el término de la terapia y continuar su vida.

## 7. CONCLUSIÓN

La Terapia de modos de esquemas para el TLP es una terapia estructurada de larga duración, entre año y medio y dos años que busca a través de las estrategias de re-parentización limitada y las técnicas cognitivas, emocionales y conductuales modificar los modos de esquemas y que así mismo las personas con un diagnóstico de TLP puedan aprender a satisfacer las necesidades emocionales. Estos aprendizajes deben permitir al paciente por sí mismo vincularse de una forma más segura y establecer vínculos

emocionales estables, hacer frente a las situaciones estresantes del día a día de un modo más sano y adaptativo, permitirse cometer errores y aceptar las críticas sin llegar a la devaluación de uno mismo, manejar la frustración y los límites de conducta que se espera en las relaciones interpersonales y la interacción social. En definitiva, una vida con menos sufrimiento y más satisfactoria.

## 8. LECTURAS RECOMENDADAS

- Young, J.E., Klosko, J.S., y Weishaar, M.E. 2013. *Terapia de Esquemas: Guía práctica*. Editorial Desclee de Brower. [Versión inglesa (2003). *Schema therapy: A practitioner's guide*. New York, NY: Guilford Press.] El libro de referencia de la TE, y de lectura obligada para aquel que quiera poner en práctica la terapia, donde se explica de manera detallada el modelo de esquemas y las estrategias de intervención de la TE. Además desarrolla el modelo conceptual que sirve como base al modelo de los modos de esquema.
- Arntz, A y Van Genderen HV. (2011). *Schema therapy for Borderline Personality Disorders*. Wiley-Blackwell. *La escritura de un manual donde se describa de manera detallada la aplicación de la terapia es un requisito imprescindible para los ensayos clínicos de terapia psicológica. Este libro describe la aplicación de la TE al TLP y se utilizó en los ensayos clínicos y controlados de comparación entre la TE y la Terapia de la Transferencia.*
- Michiel van Vreeswijk, Jenny Broersen, Marjon Nadort. The Wiley-Blackwell Handbook of Schema Therapy Theory, Research and Practice. March 2012. *La última actualización del modelo de TE, con la conceptualización de los modos de esquemas de todos los trastornos de la personalidad.*
- Arntz, A. (2011). Imagery Rescripting in Personality Disorders. *Cognitive Behavioural Practice* 18. 466-488. *Artículo que describe las bases psicológicas de la aplicación de la técnica de imaginación y detalla el procedimiento para los trastornos de la personalidad.*

## 10. BIBLIOGRAFÍA

1. American Psychiatric Association. (1995). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* (4ª ed). Barcelona: Masson.
2. Arntz, A. (2011). Imagery Rescripting in Personality Disorders. *Cognitive Behavioural Practice* 18. 466-488.
3. Arntz, A., y Jacob, G. (2012). *Schema therapy in practice: an introductory guide to the schema mode approach*. John Wiley & Sons.
4. Arntz, A., Klokman, J., y Sieswerda, S. (2005). An experimental test of the schema mode model of borderline personality disorder. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 36(3), 226-239.
5. Arntz, A., y Van Genderen, HV. (2009) *Schema therapy for Borderline Personality Disorders*. Wiley-Blackwell.
6. Arntz, A., y Weertman, A. (1999). Treatment of childhood memories: Theory and practice. *Behaviour research and therapy*, 37(8), 715-740.
7. Bateman, A. W., Gunderson, J., y Mulder, R. (2015). Treatment of personality disorder. *The Lancet*, 385(9969), 735-743.
8. Cid, J (2016). El esquema como organizador de la personalidad y sus trastornos. Estudio psicométrico de la adaptación española del "Young Schema Questionnaire-Short Form". Tesis doctoral. UAB.
9. Cid, J., Tejero, A., y Torrubia, R. (1997). Adaptación española del Cuestionario de Esquemas de Young [Spanish version of the Young Schema Questionnaire]. Unpublished manuscript.
10. Cid J. y Torrubia R. (2003) Psychometric properties of Young Schema Questionnaire in Clinical Samples. *Revue Francophone de clinique comportementale et cognitive*, 8 (1), 16.
11. Farrell, J., Shaw, I., y Reiss, N. (2012). Group Schema Therapy for Borderline Personality Disorder Patients. *The Wiley-Blackwell Handbook of Schema Therapy: Theory, Research, and Practice*, 341-358.
12. Farrell, J y Shaw. (2012) Group Schema Therapy for Borderline Personality Disorder Patients. John & Wiley Sons.
13. Farrell, J.M.; Shaw, I. y Webber, M.A. (2009). A schema-focused approach to group psychotherapy for outpatients with borderline personality disorder: A randomized controlled trial *J. Behav. Ther. & Exp. Psychiat.* 40, 317-328.
14. Fosse, G.K. (2008). Group Schema therapy for personality disorders. *Nordic Journal of Psychiatry*, 6246-46.



15. Giesen-Bloo J, Van Dyck R, Spinhoven P, Van Tilburg W, Dirksen C, Van Asselt T, et al. (2006) Outpatient psychotherapy for borderline personality disorder: randomized trial of schema-focused therapy vs transference-focused psychotherapy. *Arch Gen Psychiatry*. 63 (6):649-58.
16. Grupo de trabajo de la guía de práctica clínica sobre trastorno límite de la personalidad. Fórum de Salud Mental y AIAQS, coordinadores. (2011) *Guía de práctica clínica sobre trastorno límite de la personalidad*. Barcelona: Agència d'Informació, Avaluació i Qualitat en Salut. Servei Català de la Salut. Pla Director de Salut Mental i Addiccions. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya.
17. Kellog S y Young J. (2006). Schema Therapy for Borderline Personality Disorder. *Journal of Clinical Psychology*, Vol. 62(4), 445–458.
18. Lawrence, K. A., Sabura Allen, J., y Chanen, A. M. (2010). A study of maladaptive schemas and borderline personality disorder in young people. *Cognitive Therapy and Research*, 24(6), 758–799. <http://dx.doi.org/10.1521/pedi.2010.24.6.785>.
19. Lobbstaël, L., van Vreeswijk, M., y Arntz, A. (2007). Shedding light on schema modes: a clarification of the mode concept and its current research status. *Netherlands Journal of Psychology*, 63, 76–85.
20. Lobbstaël, L., Van Vreeswijk M., y Arntz, A (2008) Schema Mode Questionnaire-v1 [Adaptado al castellano por Cid, 2012. Cuestionario de Modos de Esquemas. Manuscrito no publicado].
21. López Pell, A.F., Cid Colom, J., Obst Camerini, J., Rondon, J. M., Alfano, S. M. y Cellerino, C. (2011). Guías esquematizadas de tratamiento de los trastornos de personalidad para profesionales, desde el modelo de Young, Klosko y Wheishar (2003). *Ciencias Psicológicas V* (1): 83-115.
22. McGinn, L.K. y Young J.E. (1997) Schema-focused therapy. En: Salkovskis PM(Ed). *Frontiers of cognitive therapy*. New York: Guildford Press.
23. Nadort, M.; van Dyck, R.; Smit, J.H.; Giesen-Bloo, J.; Eikelenboom, M.; Wensing, M.; Spinhoven, P.; Dirksen, C.; Bleecke, J.; van Milligen, B.; van Vreeswijk, F.; Bleecke, J. & Arntz, A. (2009a). Three preparatory studies for promoting implementation of outpatient schema therapy for borderline personality disorder in general mental health care. *Behaviour Research and Therapy*. 47, 938–945.
24. Nadort, M.; Arntz, A.; Smit, J.H.; Giesen-Bloo, J.; Eikelenboom, M.; Spinhoven, P.; van Asselt, T.; Wensing, M. & van Dyck, R. (2009b). Implementation of outpatient schema therapy for borderline personality disorder with versus without crisis support by the therapist outside office hours: A randomized trial. *Behaviour Research and Therapy*. 47, 961–973.
25. Nysaeter TE, y Nordahl HM.(2008) Principles and Clinical Application of Schema Therapy for Patients with Borderline Personality Disorder. *Nordic Psychology*, 60 (2) 249-263.
26. Pérez Urdániz, M. (2004). Epidemiología de los Trastornos de Personalidad. En Roca Bennasar M (ed): *Trastornos de Personalidad*. Masson.
27. Sempértegui GA, Karreman A, Arntz A y Bekker M HJ (2013) Schema therapy for borderline personality disorder: A comprehensive review of its empirical foundations, effectiveness and implementation possibilities. *Clinical Psychology Review*, 33 426–447.
28. Spinhoven P, Giesen-Bloo J, Van Dyck R, Kooiman K y Arntz A. (2007) The therapeutic alliance in schema-focused therapy and transference-focused psychotherapy for borderline personality disorder. *J Consult Clin Psychol*. 75 (1):104-15.
29. Van Asselt AD, Dirksen CD, Arntz A, Giesen-Bloo JH, Van Dyck R, Spinhoven P, et al. (2008) Outpatient psychotherapy for borderline personality disorder: cost-effectiveness of schema-focused therapy v. transference-focused psychotherapy. *Br J Psychiatry*.; 192(6):450-7.
30. Van Vreeswijk M, Broersen J, Nadort M (Coord). (2012) *The Wiley-Blackwell Handbook of Schema Therapy Theory, Research and Practice*. Wiley-Blackwell.

31. Young, J.E., Klosko, J.S., y Weishaar, M.E. 2013. *Terapia de Esquemas: Guía práctica*. Editorial Desclée de Brower [Versión inglesa (2003). *Schema therapy: A practitioner's guide*. New York, NY: Guilford Press].
32. Young, J.E. (1990). *Cognitive Therapy for Personality Disorders: A Schema-Focused Approach*. Sarasota, FL: Personal Resource Exchange.
33. Young, J. E. (1994). *Cognitive therapy for personality disorders: A schema-focused approach (2nd ed.)*. Sarasota, FL: Professional Resource Exchange.
34. Young, J. E., y Brown, G. (1994). Young schema questionnaire (2nd ed). In J. E. Young (Ed.), *Cognitive therapy for personality disorders: A schema-focused approach*. Sarasota FL: Professional Resource Press.
35. Young, J. E (1994). Young parenting inventory. New York: Schema therapy institute. Adaptado al castellano por Cid, 2003. Cuestionario de padres. Manuscrito no publicado.
36. Young, J.E. y Klosko J.S. (2001). *Reinventar tu vida: como superar las actitudes negativas y sentirse bien de nuevo*. Editorial Paidós. (ISBN 84-493-0954-9).

# cibersam

Centro de Investigación Biomédica en Red  
Salud Mental



**UNIÓN EUROPEA**

Fondos Europeo de Desarrollo Regional

FUNDACIÓN PARA LA INVESTIGACIÓN  
EN PSICOTERAPIA Y PERSONALIDAD

