

EVALUACIÓN DEL MODELO DE TERAPIA CENTRADO EN ESQUEMAS PROPUESTO POR YOUNG, EN TRES CASOS ATENDIDOS EN EL CENTRO DE ATENCIÓN Y SERVICIOS INTEGRALES (C.A.S.I.)

Lic. Sergio Rojas Gutiérrez
Universidad Católica de Costa Rica

Msc. Silvia Prada Villalobos
Universidad Católica de Costa Rica

Resumen: Este trabajo tuvo como objetivo el evaluar la intervención psicoterapéutica de tres casos atendidos en el Centro de Atención y Servicios Integrados de la Universidad Católica. Esta intervención se realizó partiendo del modelo de Terapia Centrada en Esquemas propuesto por Young (Young, Klosko y Weishaar, 2003). Para lograr la evaluación del proceso se utilizó la entrevista, la observación, el diario de campo, un cuestionario, instrumento propio de la terapia centrada en esquemas, y el Formulario de Evaluación de Metas, que es parte del grupo de instrumentos utilizados para la evaluación de la terapia clínica en Inglaterra y otros países, CORE. Los casos fueron referidos al Centro de Atención y Servicios Integrados (CASI) en la zona de San Carlos. Los resultados de la intervención muestran que el modelo en cuestión, es efectivo en casos cuyo motivo de consulta fueron problemas de relaciones interpersonales, o elaboración de duelos no resueltos. De igual forma se confirma la importancia de la relación terapéutica para la obtención de resultados positivos, y la importancia de la evaluación de los procesos psicoterapéuticos.

Palabras clave: The present study main objective was to evaluate a therapeutic process of three cases referred to the “Centro de Atención y Servicios Integrados de la Universidad Católica” (CASI). The therapeutic intervention used was the Schema Focused Therapy proposed by Young. (Young, Klosko y Weishaar, 2003). The evaluation process included observations from the therapist, a field diary, a specific questionnaire developed within the Schema therapy and the Goals Assessment Form from the CORE which is a group of instruments used to evaluate clinical therapy in England and other countries. The results show that the model in question proved to be effective in the treatment of interpersonal relations problems, or for the treatment of unresolved mourn. Likewise they confirm the importance of the therapeutic alliance to obtain positive results and the relevance of evaluating the therapeutic process.

Key Words: Schema Focused Therapy, psychotherapy effectiveness, psychotherapy.

Introducción

El modelo de Terapia Centrada en Esquemas propuesto por Young, ha sido aplicado con éxito en otros países, en el tratamiento de una amplia variedad de problemas clínicos, principalmente en trastornos de personalidad. (Young, Klosko y Weishaar, 2003). En cuanto al Trastorno de Personalidad Límite, por ejemplo, estudios evidencian la eficacia de este modelo, en comparación con otros acercamientos. (Giesen-Bloo, J., Dyck, R. van, Spinhoven et al., 2006; Gude y Hoffart, 2008).

A nivel nacional no hay antecedentes que registren la aplicación del modelo. La presente investigación pretende aplicar el modelo propuesto por Young, en la intervención psicoterapéutica de pacientes que solicitaron atención en el Centro de Atención y Servicios Integrales (C.A.S.I.) en la zona de San Carlos, Costa Rica. Esta zona es una zona rural cuya población se dedica en gran parte a la producción agro pecuaria.

El C.A.S.I., además de la sede de San Carlos, ubica su sede central en Moravia, ciudad de San José. Entre los servicios que brinda se encuentra el tratamiento psicoterapéutico, evaluaciones psicológicas, diagnóstico pedagógico, apoyos educativos y orientación vocacional, así como también el diseño e implementación de talleres y capacitaciones dirigidas a empresas e instituciones. Se realizó un proceso de intervención y evaluación con cuatro casos.

Planteamiento del Problema

¿Es posible realizar un proceso de intervención susceptible de ser evaluado desde el enfoque de la Terapia Centrada en Esquemas, considerando al menos 4 casos de pacientes con edades entre los 18 y 60 años, quienes solicitan atención en el C.A.S.I. de la Universidad Católica, sedes de San Carlos y Moravia?

Método

Enfoque y tipo de estudio

El enfoque que fue utilizado para realizar este trabajo de evaluación, es el modelo mixto de enfoque dominante, el cual “constituye el mayor nivel de integración entre los enfoques cualitativo y cuantitativo, donde ambos se combinan durante todo el proceso de investigación” (Hernández, Fernández y Baptista, 2003, p. 22). En el caso particular,

prevalece el enfoque cualitativo, principalmente por la amplitud de los datos que se analizan, la posibilidad de incorporar elementos subjetivos propios de un proceso psicoterapéutico, y el hecho de aportar datos al marco teórico de la Terapia Centrada en Esquemas.

El estudio describe la eficacia del modelo por lo cual es de tipo descriptivo, según Hernández et al. (2003).

Sujetos

Hombres o mujeres, con edades entre los 18 y 60 años.

- Que solicitaron atención en el C.A.S.I.
- Personas que al solicitarlo, los encargados del C.A.S.I. consideraron pertinente se les brinde atención psicoterapéutica.

Instrumentos

Se utilizaron las técnicas de la entrevista, la observación y el diario de campo. Además, como apoyo a dichos datos se utilizó el cuestionario denominado “Formulario de Alcance de Metas CORE” (Goal Attainment Form), y la escala Likert denominada “Cuestionario de Esquemas de Young (Young Schema Questionnaire).

El “Formulario de Alcance de Metas CORE” es un cuestionario autoaplicado y que comprende dos etapas. En la primera, llenada al inicio del proceso, el paciente expresa las situaciones problema por las que solicita terapia; y en el segundo, llenada al final del proceso, el paciente proporciona su percepción en cuanto a lo valioso que ha sido el proceso en función al mejoramiento de dichas situaciones problema.

Estos instrumentos son parte de un sistema de evaluación de calidad de servicios clínicos, que valora la percepción del paciente en cuanto a los logros del proceso, con el fin de medir la satisfacción del cliente. Según Mellor-Clark y Barkham (2006), el CORE representa un esfuerzo por contar con instrumentos que sean aplicables indiferentemente del enfoque con el que sea abordado el proceso.

Se consideró su aplicación pues indiferentemente del enfoque utilizado permite evaluar la satisfacción del paciente con respecto al proceso psicoterapéutico brindado por el centro.

Con respecto al “Cuestionario de Esquemas de Young”, este corresponde a una escala Likert autoaplicada conformada por 75 reactivos, y que fue elaborado para evaluar los esquemas desadaptativos que presenta el paciente.

De acuerdo con Young et al. (2003), este instrumento es utilizado por el terapeuta como apoyo para la evaluación propia de la primera fase del proceso terapéutico, aunque también puede ser utilizado para evaluar el cambio logrado, al ser aplicado tanto al inicio de la terapia como al final.

En el caso particular de esta evaluación y considerando que el instrumento en idioma español no había sido aún validado a nivel nacional, se utilizó como apoyo para la conceptualización de cada uno de los casos tratados y como referencia para orientar la indagación que realizó el terapeuta, con respecto a los esquemas desadaptativos que presentó el paciente, así como también para comparar el antes y el después del proceso.

Procedimiento de Intervención

Como procedimiento de intervención, se utilizó el propuesto por Gluhoski y Young, (1997), y detallado por Young et al. (2003). Dicho procedimiento comprende dos fases a saber: la fase de evaluación y educación, y la fase de cambio.

La primera fase tiene como objetivos el identificar patrones de vida disfuncionales, el identificar y activar esquemas desadaptativos tempranos, entender los orígenes de estos en la niñez y la adolescencia, identificar los estilos de afrontamiento, evaluar el temperamento, conceptualizar el caso, y educar al paciente sobre “el papel de esos esquemas en el mantenimiento de patrones de vida desadaptativos” (Gluhoski y Young, 1997, p. 228).

En esta etapa se utilizaron las técnicas e instrumentos mencionados, con el fin de recabar datos y elaborar el diagnóstico y el plan de intervención a seguir.

En la fase de cambio, se busca modificar los esquemas, los estilos de afrontamiento y los modos de esquema por medio de estrategias cognitivas, experienciales, comportamentales e interpersonales. (Young et al., 2003).

Procedimiento para el análisis de datos

Para el análisis de los datos se adaptó el procedimiento de análisis de contenido que proponen Rodríguez, Gil y García (1996) y comprende la fase de reducción de datos y la fase

de disposición y transformación de datos. (Rodríguez, G.; Gil, J. y García, E., 1996).

En cuanto a la fase de reducción de datos, esta se llevó a cabo tanto en el transcurso de la sesión, en el que, como parte del filtrado de información que se realiza durante el proceso terapéutico, se anotan en el diario de campo aquellos aspectos que se consideran relevantes para el análisis; así como también durante la separación, identificación y clasificación de elementos de información.

Para llevar a cabo este proceso, se elaboró un formato de bitácora (ver Rojas, 2010), que contemplaba las categorías de análisis previamente definidas. De igual forma se utilizó el “Formulario para conceptualización de caso en Terapia Centrada en Esquemas” propuesto por Young (2003), que ayudó al terapeuta a ordenar y sintetizar la información recabada durante las sesiones.

Una vez clasificados los datos, se utilizó una matriz con el objetivo de disponer los datos de tal forma que permitiera una mayor comprensión de estos, y evaluar los resultados obtenidos en cada uno de los casos.

Al final, se integraron los resultados de los tres casos de forma conjunta y se evaluaron los resultados.

Resultados

Para el caso A, y de acuerdo al problema por el que consultó (relación conflictiva con su madre y ruptura reciente de una relación de noviazgo), se identificaron tres esquemas predominantes: Abandono / Inestabilidad (Aab), Dependencia / Incompetencia (Bdi) y el esquema de Atadura Emocional / Inmadurez (Bem). En el Cuestionario de Esquemas de Young, se observa un mayor puntaje promedio en los esquemas (Aab) $x=4$, y en en el (Bdi) $x=3,8$.

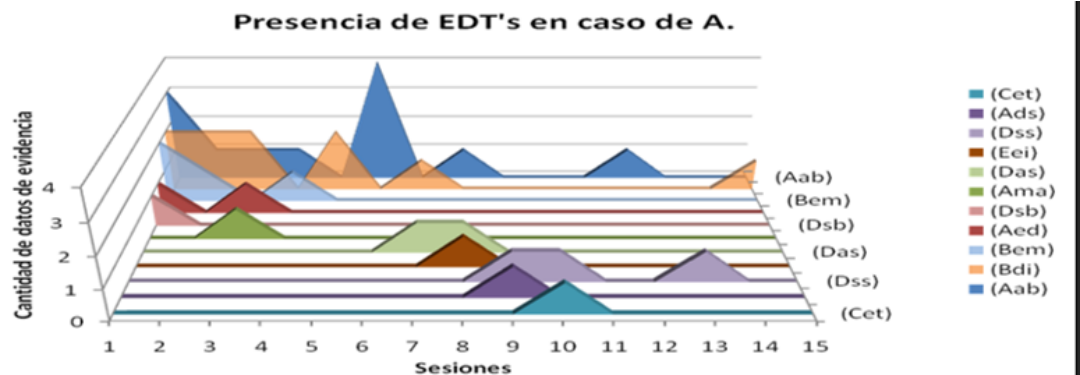
Para el caso B, cuyo motivo de consulta era la elaboración de un duelo no resuelto y la dificultad para expresar emociones de forma espontánea, se identificó el predominio de un esquema: Inhibición Emocional (Eei). Esta observación fue apoyada por el resultado del Cuestionario de Esquemas de Young que el paciente B llenó al inicio del proceso, y en el que dicho esquema es el que presenta la mayor puntuación ($x=3$)

En el caso de C, para quien el motivo de consulta era “sanar situaciones del pasado que pudieran estar incidiendo en su personalidad”, se identificaron dos esquemas predominantes: Privación Emocional (Aed), y Abandono / Inestabilidad (Aab). Estos

mostraron ser los esquemas más relevantes de acuerdo a los datos suministrados por el paciente. Para este caso particular no se contó con la información del Cuestionario de Esquemas de Young para apoyar los datos, pues a pesar de que le fue solicitado, el paciente no lo llenó.

A nivel general y en cuanto a la presencia de esquemas se pudo observar, en los tres casos analizados, que los pensamientos y sentimientos que se identificaron como relacionados a los esquemas enfocados en el plan de intervención, disminuyeron conforme avanzó el proceso, al punto que para las últimas sesiones no se mostró evidencia de dichos esquemas, a excepción del esquema de Dependencia / Incompetencia del caso A., que comentarios realizados al terapeuta durante la última sesión mostraron cierta evidencia de que había sentimiento de dependencia por parte de la paciente, pero que sin embargo, considerando los cambios logrados, no resultó significativo.

Gráfico 1.



Presencia de Esquemas Desadaptativos Tempranos en caso de A.
Fuente: Rojas, 2010.

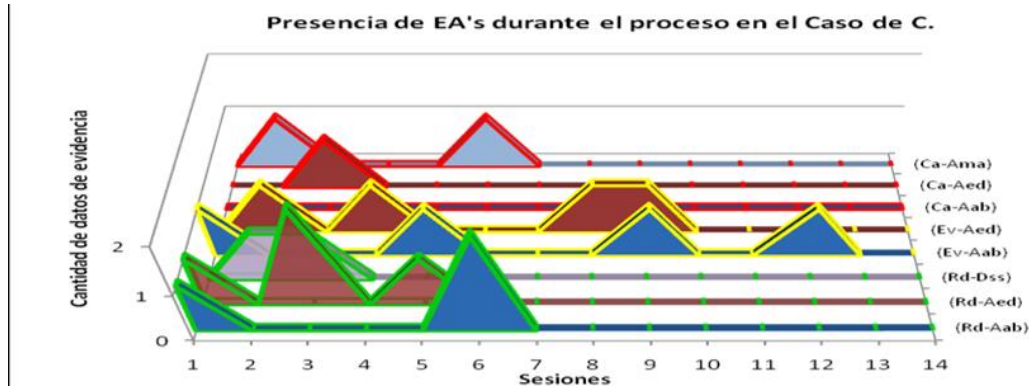
En el gráfico 1 se ejemplifica este hecho por medio del caso A. En este se muestra una disminución de los esquemas tratados –Abandono / Inestabilidad (Aab), Dependencia / Incompetencia (Bdi) y el esquema de Atadura Emocional / Inmadurez (Bem).

De igual forma, en la comparación de la escala (Cuestionario de Esquemas de Young, YSQ, por sus siglas en inglés), llenados por los paciente A y B al inicio y al final del proceso de terapia, evidenció una disminución de cerca de un 50% en el puntaje de los esquemas trabajados durante el proceso terapéutico. (vease Rojas 2010)

Por el lado de la presencia de estilos de afrontamiento relacionados a los esquemas

relevantes diagnosticados en cada uno de los pacientes, también se observó una disminución de su presencia a lo largo del proceso, a excepción del caso C., en el que se mantuvo evidencia del estilo de afrontamiento de Evasión en algunas de las últimas sesiones.

Gráfico2



Presencia de Estilos de Afrontamiento durante el proceso en el caso de C.

Fuente: Rojas, 2011.

En el gráfico 2 se puede observar lo mencionado en relación al caso C, con respecto a la prevalencia de estilos de afrontamiento disfuncionales durante el proceso. El terapeuta logra documentar evidencia de que el paciente muestra comportamientos propios del estilo de evasión, relacionados al esquema de Abandono / Inestabilidad principalmente.

Como parte del análisis se observaron los comportamientos que los pacientes mostraron a lo largo de la terapia y que evidenciaban mejorías que los acercaban al objetivo inicialmente propuesto. En los tres casos analizados estos comportamientos se dieron en uno u otro grado.

En el caso A., por ejemplo, del inicio al final del proceso hubo un cambio positivo considerable relacionado al motivo de consulta, pues la relación con la madre pasó de ser conflictiva, marcada por las agresiones verbales e incluso físicas, a ser una relación de cercanía, diálogo y colaboración recíproca.

El vínculo terapéutico elaborado tanto en el caso de A como en el de B fue positivo desde el punto de vista de cercanía emocional y compromiso del paciente con el proceso, lo cual favoreció el cambio, el alcance de los objetivos y en suma la eficacia de la terapia. No obstante, en el caso de C., se percibió un vínculo poco cercano emocionalmente, además de poco compromiso por parte del paciente.

Con respecto a la percepción del paciente en relación a los resultados, los datos que arrojó el Formulario de Alcance de Metas CORE, sugieren un alto nivel de satisfacción en

aquellas problemáticas abordadas durante el proceso. En el caso de A y B, el puntaje fue el más alto posible, de 4 (equivalente a decir que el proceso le ayudó extremadamente), mientras que en el caso C fue de 3 (equivalente a decir que el proceso le ayudó bastante).

Discusión

Como se pudo observar en los resultados, los esquemas y estilos de afrontamiento identificados como relevantes y relacionados con el motivo de consulta, disminuyeron considerablemente durante el trascurso del proceso de los casos A y B. Si bien en el caso C también se manifestó una tendencia similar, los datos mostraron un resultado más conservador en tanto se logró un acercamiento más no el alcance del objetivo terapéutico.

La disminución en los esquemas y estilos de afrontamiento, dieron lugar a pensamientos, emociones y conductas más adaptativas para los pacientes, y en consecuencia una mejor salud mental.

Con respecto a la alianza terapéutica, los datos confirman la importancia de esta en el modelo utilizado, lo cual no resulta novedoso. Un vínculo poco cercano emocionalmente, así como una falta de compromiso para con el proceso, se considera fue un factor determinante para la dificultad de alcanzar el objetivo en el caso C.

En los casos A y B, en los que se pudo obtener los datos del Cuestionario de Esquemas de Young, se pudo observar una relación entre la disminución de la evidencia de la presencia de los esquemas tratados durante el proceso, y la disminución en el puntaje de dichos esquemas en el cuestionario, lo cual viene a confirmar la utilidad que le otorgan Young et al. (2003), no solo para el diagnóstico sino también para la valoración de la efectividad del proceso.

No obstante, si bien en el cuestionario el puntaje de los esquemas predominantes fue alto en comparación a los demás esquemas medidos en este instrumento, en el caso B fue inferior al puntaje que se referencia como representativo de un esquema relevante (Young y Brown, 1995). Esto podría explicarse, siguiendo a Young et al. (2003) al considerar una posible inhibición o resistencia del paciente en el momento que responde el cuestionario.

Sin embargo, y en vista de que dicho instrumento no ha sido utilizado a nivel nacional, se considera importante la presente investigación como parte de su validación ya que se pudo cotejar la relación entre los puntajes referencia que identifican esquemas relevantes y lo

observado durante el proceso de terapia.

De forma general, se pudo observar que la Terapia Centrada en Esquemas aplicada a los casos mencionados, fue efectiva para los dos primeros casos, pues se logró el objetivo terapéutico planteado inicialmente. Por medio de este planteamiento los pacientes pudieron elaborar experiencias del pasado que les afectaba en su sentimiento de bienestar, de aceptación de sí mismo y en las relaciones interpersonales, lo cual redundó en una mejoría en estas áreas.

El modelo muestra ser efectivo siempre que se logre un vínculo terapéutico emocionalmente cercano y un compromiso para con el objetivo del proceso por parte de ambas partes, pues de lo contrario, esto afectaría en gran medida su efectividad.

Estos resultados sugieren la pertinencia de continuar tanto la aplicación como la investigación del modelo de Terapia Centrada en Esquemas propuesto por Young.

Por un lado, sería importante su aplicación en aquellas problemáticas en las que ha sido probada su eficacia: relaciones interpersonales, elaboración de duelo (Rojas, 2010), trastornos de la personalidad (Young et al., 2003), entre otros. Dicha aplicación podría redundar en mejores tratamientos y en beneficio para los pacientes a nivel nacional.

Por otro lado, también sería importante valorar este modelo en otras problemáticas, en las que pudiera ser igualmente eficaz.

Debe destacarse además en la presente investigación el lograr la evaluación del proceso de psicoterapia. El proceso de evaluación se facilita al tener un marco teórico que se puede observar en la práctica refiriéndonos a los esquemas propiamente dichos, por otro lado el cuestionario facilita el planteamiento inicial haciendo posible un proceso de cambio en un tiempo breve. El instrumento de medición de logro de metas del CORE confirma la relación entre la eficacia de un proceso terapéutico y la claridad con que se establezcan las metas terapéuticas.

El enfoque centrado en esquemas permite además una comprensión integral de las problemáticas de los pacientes y la posibilidad de intervenir desde diferentes niveles, sea lo conductual interpersonal, lo emocional o lo cognitivo.

Referencias

Beck, J.S. (2000). *Terapia Cognitiva*. Barcelona: Gedisa.

- Be^{oooo}gler, J. (1966). *Psicohigiene y Psicología Institucional*. Buenos Aires: Paidós.
- Caro, I. (2007). *Manual Teórico-Práctico de Psicoterapias Cognitivas*. Bilbao, España: Desclée de Brouwer S.A.
- Cáceres, González, Quirós y Solano. (2009). *La efectividad de la terapia cognitiva de la depresión en cuatro mujeres cuyas edades oscilan entre los 30 y 50 años*. Seminario de graduación para optar por el grado de licenciatura en Psicología. San José: Universidad Católica de Costa Rica.
- Constantino, M. J.; Marnell, M. E.; Haile, A. J.; Kanther-Sista, S. N.; Wolman, K.; Zappert, L. & Arnow B.A. (2008). *Integrative Cognitive Therapy For Depression: A Randomized Pilot Comparison*. *Psychotherapy Theory, Research, Practice, Training* 2008, Vol. 45, No. 2, 122–134 Copyright 2008 by the American Psychological Association. Obtenido de la Base de datos de APA el 15 de junio del 2009.
- CORE Information Management System Ltd (s.f.). *CORE System User Manual*. Recuperado el 28 de agosto del 2009, de <http://www.coreims.co.uk>
- Feixas, G. y Miró, M.T. (1995). *Aproximaciones a la Psicoterapia. Una introducción a los tratamientos psicológicos*. (2da. reimpresión) Barcelona: Paidós Ibérica, S.A.
- Giesen-Bloo, J., Dyck, R. van, Spinhoven, P., Tilburg, W. van, Dirksen, C., Asselt, T. van, Kremers, I., Nadort, M., & Arntz, A. (2006). *Outpatient psychotherapy for borderline personality disorder, randomized trial of schema-focused therapy vs transference-focused psychotherapy*. *Archives of General Psychiatry*, 63, 649-658. Recuperado el 19 de julio del 2010, de <http://www.isst-online.com/node/100>
- Gluhoski, V.L. y Young, J.E. (1997). *El estado de la cuestión en la Terapia Centrada en Esquemas*. En: Caro, I. (compiladora) (Ed.) *Manual de Psicoterapias Cognitivas* (3ª. edición). Traducción de Vicente Monsalve Dolz. (p.p. 223-234) Barcelona: Paidós.
- Gray, P. (2007). *Core: A Decade of Development*. Rugby: CORE IMS.
- Gude, T., & Hoffart, A. (2008). *Change in interpersonal problems after cognitive agoraphobia and schema-focused therapy versus psychodynamic treatment as usual of inpatients with agoraphobia and Cluster C personality disorders: health and disability*. *Scandinavian Journal of Psychology*, 49, 195-199. Recuperado el 19 de julio del 2010, de <http://www.isst-online.com/node/100>.
- Hernández, R.; Fernández, C. y Baptista, P. (2003). *Metodología de la Investigación*. (3a.

- edición). México, D.F.: McGraw-Hill Interamericana.
- Holst, F. (2008). Intervención psicológica por medio de terapia racional emotivo conductual para el control de estrés, ira y ansiedad en pacientes con hipertensión arterial esencial de riesgos A y B en San Miguel de Sarapiquí. Proyecto de graduación para optar por el grado de licenciatura en Psicología. San José, Universidad Iberoamericana, UNIBE.
- Kleinke, C. L. (1998). Principios comunes en psicoterapia. (2^a. edición). Traducción de Connie Boulandier. Bilbao: Desclée de Brouwer, S.A.
- Mellor-Clark & J.; Barkham, M. (2006). The CORE System: Developing and Delivering Practice-based Evidence Through Quality Evaluation. En: Feltham, C.; Horton, I. (2006) The SAGE Handbook of Counselling and Psychotherapy (2a. edición). Londres: SAGE Publications Ltd.
- Prada, S. (2007). Centro de Atención y Servicios Integrados CASI. Documento digital editado el 28 de abril del 2009.
- Rodríguez, G.; Gil, J. y García, E. (1996). Metodología de la Investigación Cualitativa. Málaga, España: Ediciones Aljibe, S.L.
- Rojas, S. (2010). Evaluación de la eficacia de la Terapia Centrada en Esquemas, propuesta por Young, en al menos 10 casos de pacientes en edades entre los 18 y 60 años, quienes solicitan asistencia en el C.A.S.I. de San Carlos y Moravia. Práctica supervisada para optar por el grado de licenciatura en Psicología. San José: Universidad Católica de Costa Rica.
- Szentagotai, A.; David, D.; Lupu V. & Cosman, D. (2008). Rational Emotive Behavior Therapy Versus Cognitive Therapy Versus Pharmacotherapy In the Treatment Of Major Depressive Disorder: Mechanisms of Change Analysis. *Psychotherapy Theory, Research, Practice, Training* 2008, Vol. 45, No. 4, 523–538 Copyright 2008 by the American Psychological Association. Obtenido de la Base de datos de APA el 15 de junio del 2009.
- Umaña, Y. (2008). Atención Psicoterapéutica Cognitivo Conductual Emocional A Nivel Grupal, Individual Y/O Familiar En Personas Adultas Mayores Con Depresión En Los EBAIS De Granadilla Y Hacienda Vieja. Proyecto de graduación para optar por el grado de licenciatura en Psicología. San José, Universidad de Costa Rica.

- Young, J.E. (2007). Schema Therapy Case Conceptualization Form. Revised. New York: Schema Therapy Institute.
- Young, J.E. y Brown, G. (1995) Cuestionario de Esquemas de Young (CEY-VR). Adaptación Española de Cid, J. y Torrubia, R. Girona España.
- Young, J. y Klosko, J. (1993) Reinventa tu vida. Cómo superar las actitudes negativas y sentirse bien de nuevo. Traducción de Jordi Cid. Barcelona: Ediciones Paidós Ibérica, S.A.
- Young, J.E.; Klosko, J.S. & Weishaar, M.E. (2003). Schema Therapy. A Practitioner's Guide. New York: Guilford Press.
-

Sergio Rojas Gutiérrez, Lic. en Psicología. E-mail: sergio@psicosergiorojas.com.
Silvia Prada Villalobos. MSc en Psicología. E-mail: silprada@gmail.com