



## **Cognitive-Behavioral Perspective and Schema Therapy in a Case Study on Generalized Anxiety Disorder**

**Authors:** Jorge Alberto Velásquez Castrillón, Nicolás Estiven Muñoz Sosa, Juliana Valentina Marín López

**Submitted:** 11. June 2024

**Published:** 22. July 2024

**Volume:** 11

**Issue:** 4

**Affiliation:** Grancolombiano Polytechnic University, Medellín, Colombia

**Languages:** Spanish, Castilian

**Keywords:** Generalized Anxiety, Cognitive-Behavioral Therapy, Panic Attack, Self-Schemas, Coping Strategies

**Categories:** Medicine

**DOI:** 10.17160/josha.11.4.993

### **Abstract:**

This article presents a theoretical and practical intervention aimed at demonstrating the intervention process from Cognitive-Behavioral Therapy, through a clinical case study of a 36-year-old patient whose reason for consultation was suffering a panic attack, because of her Generalized Anxiety Disorder. In the development of the evaluative process, a variety of tools were used, including semi-structured interviews, the IDARE questionnaire, the YSQ, and therapeutic activities. A treatment plan was designed, which focused on a group of techniques and tasks that allowed to show that cognitive-behavioral therapy was effective in reducing the patient's initial distress as the initial symptoms decreased, confidence increased, and more adaptive coping strategies were acquired, improving her interpersonal relationships.

# JOSHA

[josha.org](http://josha.org)

**Journal of Science,  
Humanities and Arts**

JOSHA is a service that helps scholars, researchers, and students discover, use, and build upon a wide range of content



# **Perspectiva cognitivo-conductual y terapia de esquemas en un estudio de caso sobre el trastorno de ansiedad generalizada - Cognitive-Behavioral Perspective and Schema Therapy in a Case Study on Generalized Anxiety Disorder**

Jorge Alberto Velásquez Castrillón, Nicolás Estiven Muñoz Sosa, Juliana  
Valentina Marín López  
[jumarin1@poligran.edu.co](mailto:jumarin1@poligran.edu.co)  
Grancolombiano Polytechnic University, Medellín, Colombia

## **Abstract**

This article presents a theoretical and practical intervention aimed at demonstrating the intervention process from Cognitive-Behavioral Therapy, through a clinical case study of a 36-year-old patient whose reason for consultation was suffering a panic attack, because of her Generalized Anxiety Disorder.

In the development of the evaluative process, a variety of tools were used, including semi-structured interviews, the IDARE questionnaire, the YSQ, and therapeutic activities. A treatment plan was designed, which focused on a group of techniques



and tasks that allowed to show that cognitive-behavioral therapy was effective in reducing the patient's initial distress as the initial symptoms decreased, confidence increased, and more adaptive coping strategies were acquired, improving her interpersonal relationships.

## Resumen

Este artículo muestra una intervención teórica y práctica cuyo objetivo es evidenciar el proceso de intervención desde la Terapia cognitivo-conductual, a través de un estudio de caso clínico, de una paciente de 36 años, cuyo motivo de consulta fue sufrir un ataque de pánico, como consecuencia de su Trastorno de Ansiedad Generalizada.

En el desarrollo del proceso evaluativo se usó una variedad de herramientas, incluyendo la entrevista semiestructurada, el cuestionario IDARE, el YSQ y actividades terapéuticas, se diseñó un plan de tratamiento en el cual se orientó en un grupo técnicas y tareas que permitieron evidenciar que, la terapia cognitivo-conductual fue efectiva para reducir el malestar inicial de la paciente ya que disminuyeron los síntomas iniciales, aumentó la confianza y adquirido estrategias de afrontamiento más adaptativas, mejorando sus relaciones interpersonales.

**Palabras clave:** Ansiedad Generalizada, Terapia Cognitivo-Conductual, Ataque De Pánico, Autoesquemas, Estrategias De Afrontamiento.



## Introducción

Según la Organización Mundial de la Salud [OMS], (2022) la ansiedad, es uno de los trastornos mentales más prevalentes del mundo, caracterizado por preocupaciones y temores excesivos; que desencadenan respuestas conductuales que pueden interferir significativamente en la rutina diaria de las personas. Adicionalmente, la American Psychological Association [APA] (2014) en su Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, quinta edición (DSM-5), describe varios tipos de trastornos de ansiedad, entre ellos, la ansiedad por separación, el mutismo selectivo, la fobia específica, el trastorno de ansiedad social (fobia social), el trastorno de pánico (con o sin agorafobia) y el trastorno de ansiedad generalizada (TAG).

Siendo el TAG el más común de estos (Instituto Nacional De Salud Mental, NIH; 2022), caracterizado por un estado de anticipación excesiva y la dificultad para controlar la preocupación, presente la mayoría de los días durante 6 meses; encontrando con ello un patrón conductual y mental repetitivo que interviene en la vida de la persona y que en algunos casos limita la realización de sus actividades (APA, 2014; Barlow, 2018; Garay, Donati, Ortega, Freiría, Rosales & Kouttsovitis, 2019; Hernández & González, 2023).

Por su parte Clark y Beck (2012), refieren que el proceso de mantenimiento de la TAG se genera en consecuencia a las experiencias de información o claves consideradas como peligrosas; aumentando la atención a la amenaza y los pensamientos aprensivos de miedo, dando como consecuencia la activación de los síntomas de ansiedad y centrando la atención del individuo en la búsqueda de seguridad y la reducción de la sintomatología, y la preocupación por la ansiedad e indefensión y la amenaza reevaluada; provocando en el paciente esfuerzos para controlar la ansiedad.

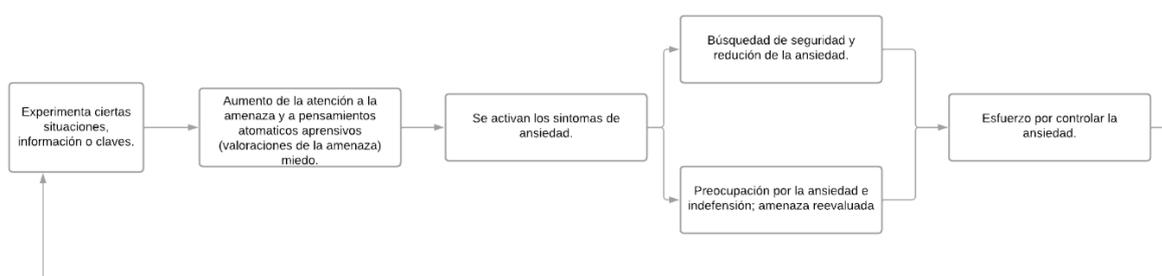


Fig. 1. Adaptado de Diagrama del modelo cognitivo de la ansiedad para su uso con clientes. Clark y Beck (2012).





intensidad como taquicardia, disnea (falta de aire), mareos y otros con comorbilidad con el estrés como los dolores de cabeza, entre otros (APA, 2014., Barlow, 2018; Langarita & Gracia, 2019).

Estadísticamente para el año 2019 se ha encontrado que al menos 301 millones de personas padecen trastornos de ansiedad, pese a su desarrollo tardío, una quinta parte de quienes lo padecen son niños y adolescentes, apareciendo a partir a de los 11 años (Tejada, 2016; OMS, 2022; NIH; 2022). Para el caso del TAG su prevalencia a nivel mundial es del 1.3% con un rango de 0.2% al 4.3%. Es más prevalente en las mujeres y las adolescentes, teniendo el doble de probabilidad de padecerlo que los hombres y adolescentes (APA, 2014).

El TAG siendo uno de los trastornos de ansiedad con mayor carga de afectividad negativa (tendencia a experimentar emociones negativas) genera una vulnerabilidad biológica hereditaria, caracterizada por una idea de disminución de control que surge como consecuencia a las experiencias del desarrollo temprano. Produciendo una vulnerabilidad biológica y psicológica al desarrollo de otras patologías de la ansiedad o depresión (Barlow, 2018). Dado la prevalencia del TAG, se hace crucial un abordaje desde la TCC que involucre modelar la aceptación de las experiencias emocionales negativas e intensas.

La teoría cognitiva conductual posa su interés en prácticas experienciales que integran la conducta, el pensamiento y la emoción del individuo, reflejados por el aprendizaje generado por sus experiencias (Ruíz, Díaz & Villalobos; 2012). Por lo que resulta de idoneidad por su forma de evaluación y formulación para abordar el caso.

En el abordaje clínico, las primeras sesiones se enfocan en la evaluación con entrevista diagnóstica que identifique la sintomatología, frecuencia y gravedad, permitiendo crear un plan de tratamiento adecuado (Clark y Beck, 2012) mediante diálogo como el dialogismo socrático, donde se cuestionan los pensamientos del paciente para que identifique sus creencias sin infundirle ideas que salgan del terapeuta (Bados & García 2010). Para conceptualizar el TAG, se debe identificar las situaciones externas o internas que aquejan al paciente, su motivo de consulta y validar la información por inventarios diagnósticos que permitan corroborar estadística o proyectivamente la predominancia e intensidad del TAG en el paciente (Clark y Beck, 2012).



La prevalencia del trastorno puede deberse a la baja tolerancia a la incertidumbre, la respuesta emocional, los sesgos mentales, afectividad negativa, escasez de recursos para enfrentar las situaciones y evitar hacer frente a los pensamientos y afrontarlos (Barlow, 2018; García, Bados & Saldaña, 2012). Por lo que se deberá buscar inicialmente la identificación de los ***pensamientos automáticos***, que pese a ser transitorios y fugaces producen malestar significativo en el paciente que deben considerarse para ofrecer una conceptualización del problema (Clark y Beck, 2012).

El paciente puede identificar mediante un ***registro de pensamiento***, sus pensamientos automáticos y creencias, permitiéndole además al terapeuta validar la gravedad de estos, y a su vez que el paciente busque otras respuestas de afrontamiento (Clark y Beck, 2012). Así mismo, el reconocimiento de los errores cognitivos surge de los pensamientos y conductas automáticas ansiosas del paciente; por lo que se deberá ayudar a revalorar estos, mediante un momento reflexivo con los recursos de afrontamientos con los que cuente el individuo y especificar las estrategias mal adaptativas asociadas al TAG (Clark y Beck, 2012).

Una vez identificadas y corroboradas las hipótesis generadas a partir de la evaluación, se procede a una explicación integrativa con el paciente para explicarle que produce su situación o malestar. Si se requiere confrontar al paciente, se puede realizar con técnicas como la reestructuración cognitiva, consiste en que éste pueda identificar y cuestionar sus pensamientos desadaptativos, con ayuda del terapeuta para que cambie en pensamientos y/o conductas adecuadas (Bados & García 2010., Clark & Beck 2012).

Según Clark y Beck (2012) la TCC en el tratamiento del TAG debe enfocarse en modificar de la situación que considere amenazante, redistribuir su valor a la capacidad de afrontamiento, transformar las creencias de vulnerabilidad e incapacidad en estimaciones de seguridad y bienestar normalizan el miedo y las experiencias pasadas; fortalecer la eficacia personal y promover un estilo de vida más adaptativo.

Por lo que en este artículo se pretende demostrar la eficacia y pertinencia de la TCC y la terapia de esquemas en una paciente con TAG y reducir sus afectaciones en su entorno vital y brindar herramientas que le permitirán enfrentar su problemática.

La terapia de esquemas pretende identificar y cambiar los patrones de pensamiento, emoción y comportamiento arraigados desde la infancia, estos patrones son llamados esquemas. Los esquemas son pensamientos arraigados de



uno mismo y los otros que se generan en la infancia y pueden persistir hasta la adultez, a través de los esquemas es que las personas perciben el mundo y como se relacionan con los demás (Young, et al., 2003)

La terapia de esquemas cuenta con unos estilos de afrontamiento, según Young, et al (2013) los estilos de afrontamiento son respuestas básicas ante la amenaza, estos se desarrollan a temprana edad con la finalidad de adaptarse a los esquemas y no tener que experimentar emociones intensas y sobre cargantes. Young, et al. (2013) identifica tres estilos de afrontamiento que son: **sobrecompensación** que se refiere cuando el paciente lucha contra el esquema, procuran ser diferentes al esquema, pensando, comportándose y relacionándose como si lo contrario fuera lo verdadero pese a que la sobrecompensación pareciera ser el estilo de afrontamiento más saludable, sobrepasa los límites llegando a perpetuar el esquema, la **evitación** el paciente que cuenta con este estilo de afrontamiento vive de tal manera en la que evita que su esquema se active, viviendo como si el esquema no existiera, bloqueando pensamientos o imágenes que tienden a activarlo, lo hacen distrayéndose y ocultándolo y por último la **rendición** esta hace referencia a que los pacientes se rinden completamente al esquema sin intentar modificarlo ni evitarlo, actuando de manera en la que el esquema sea confirmado sin reconocer su comportamiento que lo perpetúa, teniendo respuestas desproporcionadas, todos los tres estilos de afrontamiento funcionan normalmente fuera de la conciencia.

Esquema	Sobrecompensación	Evitación	Rendición
Desconfianza /Abuso	Tiende a abusar de los otros	Evita confiar en las personas	Se relaciona con personas abusadoras

Tab. 1. Ejemplo de respuestas disfuncionales, adaptado de Young, et al (2013)

Así mismo Young, et al (2013) plantean 5 dominios esquemáticos y 18 esquemas mal adaptativos tempranos (EMT). El primer dominio es **desconexión y rechazo** aborda la percepción de que las necesidades básicas de seguridad, protección, aceptación, respeto y afecto no serán satisfechas, los EMT que se encuentran en este dominio son: **abandono/inestabilidad** es la percepción de desconfianza e inestabilidad en las personas significativas, sintiendo que estas no seguirán brindándole el apoyo, conexión y protección, **desconfianza/abuso** es la sensación de que serán lastimados por un otro de manera intencionada, **privación emocional**



sensación de que no tendrá apoyo emocional y no su necesidad no será satisfecha por los demás, se divide en tres: **privación de cuidado** ausencia de afecto, **privación de empatía** ausencia de comprensión y **privación de protección** ausencia de guía por parte de un otro **imperfección/vergüenza** el pensamiento de que si se expone será rechazado debido a su creencia de ser imperfecto, defectuoso, inferior **aislamiento social/alineación** creencia de ser diferente y no ser parte de ningún grupo.

El segundo dominio es **deterioro en autonomía y ejecución** se refiere a la capacidad de diferenciarse, sobrevivir y funcionar con independencia, los EMT que se encuentran en este dominio son: **dependencia/incompetencia** creencia de que uno no puede manejar sus responsabilidades de forma competente sin la ayuda de otros, **vulnerabilidad al peligro o a la enfermedad** temor excesivo a ser sorprendido en cualquier momento por una tragedia inevitable, con una sensación de impotencia para prevenirla. Este miedo se enfoca en posibles consecuencias médicas, emocionales y externas, **apego confuso/yo inmaduro** una cercanía emocional excesiva con una o varias personas importantes, lo que impide un adecuado desarrollo individual y social, **fracaso** sentir que uno es un fracaso, que no está a la altura de los demás, con creencias de ser tonto, inútil e incapaz.

El tercer dominio esquemático es **límites deficitarios** aborda la dificultad para establecer límites internos y respetar los derechos de los demás, los EMT que se encuentran en este dominio son: **grandiosidad/autorización** creencia de merecer privilegios debido a sentirse superior a los demás, sin sentirse obligado por las normas de reciprocidad social, **insuficiente autocontrol/autodisciplina** el individuo experimenta dificultades generales para ejercer suficiente autocontrol y muestra poca tolerancia a la frustración. En su forma más leve, tiende a evitar cualquier situación que le cause incomodidad de manera exagerada.

El cuarto dominio esquemático es **dirigido por las necesidades de los demás** implica un enfoque excesivo en los deseos y respuestas de los demás para obtener aprobación, los EMT que se encuentran en este dominio son: **subyugación** ceder el control al otro para evitar abandono, este se divide en **subyugación de necesidades** supresión de sus propios deseos o preferencias **subyugación de emociones** supresión de emociones especialmente la ira, **autosacrificio** exceso de sede en satisfacer las necesidades de los demás a expensas de la propia gratificación, **búsqueda de aprobación/búsqueda de reconocimiento** excesiva



búsqueda de aprobación, reconocimiento o atención de un otro, la sensación de estima depende completamente de la reacción de los demás.

Por último, el quinto dominio esquemático es **sobrevigilancia e inhibición** involucra la satisfacción de metas y expectativas internas rígidas a expensas de la felicidad y la salud, los EMT que se encuentran en este dominio son: **negatividad/pesimismo** foco generalizado de los aspectos negativos y minimiza o pasa por alto los aspectos positivos, **inhibición emocional** inhibición de la comunicación espontánea de los sentimientos para evitar desaprobación, suelen inhibir principalmente la ira y agresión, los impulsos positivos como la alegría, dificultad para expresar vulnerabilidad y excesiva racionalidad, **metas inalcanzables/hipercriticismo** creencia de que se debe esforzar para satisfacer estándares internos inalcanzables normalmente para evitar la crítica, suele presentarse como perfeccionismo, reglas rígidas y preocupación por el tiempo y la eficacia, **castigo** creencia que las personas deben ser duramente castigadas al cometer errores o equivocaciones, tendiendo a ser punitivo e impaciente con las personas, incluido el mismo, teniendo dificultad para perdonar y perdonarse los errores.

## Diseño

El estudio de caso se realizó en un consultorio psicológico y adaptado a la atención clínica privada a la comunidad; propiedad de una Institución Universitaria. La intervención se realizó por medio de una consulta privada con la paciente, en donde se informa que el proceso será realizado por la practicante de primer semestre, bajo el modelo docencia-servicio, orientada bajo la supervisión de un psicólogo profesional, avalado por las normatividades éticas y deontológicas del código psicológico colombiano. El estudio es realizado ejecutando aprendizajes y competencias adquiridas en la intervención clínica y aplicación de tratamientos psicológicos, realizando la intervención con base en la TCC.

## Metodología

El método implementado en este trabajo se implementa bajo los lineamientos de intervención de la terapia cognitiva conductual a un trastorno de ansiedad generalizada, caracterizado por excesiva preocupación, no solo por el miedo a un fracaso o pérdida de control y por la poca capacidad de manejo (Clark & Beck, 2012).



La evaluación inicial se realizó a través de una entrevista semiestructurada, iniciando el proceso terapéutico con el triaje a la paciente para verificar las condiciones iniciales de salud mental, utilizando la prueba, **DASS-21** adaptada por el consultorio en su versión validada en Colombia, la cual mide depresión, ansiedad y estrés, contando con 21 ítems divididos en tres subescalas, y el estado emocional del paciente (Ruiz, García, Suárez & Odriozola, 2017). Se obtuvo como resultado 5 puntos en depresión catalogándola en depresión leve, en ansiedad 10 puntos clasificándola en extremadamente severa y 9 puntos en estrés, postulándola en leve. Y la **escala de riesgo suicida de Plutchik**, la cual permite evaluar conducta y riesgo suicida, la cual consta de 26 ítems (Suárez, 2019) obteniendo como puntaje 4, indicando que la paciente no tiene conducta ni riesgo suicida.

Tras conocer dichas condiciones, se determinó que es apta para el consultorio, se agenda su primera cita y en donde las cuatro primeras sesiones serán de evaluación, llenado de la historia clínica; La segunda y tercera sesión se destinaron a trabajar la rueda de la vida y así evaluar sus áreas de ajuste, creando un plan de tratamiento para fortalecer las áreas devaluadas.

En la cuarta sesión se aplicó **Inventario de Ansiedad Rasgo - Estado (IDARE)**; es un inventario autoevaluativo, donde se debe tener una escolaridad como mínimo de noveno grado. Se mide la ansiedad como rasgo y estado enfocado en la propensión y condición emocional de la ansiedad respectivamente, contando con 40 ítems en total, de los cuales 20 miden estado indicándole al paciente que debe responder como se siente en el momento actual y 20 rasgo donde se le indica que responda teniendo presente como se siente generalmente, la forma de respuesta es de 0 a 4 (Spielberger., Gorsuch & Lushene 1966 adaptado en su versión española por Díaz-Guerrero 1975).

En la sesión posterior se realizó psicoeducación a la paciente, brindándole los resultados que se obtuvieron en la evaluación y abriendo una zona de escucha, para indagar cómo va el fortalecimiento de las áreas de ajuste, finalizando la sesión se muestra el plan de tratamiento propuesto para su proceso y se explican las metas terapéuticas que se proponen alcanzar en el mismo.



## Presentación de caso

### Información de identificación

La consultante es una mujer de 36 años, soltera, que vive con su hija de 18 años. Actualmente trabaja como reportera para una cadena televisiva en la ciudad.

### Queja principal

La paciente buscó tratamiento por iniciativa propia porque, meses anteriores tuvo un ataque de pánico, aumentando su sintomatología de ansiedad por el incremento de carga laboral. Menciona “Creo que tuve un ataque de ansiedad, por lo que empecé a ir a terapia por medio de mi caja de compensación por motivos económicos solo podía ir una vez al mes, pero quiero tener un seguimiento que sea más constante, trabajar en mi ansiedad y autoestima”

### Historia del problema actual

La paciente refiere que la sintomatología inicio desde pandemia, pese que desde pequeña siempre ha tenido miedo al futuro; indica que todo empeoró en mayo del presente año, debido al cambio en su contrato actual y sentir que no podía cumplir con las exigencias y demandas que le realizaba su anterior líder, llegando a sentir que era algo en su contra, tiene miedo a perder el control de las situaciones.

### Historia familiar y social

La paciente vivió con su madre hasta hace 9 meses, tiene buena relación con ella, sus hermanos e hija, expresa que su hermana mayor vivió con su abuela materna, siente culpabilidad por la enfermedad de su padre, desde joven se preocupa por lo que pasará en el futuro, siendo autoexigente y auto demandante, indica tener desconfianza hacia el género masculino tras estar con el padre de su hija y temor al compromiso.

### Evaluación del estado mental

Paciente femenina de 36 años, edad aparente congruente con edad cronológica, llega a consulta por sus propios medios con una adecuada presentación y aseo personal, estado nutricional y complejión adecuada, orientada en tiempo, espacio y persona, desde que ingresa al consultorio hasta que sale mantiene una actitud colaboradora, se encuentra normocinesica, sin alteraciones en la sensorización,



euproséxica, eutímica, con locuacidad y sin aparentes afectaciones en el pensamiento tanto en la forma como en el contenido.

## **Antecedentes**

La paciente refiere que desde pequeña ha se ha tenido una preocupación constante hacia el futuro y que todo empeoró en pandemia ya que al trabajar desde la casa y al sentirse encerrada sintió mayor preocupación del futuro. Al ingresar a trabajar en su empleo actual, siente que su primer líder tenía algo en contra de ella ocasionando mayor carga laboral, ocasionando que tuviera su primer ataque de pánico, incrementando los síntomas de ansiedad y preocupaciones referente al futuro y a sus propias capacidades.

## **Evaluación inicial**

Los resultados obtenidos identificaron el miedo al futuro y no controlar las cosas que pueda suceder, se evidencian auto esquemas devaluados, ideas de perfeccionismo, miedo y desconfianza hacia los hombres, auto exigencia, como distorsiones cognitivas, ya que piensa en lo malo que pudiera suceder; deberías por su auto exigencia como regla interna de lo que tiene que hacer y cómo, por último, evidencia la sobre generalización. Donde se evidenciaron altos niveles de ansiedad teniendo como principal hipótesis diagnóstica desde el CIE-10 es el F41.1 ansiedad generalizada y Z56.7 Problema laboral que se cambiaría posteriormente por el Z73.8 Otros problemas relacionados con dificultades con el modo de vida.

## **Formulación de caso**

Se evidencia que el origen del problema es en pandemia, debido al trabajar desde casa la sintomatología aumentó y que este se perpetua debido a alta presión, la carga laboral y a que su propia cognición se mantiene el problema, evidenciándose reacciones fisiológicas como tensión muscular, rumiación, pensamientos automáticos negativos (PAN), sudoración y agitación muscular.

Lo cual, concuerda con lo descrito por Beck (1985) la ansiedad es una respuesta emocional provocada por el miedo, es una evaluación del peligro de experiencias pasadas y la incapacidad de hacerles frente; por su parte el TAG parte desde los esquemas cognitivos desarrollados a lo largo de su vida, en ciertas circunstancias esto hace que se activen las distorsiones cognitivas y los PAN, debido a imágenes amenazantes o la incapacidad de afrontamiento a nivel cognitivo.



Se logró evidenciar en la paciente los Pensamiento Automáticos Negativos (PAN) de incapacidad o inutilidad, concordando además con las distorsiones cognitivas, ya que tiene una visión catastrófica del futuro si bases sólidas, minimiza sus propias capacidades de afrontamiento y maximiza los problemas y miedo al daño, evidenciándose además en la triada cognitiva, ya que visión de sí misma, el otro y el mundo o el futuro es negativa, y se siente en constante riesgo o peligro.

## **Precipitantes**

Se evidencia que los factores ambientales que detonan la sintomatología del paciente son la excesiva carga laboral actual, ya que está tan sumergida en su trabajo que ha descuidado las otras áreas de su vida, aumentando la sintomatología de ansiedad e ideas de perfeccionismo y auto exigencia que manifiesta la consultante.

## **Visión transversal de las cogniciones y conductas actuales**

En situaciones comunes, como en su labor como reportera, la paciente manifiesta pensamientos de incapacidad o incompetencia e incluso de fracaso, con sentimientos de angustia, frustración y enojo; la reacción fisiológica de cada escenario es de tensión muscular, pero su comportamiento es de intentar hacerla lo que incrementa los PAN y la emoción de angustia.

## **Visión longitudinal de las cogniciones y los comportamientos**

La paciente manifiesta que desde muy joven ha tenido una constante preocupación por su futuro. Al quedar embarazada a los 18 años, los síntomas de preocupación incrementan ya que el padre de su hija era un alcohólico que no le brindaba apoyo ni seguridad, por lo que su reacción con la pareja era de exigencia constante al punto que decide mejor terminar la relación.

Al comenzar pandemia y estar laborando desde su hogar los síntomas como sudoración excesiva, tensión muscular, rumiación y pérdida del sueño incrementan al punto de ocasionarle un ataque de pánico, desde entonces ha experimentado sentimientos de angustia y una visión catastrófica acerca del futuro, ocasionando una excesiva exigencia e ideas de perfeccionismo.

## **Esquemas Mal adaptativos Tempranos (EMT)**

Los EMT identificados son, el de **Desconexión Y Rechazo**, dentro de los cuales se



evidencian: **Desconfianza/abuso:** La paciente no genera vínculos afectivos, ya que tiene desconfianza del sexo masculino, creyendo que solo será dañada, **vergüenza/defectuosiad:** Se ve como alguien defectuoso, con pocas capacidades, ya que para ella todo debe ser perfecto o es mediocre, **deprivación emocional:** Considera que sus necesidades emocionales no serán satisfechas por otro.

El de **Desempeño Y Autonomía Deficiente**, dentro de los cuales, el sí mismo **infradesarrollado/indiferenciado:** Evidencia sus capacidades, sin embargo, no las ve como suficientes ya que, al no ser capaz con todo sola, se considera fracasada, **fracaso:** Tiene un miedo constante al fracaso o a no ser suficiente.

Y, por último, **Sobrevigilancia E Inhibición** de los cuales, **negatividad/Pesimismo:** Tiene un pensamiento negativo del futuro y pesimismo frente a sus capacidades, buscando errores que no ha cometido, **inhibición emocional:** Deja de lado sus emociones para no activar su esquema y **estándares inflexibles:** Refiere que todo debe ser perfecto y lo que no es así para ella es inaceptable

## Distorsiones cognitivas

En las distorsiones que se evidencian, el **Pensamiento Polarizado**, Refiere que todo lo debe hacer sola o perfecto y en caso contrario solo fracaso, **Visión Catastrófica** ya que constantemente piensa de manera negativa referente a ella, sus capacidades y lo que le depara el futuro, el **Razonamiento Emocional**, se comporta como se siente, cuando se siente angustiada o ansiosa su comportamiento es igual generando que no se centre en el presente, sino que constantemente busca prever el futuro, los **Deberías**, Tiene reglas autoimpuestas arraigadas referente a como ella debe ser y como hacer las cosas, **Maximización**, Incrementa las probabilidades de riesgo al daño y por último minimización, debido a que la paciente tiene una baja percepción de su capacidad de afrontamiento.

## Sesgos confirmatorios

La paciente asume que, sino hace las cosas ella sola sin pedir ayuda y de manera eficaz y perfecta, interpretándolo como que ya no está rindiendo en el trabajo y que ocasionará un despido.

## Profecías autorrealizadas

La paciente tiene el pensamiento de que no será capaz de cumplir con una



actividad laboral sola, se nubla el pensamiento ocasionando que no pueda sola y deba pedir ayuda.

## Heurísticos

Se evidencian **Anclaje**, debido a que todo debe de hacerse perfecto porque si no es fracaso, **Disponibilidad**, en los tratos inadecuados recibidos de su último jefe, se sobre exige por temor de que sus nuevos jefes la traten igual y el de **Representatividad** debido a que cuando pedía ayuda le decían que es de fracasados ahora infiere que pedir ayuda es para fracasados.

## Estilos de afrontamiento

En la paciente se evidencia el estilo de rendición, debido a que la paciente mantiene sus esquemas, actuando de manera que este se confirme, por ejemplo, la paciente tiene el esquema de fracaso y se siente inútil al realizar su trabajo, al momento de hacerlo procrastina confirmando así su esquema.

## Auto esquemas

Los autoesquemas son sistemas que definen cómo la cognición, las emociones y el comportamiento están interconectados, afectando la forma en que procesamos la información sobre nosotros mismos (Bootzin, 1985). En sus autoesquemas se evidencia que eferente a la **autoestima**, aparenta tener una autoestima baja por sus constantes manifestaciones de sentirse poco apreciada por ella misma, sintiéndose inferior o menos que otras personas, comparándose constantemente; su **autoimagen**, se encuentra devaluado, ha manifestado no sentirse a gusto con su cuerpo y que le cuesta aceptarse, referente al **autoconcepto**, se evidencia que es idóneo, tiene una adecuada opinión de sí misma y de sus capacidades, aunque tiene ideas muy arraigadas de perfeccionismo y por último su **autoeficacia** es devaluada, tiene ideas de perfeccionismo constantemente piensa que sus habilidades no son suficientes para cumplir las actividades.



## Diagrama de conceptualización cognitiva

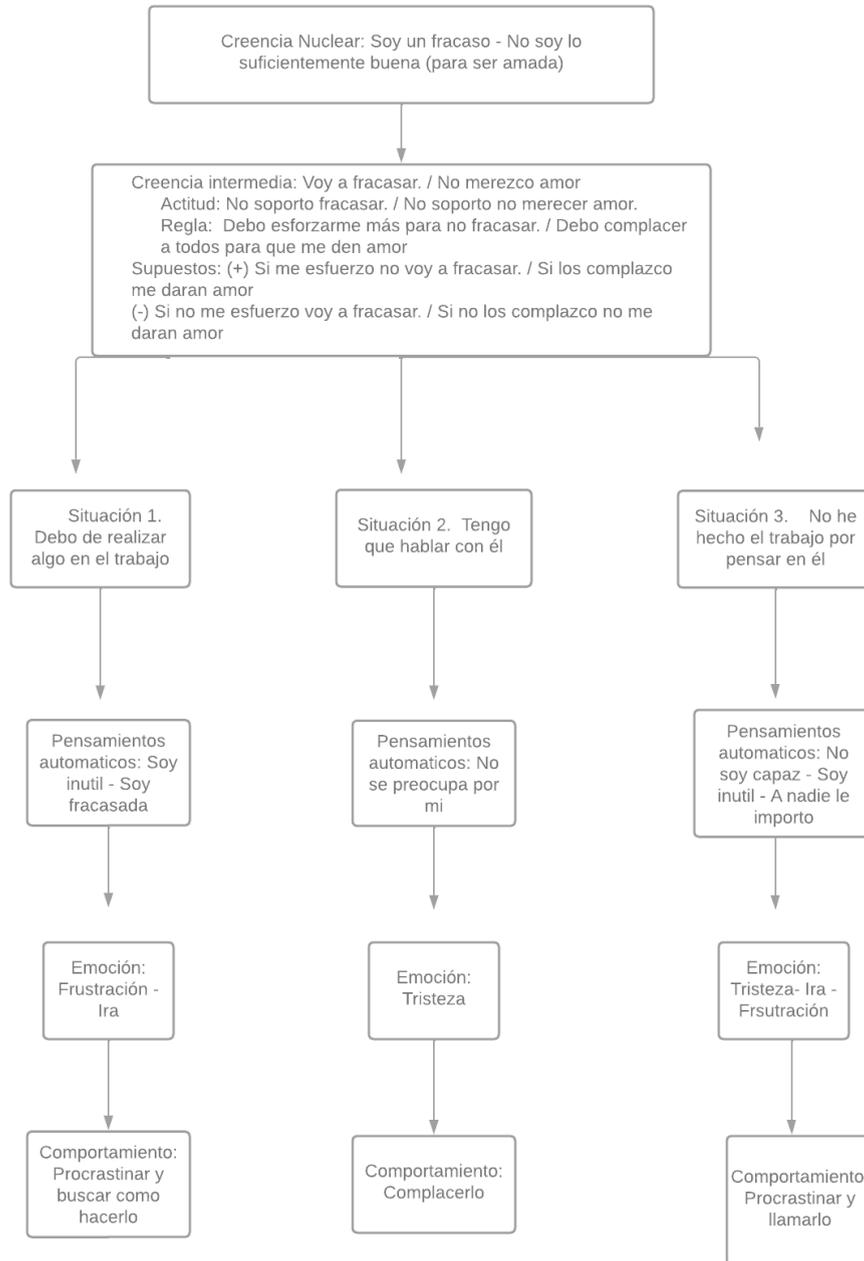


Fig. 3. Conceptualización Cognitiva de la paciente, adaptado de Diagrama de conceptualización cognitiva de Beck.



## Fortalezas y apoyo

Se evidencian como redes de apoyo a su familia, especialmente su madre y su hija, le brindan seguridad, además cuenta con amistades cercanas y buscan apoyo profesional y tiene un diario que utiliza como estrategia de liberación emocional.

## Hipótesis de trabajo

Se evidencia que las circunstancias ambientales que conllevaron a que la paciente estructurara sus creencias fue la crianza ya que constantemente la madre le inculcaba ideas de perfeccionismo, debía realizar todo de manera eficiente generando la creencia de “soy una inútil si fracaso” ocasionando además y sobre exigencias para no tener un fracaso.

## Tratamiento y curso

Se trabajará desde la TCC, ya que esta se centra en abordar patrones cognitivos disfuncionales como lo son los PAN y las distorsiones cognitivas, y los patrones cognitivos y conductuales disfuncionales adquiridos en la infancia, permitiendo volverlos funcionales en la paciente, además de su efectividad para trabajar la ansiedad generalizada.

Por lo tanto, el plan de tratamiento se encuentra centrado en reestructurar las cogniciones desadaptativas y modificar los patrones que generan malestar y síntomas de ansiedad.

Problema	Objetivo	Técnica	Sesiones
Autoesquemas devaluados.	Fortalecer los autoesquemas devaluados de la paciente.	Diálogo socrático. Psicoeducación. Listado de autorreconocimiento. Técnica del espejo.	1 a 3
Inadecuada gestión emocional	Facilitar el reconocimiento y gestión de las emociones de la paciente	Psicoeducación. Diálogo socrático. Mapa de emociones.	4 y 5
Pensamientos disfuncionales.	Reestructurar los pensamientos, distorsiones y creencias	Diálogo socrático. Psicoeducación. Reestructuración cognitiva. Carta de recordatorio. Diario de pensamientos.	6 a 11



	disfuncionales de la paciente.	de pensamientos adaptativos.	
Baja comprensión del trastorno de ansiedad generalizada.	Facilitar la comprensión y manejo del cómo se producen y se mantienen los síntomas del TAG.	Psicoeducación. Diálogo socrático. Aplicación prueba IDARE. Técnicas de respiración diafragmática. Reestructuración cognitiva. Técnicas de exposición a las situaciones y sensaciones.	12 a 17
Reaparición de los síntomas de ansiedad	Brindar estrategias para reducir la aparición de los síntomas.	Diálogo socrático para identificar el avance del paciente. Entrega del kit terapéutico.	18

Tab. 2. Plan de tratamiento para la intervención clínica, adaptado de Velásquez, J (2018)

## Resultados de intervención

Se evidencia que la TCC permitió una reducción significativa de la TAG, ya que la consultante logró reconocer las situaciones generadoras de la sintomatología, como los PAN y modificarlos, disminuyó la rumiación y las premoniciones a acerca de su futuro, así como su auto exigencia e ideas de perfeccionismo, accediendo al trabajo en equipo y solicitando ayuda.

Se observó una mejoría en sus relaciones interpersonales, posibilitando tener tiempo para sí misma y su familia, se fortaleció en sus auto esquemas y se evidencia mejoría en el reconocimiento y gestión de sus emociones. Cumpliendo así con las metas terapéuticas propuestas. Sin embargo, se requieren de más sesiones para realizar el cierre pertinente de la consultante, además de brindar la posibilidad de aplicación de un pos-test para la verificación cuantitativa de la reducción de la sintomatología.

Pretest									
Estado					Rasgo				
	No	Un poco	Bastante	Mucho		Casi nunca	Algunas veces	Frecuentemente	Casi siempre



01		X			01		X		
02		X			02				X
03	X				03			X	
04		X			04				X
05			X		05			X	
06	X				06	X			
07		X			07		X		
08		X			08			X	
09		X			09			X	
10			X		10			X	
11		X			11			X	
12	X				12				X
13	X				13		X		
14	X				14			X	
15		X			15			X	
16				X	16		X		
17	X				17	X			



18	X				18		X		
19		X			19		X		
20			X		20			X	

Tab. 3. Resultados pre - test Inventario de Ansiedad Rasgo - Estado (IDARE, 1966 - 1975) aplicados en la paciente para validar sus niveles de ansiedad.

Posttest									
Estado					Rasgo				
	No	Un poco	Bastante	Mucho		Casi nunca	Algunas veces	Frecuentemente	Casi siempre
01		X			01		X		
02		X			02		X		
03	X				03		X		
04			X		04				X
05		X			05		X		
06	X				06			X	
07	X				07	X			
08		X			08		X		
09		X			09			X	



10		X			10		X		
11		X			11			X	
12	X				12		X		
13	X				13		X		
14	X				14		X		
15		X			15		X		
16			X		16		X		
17		X			17		X		
18	X				18			X	
19		X			19		X		
20		X			20	X			

Tab. 4. Resultados post - test Inventario de Ansiedad Rasgo - Estado (IDARE, 1966 - 1975) aplicados en la paciente para validar sus niveles de ansiedad.

Los resultados obtenidos en el pre-test postulan a la paciente con ansiedad alta tanto en estado como rasgo, obteniendo un puntaje de sesenta y dos (62) puntos para estado y sesenta y tres (63) puntos para rasgo, mientras que en el pos-test pese a que la paciente sigue calificando con ansiedad alta, se evidencia disminución en los síntomas, obteniendo un puntaje de sesenta (60) para estado y cincuenta y uno (51) para rasgo.



## PRETEST

Esquema	Resultados de cuestionario	Preguntas	DS	LI	Media	LS
Deprivación emocional.	34	1 a 9	7.58	8.98	16.56	24.14
Abandono/Inestabilidad.	37	10 a 27	13.83	23.74	37.57	51.4
Desconfianza/Abuso.	20	28 a 44	13.93	23.88	37.81	51.74
Aislamiento social.	17	45 a 54	8.48	12.93	21.41	29.89
Vergüenza/Defectuosi- dad.	18	55 a 69	9.92	15.58	25.5	35.42
Indeseabilidad social.	11	70 a 78	5.28	10.14	15.42	20.7
Fracaso.	13	79 a 87	5.52	8.49	14.01	19.53
Dependencia/Inco- mpetencia.	24	88 a 102	8.3	16.78	25.08	33.38
Vulnerabilidad al daño.	15	103 a 116	10.27	19.06	29.33	39.6
Entrepamiento.	15	117 a 127	7.57	12.02	19.59	27.16
Subyugación.	13	128 a 137	6.41	14.55	21.49	28.43
Autosacrificio.	41	138 a 154	13.55	27.66	41.21	54.76
Inhibición emocional.	20	155 a 163	6.94	14.55	21.49	28.43
Estándares inflexibles.	75	164 a 179	12.11	27.49	39.6	51.71
Egocentrismo/Gra- ndiosidad.	29	180 a 190	9.35	17.32	26.67	36.05
Autocontrol/Autodi- sciplina insuficientes.	42	191 a 205	11.11	22.9	34.01	45.12

Tab. 5. Resultados pretest- test Inventario YSQ, adaptado de Young, J. E. & Brown, G. (1994). Young Schema Questionnaire.



## POSTTEST

Esquema	Resultados de cuestionario	Preguntas	DS	LI	Media	LS
Deprivación emocional.	27	1 a 9	7.58	8.98	16.56	24.14
Abandono/Inestabilidad.	42	10 a 27	13.83	23.74	37.57	51.4
Desconfianza/Abuso.	45	28 a 44	13.93	23.88	37.81	51.74
Aislamiento social.	22	45 a 54	8.48	12.93	21.41	29.89
Vergüenza/Defectuosi d.	38	55 a 69	9.92	15.58	25.5	35.42
Indeseabilidad social.	14	70 a 78	5.28	10.14	15.42	20.7
Fracaso.	17	79 a 87	5.52	8.49	14.01	19.53
Dependencia/Incompet encia.	22	88 a 102	8.3	16.78	25.08	33.38
Vulnerabilidad al daño.	26	103 a 116	10.27	19.06	29.33	39.6
Entrepamiento.	15	117 a 127	7.57	12.02	19.59	27.16
Subyugación.	22	128 a 137	6.41	14.55	21.49	28.43
Autosacrificio.	45	138 a 154	13.55	27.66	41.21	54.76
Inhibición emocional.	21	155 a 163	6.94	14.55	21.49	28.43
Estándares inflexibles.	42	164 a 179	12.11	27.49	39.6	51.71
Egocentrismo/Grandiosi dad.	21	180 a 190	9.35	17.32	26.67	36.05
Autocontrol/Autodiscipli na insuficientes.	29	191 a 205	11.11	22.9	34.01	45.12

Tab. 6. Resultados posttest- test Inventario YSQ, adaptado de Young, J. E. & Brown, G. (1994). Young Schema Questionnaire.

## Tabla comparativa

Esquema	Pretest	Posttest
Deprivación emocional.	34	27
Abandono/Inestabilidad.	37	42
Desconfianza/Abuso.	20	45
Aislamiento social.	17	22
Vergüenza/Defectuosi dad.	18	38
Indeseabilidad social.	11	14
Fracaso.	13	17
Dependencia/Incompetencia.	24	22



Vulnerabilidad al daño.	15	26
Entrepamiento.	15	15
Subyugación.	13	22
Autosacrificio.	41	45
Inhibición emocional.	20	21
Estándares inflexibles.	75	42
Egocentrismo/Grandiosidad	29	21
Autocontrol/Autodisciplina insuficientes.	42	29

Tab. 7. Tabla comparativa construcción propia.

Se evidencia en la tabla anterior que los esquemas que tenían una puntuación alta lograron disminuir su puntuación y a su vez, se incrementa el puntaje de los esquemas con puntuación baja, evidenciando una mejoría en la consultante y la efectividad del proceso.

## Discusión

A raíz del trabajo realizado con la paciente, se ha encontrado que la terapia cognitivo conductual, resulta productiva en la intervención de la ansiedad generalizada, arrojando resultados positivos, que posibilitan la reducción de la sintomatología asociada y que al igual que García et al., (2012), menciona a la TCC como una estrategia idónea a la hora de realizar un proceso de intervención adecuado y especializado que no es exclusivo de profesionales con alto nivel de experiencia; sino que inclusive aquellos en formación pueden adoptar diferentes herramientas que pueden facilitar la intervención desde este enfoque.

Además, también cabe aclarar que a diferencia de otras metodologías de intervención psicoterapéutica; la TCC se enfoca desde su raíz epistemológica en las creencias y pensamientos propios del paciente, y no difieren de una patología a otra; por lo que en el caso de la ansiedad generalizada, donde los pensamientos recurrentes y experiencias de las personas forman el contenido de la misma (Clark & Beck, 2012) la psicoterapia cognitivo conductual, resulta ser una estrategia idónea debido a su propuesta de promover la reestructuración de los pensamientos y creencias del paciente enfocándose en la adaptación del individuo a su vida diaria y donde autores como Garay et al., (2019) afirmarían que la TCC tiene como objetivo central el abordar el contenido subyacente a las preocupaciones del paciente apuntando directamente a lo que constituye al TAG e interviniendo los PAN



del paciente.

Además, también el hacer uso de técnicas como el registro de pensamiento, respiración diafragmática y reestructuración; facilitaron la reducción de los síntomas ansiosos, promoviendo una mayor aceptación, que García et al., (2012) apoyaría resaltando que el facilitar la disminución de los síntomas promueve una mayor resiliencia por parte del paciente a la incertidumbre.

Facilitando al paciente, una mayor funcionalidad en su diario vivir, disminuyendo con ello los pensamientos catastróficos y anticipatorios que pueda llegar a tener ante la presencia de uno o varios estímulos; concordando con lo planteado por Pardo y Calero (2015) y más tarde siendo a su vez apoyados por Hernández y González (2023) donde mencionan a la TCC como una intervención eficaz que facilita que el paciente pueda avanzar y encontrar una respuesta más asertiva a su problemática; disminuyendo drásticamente la presencia de los pensamientos negativos, la catastrofización y magnificación e intensidad de los episodios de TAG; contribuyendo a un bienestar más adecuado.



## References

American Psychiatric Association - APA. (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-5*. (5a. ed.).

American Psychology Association (2016) *Beyond worry: how psychologists help with anxiety disorders*.  
<https://www.apa.org/topics/anxiety/disorders#:~:text=A%20form%20of%20psychotherapy%20known,that%20contribute%20to%20their%20anxiety>.

Bados, A y García, E. (2010) *La Técnica de la reestructuración cognitiva*. Departament de Personalitat, Avaluació i Tractament Psicològic

Bawlow, D (2018) *Manual clínico de trastornos psicológicos: Tratamiento paso a paso*. Editorial El Manual Moderno. ISBN: 978-607-448-727-5 (versión electrónica).

Beck, A.; Emery, G., y Grenberg, R. (1985). *Anxiety disorders and phobias: A cognitive perspective*. Nueva York: Basic Books.

Bootzin, R. (1985). The role of expectancy in behavior change. En White, L., Schwartz, G. & Tursky, R. *Placebo, clinical phenomena and new insights*. New York: Guilford Press.

Clark, D. y Beck, A. (2012). *Terapia cognitiva para Trastornos de Ansiedad*. Descleé de Brouwer

Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y problemas relacionados con la salud: Décima Revisión: CIE-10. (2008). Organización Panamericana de la Salud.

Díaz-Guerrero, J. (1975). *Inventario de Ansiedad Rasgo – Estado (IDARE) versión española*.

Duran, J (2019) *Intervención psicológica de un caso de ansiedad generalizada desde la terapia centrada en esquemas [TESIS]* Universidad Pontificia Bolivariana.  
<https://repository.upb.edu.co/bitstream/handle/20.500.11912/8434/39168.pdf?sequence=1>.



- Garay, C., Donati, S., Ortega, I., Freiría, S., Rosales, G & Kouttsovitis, F (2019) Modelos cognitivo-conductuales del trastorno de ansiedad generalizada. *Revistas de Psicología*, 15 (29), pp.7 – 21. <https://repositorio.uca.edu.ar/bitstream/123456789/9564/1/modelos-cognitivo-conductuales-ansiedad.pdf>
- García, S; Bados, A & Saldaña, C (2012) Tratamiento cognitivo conductual de una persona con trastorno de ansiedad generalizada. *Anuario de Psicología*, 42 (2) pp. 245 – 258. <https://www.redalyc.org/pdf/970/97026840008.pdf>
- Hernández, A y González, J (2023) Trastorno de Ansiedad Generalizada. Un estudio de caso desde la terapia conductual. 26 (1), pp. 126 – 142. <https://www.revistas.unam.mx/index.php/rep/article/view/85469>
- Langarita, R y Gracia, P (2019) Neuropsicología del trastorno de ansiedad generalizada: Revisión sistemática. *Revista de Neurología*, 69 (2), 59 – 67. <https://www.svnps.org/documentos/ansiedad-generalizada.pdf>
- National Institute of Mental Health (2022) Trastorno de ansiedad generalizada: Cuando no se pueden controlar las preocupaciones. <https://infocenter.nimh.nih.gov/sites/default/files/publications/trastorno-de-ansiedad-generalizada-cuando-no-se-puede-controlar-preocupacion.pdf>
- Organización Mundial de la Salud (2022) Trastornos mentales. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>
- Pardo, R y Calero A (2015) Dificultades en la intervención psicológica de un caso clínico complejo de ansiedad y obsesiones: la importancia del análisis funcional. *Análisis y Modificación de Conducta*, 41(163-164) pp. 17 – 39. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5405215>
- Ruiz, F. J., García-Martín, M. B., Suárez-Falcón, J. C., & Odriozola-González, P. (2017). The hierarchical factor structure of the Spanish version of Depression Anxiety and Stress Scale - 21. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 17, 97-105.
- Ruíz, M., Díaz, M & Villalobos, A. (2012) Manual de técnicas de intervención cognitivo conductuales. Capítulo 1. Historia de la Terapia Cognitivo Conductual. <https://www.edesclee.com/img/cms/pdfs/9788433025357.pdf>



Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L., Y Lushene R. E. (1966) Inventario de Ansiedad Rasgo – Estado (IDARE)

Suárez, Y (2019) Adaptación, validez de constructo y confiabilidad de la escala de riesgo suicida Plutchik en adolescentes colombianos. Revista Latinoamericana de Psicología, 51 (3). [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0120-05342019000300145#:~:text=La%20escala%20de%20riesgo%20suicida%20Plutchik%20\(ERSP\)%2C%20es%20una,%26%20Van%20Praag%2C%201989](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-05342019000300145#:~:text=La%20escala%20de%20riesgo%20suicida%20Plutchik%20(ERSP)%2C%20es%20una,%26%20Van%20Praag%2C%201989).

Tejada, P. (2016) Situación Actual De Los Trastornos Mentales En Colombia Y En El Mundo: Prevalencia, Consecuencias Y Necesidades De Intervención. <https://revistasaludbosque.unbosque.edu.co/article/view/2017>

Velásquez, J. (2018) Psicología basada en la evidencia y el trastorno de pánico; análisis de un estudio de caso. Revista Josha 5. 10.17160/josha.5.1.377

Young, J., Klosko, J & Weishaar, M. (2013) Terapia de esquemas guía práctica. Editorial Desclée de brouwer, S.A.

Young, J. E., Klosko, J. S., & Weishaar, M. E. (2003). Schema Therapy: A Practitioner's Guide. The Guilford Press.

Young, J. E. & Brown, G. (1994). Young Schema Questionnaire (segunda edición). En J. E. Young (1994). Cognitive therapy for personality disorders: a schema-focused approach (Ed.rev.). Sarasota, FL: Professional Resource Exchange, In



## About the Author

**Jorge Velásquez Castrillón**, a philosopher and psychologist with postgraduate training in psychotherapy, is currently a doctoral candidate in psychology at the University of San Buenaventura. He has been a teacher and researcher at the Grancolombiano Polytechnic University Institution for seven years and has experience as a therapist in private practice. His studies focus on eating disorders, transdiagnosis, and schema therapy.

**Nicolas Muñoz Sosa**, a specialist in Psychopathology and Clinical Structures with a Masters in Psychoanalytic Research, possesses extensive experience in evaluating, conceptualizing, diagnosing, and implementing individual and group psychological interventions across childhood, adolescence, and adulthood. He is a leading teacher in evolutionary and developmental psychology, basic and higher cognitive processes, learning processes, educational psychology, clinical psychology, psychological evaluation, psychometrics, psychological tests, psychosemiology, psychopathology, personality, and cognitive and dynamic psychology interventions. Currently, he is a professor at the Grancolombiano Polytechnic.

**Juliana Marín López** is a technician in executive secretariat from CENSA and a final semester psychology student at the Grancolombiano Polytechnic University Institution. She has one year of experience in clinical psychology and has completed various courses, including humanization of health care at SENA, a virtual diploma in the global action program to overcome gaps in mental health (mhGAP) for Antioquia at the University of Antioquia, a virtual course on skills for the promotion of mental health from the National Faculty of Public Health of the University of Antioquia, and a course on the prevention of self-harm and suicide by the Pan-American Health Organization.

