



**Estudio de caso: Ansiedad generalizada en paciente que padeció de negligencia infantil abordado desde la terapia de esquemas y la terapia cognitivo-conductual - Case Study: Generalized Anxiety in a Patient who Suffered from Child Neglect Approached from Schema Therapy and Cognitive-Behavioral Therapy**

Authors: Juliana Valentina Marín López, Jorge Alberto Velásquez Castrillón, Johnnathan Morales  
Submitted: 9. February 2025  
Published: 3. March 2025  
Volume: 12  
Issue: 2  
Affiliation: Grancolombiano Polytechnic University, Medellín, Colombia  
Languages: Spanish, Castilian  
Keywords: Schema Therapy, Cognitive-Behavioral Therapy, Self-schemas, Coping Strategies, Generalized Anxiety, Child Neglect  
Categories: Medicine, Humanities, Social Sciences and Law  
DOI: 10.17160/josha.12.2.1033

**Abstract:**

This article presents a theoretical and practical conceptualization of an intervention based on the Schema Therapy model and Cognitive Behavioral Therapy (CBT), applied to a 39-year-old patient who initially sought help due to unemployment and childhood issues affecting his self-esteem. The evaluation process utilized tools such as semi-structured interviews, the DASS-21 questionnaires, Plutchik's suicide risk scale, Camir-R, BDI, and YSQ, which helped identify the presence of Generalized Anxiety Disorder (GAD)

**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



# **Estudio de Caso: Ansiedad Generalizada en Paciente que Padeció de Negligencia Infantil Abordado Desde la Terapia de Esquemas y la Terapia Cognitivo-Conductual - Case Study: Generalized Anxiety in a Patient who Suffered from Child Neglect Approached from Schema Therapy and Cognitive-Behavioral Therapy**

Jorge Alberto Velásquez Castrillón, Juliana Valentina Marín López, Johnnathan Albeiro Morales Salazar

[jumarin1@poligran.edu.co](mailto:jumarin1@poligran.edu.co)

Universidad Politécnico Gran Colombiano, Medellín, Colombia

## **Abstract**

This article presents a theoretical and practical conceptualization of an intervention based on the Schema Therapy model and Cognitive Behavioral Therapy (CBT), applied to a 39-year-old patient who initially sought help due to unemployment and childhood issues affecting his self-esteem. The evaluation process utilized tools



such as semi-structured interviews, the DASS-21 questionnaires, Plutchik's suicide risk scale, Camir-R, BDI, and YSQ, which helped identify the presence of Generalized Anxiety Disorder (GAD) in the patient. The results demonstrate a significant effectiveness of the clinical intervention using both models, reflecting a notable reduction in initial distress, a decrease in symptoms, an increase in the patient's confidence, and the adoption of more adaptive coping strategies. This highlights the positive impact generated by integrating both therapies in the patient's intervention.

**Keywords:** Schema therapy; Cognitive-Behavioral Therapy; Self-schemas; Coping Strategies; Generalized Anxiety; Child Neglect.



## RESUMEN

Este artículo presenta una conceptualización teórica y práctica de una intervención desde el modelo de Terapia de Esquemas y la Terapia Cognitivo Conductual (TCC), aplicada a un paciente de 39 años que busca ayuda inicialmente debido al desempleo y a problemas de la infancia que afectaban a su autoestima. En el proceso de evaluación se emplearon herramientas como entrevistas semiestructuradas, los cuestionarios DASS-21, la escala de riesgo de suicidio de Plutchik, Camir-R, BDI y YSQ, gracias a los cuales se logró evidenciar la presencia de un Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG) en el paciente. Los resultados demuestran una notable eficacia de la intervención clínica de los modelos, reflejando una reducción significativa de la angustia inicial, la disminución de los síntomas, el aumento de la confianza del paciente y la adopción de estrategias de afrontamiento más adaptativas. Evidenciando el impacto positivo que genera la integración ambas terapias en la intervención con el paciente.

**Palabras clave:** Terapia de esquemas; Terapia Cognitivo-Conductual; Autoesquemas; Estrategias de Afrontamiento; Ansiedad Generalizada; Negligencia Infantil.

## Introducción

La primera infancia es la etapa donde se consolidan gran parte de los aprendizajes que establecen las bases para el futuro de cada persona, en aspectos como su salud, bienestar y educación (UNICEF, 2016). Teniendo presente lo anterior cualquier tipo de abuso o negligencia que vivencie el niño en esta etapa, ocasionando consecuencias negativas y duraderas en la etapa adulta, como en el caso de padecer abuso sexual infantil, el cual implica cualquier forma de actividad sexual realizada con un menor, lo que provoca alteraciones significativas en el desarrollo físico y psicológico. Entre las consecuencias más destacadas se encuentra el trastorno de ansiedad; aunque no hay un patrón uniforme de síntomas post-abuso, el abuso sexual infantil representa un grave factor de riesgo para el desarrollo de psicopatologías en la vida adulta.

Real-López et al., (2023) Menciona que la ansiedad es un trastorno mental muy recurrente, afectando hasta un 76,3% de la población, manifestándose como un estado temporal o como un rasgo duradero, siendo particularmente significativa en hombres que han sido víctimas de algún tipo de abuso. Además, la ansiedad se



correlaciona de manera notable con síntomas depresivos y trastornos de pánico, ansiedad social y fobias específicas en esta población (Real-López et al., 2023).

Por otro lado, según la UNICEF (2020) los menores que padecen de algún tipo de abuso físico por parte de sus padres o cuidadores suelen manifestar una baja autoestima, sintiéndose inferiores e inútiles, manifestando comportamientos introvertidos-temerosos, experimentando pensamientos de soledad y abandono, percibiéndose aislados y poco valorados, o en el otro extremo manifestando una hiperactividad destinada a llamar la atención.

Así mismo, en algunas situaciones suelen interiorizar la violencia como una solución adaptativa ante los conflictos, reproduciendo estas conductas agresivas a futuro, o por el contrario debido al constante abuso al que son sometidos pueden desarrollar ansiedad, miedo y depresión provocando que muchos desarrollen comportamientos autodestructivos como la automutilación, generando una percepción negativa de sí mismos, creyendo que sus castigos físicos son merecidos, ocasionando que sus autoesquemas estén devaluados (UNICEF, 2020).

La conexión entre la negligencia infantil y el desarrollo de trastornos de ansiedad ha sido ampliamente estudiada, en un análisis realizado por Koss et al. (2020) se indica que los niños que sufrieron negligencia presentaron índices notablemente más altos de trastornos de ansiedad en su vida adulta. Este descubrimiento resalta la importancia de abordar las experiencias adversas en la infancia para prevenir problemas de salud mental en el futuro. La intervención temprana es esencial, ya que puede ayudar a romper el ciclo de la negligencia y reducir el riesgo de ansiedad generalizada en la adultez.

En la quinta edición revisada del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5-TR), se exponen varias categorías de trastorno de ansiedad, destacándose el Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG) como el más frecuente y prevalente a nivel mundial (American Psychological Association [APA], 2014; Instituto Nacional de Salud Mental [NIH], 2022).

Por consiguiente, los síntomas ansiosos pueden perdurar hasta la adultez, llegando a tener ansiedad, como trastorno mental, el cual es uno de los más comunes a nivel global. Se caracteriza por una preocupación y temor excesivos que generan respuestas conductuales que pueden perturbar significativamente la vida cotidiana de quienes la padecen (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2022).



El TAG se manifiesta como una anticipación excesiva y una incapacidad para controlar la preocupación, predominando durante la mayoría de los días a lo largo de al menos seis meses (APA, 2014). Este trastorno presenta un patrón conductual y mental repetitivo que impacta negativamente en las actividades diarias del individuo (APA, 2014; Barlow, 2018; Garay et al., 2019; Hernández & González, 2023).

Las personas con TAG pueden experimentar alteraciones en la forma en que perciben las experiencias o la información, interpretándolas como peligrosas, esto aumenta su atención hacia posibles amenazas, intensificando los pensamientos aprensivos y avivando los síntomas asociados con la ansiedad, dando como resultado, el individuo enfoca su atención en buscar seguridad, reducir la sintomatología, preocuparse por la ansiedad y la indefensión, y reevaluar las amenazas, lo que lleva a un esfuerzo constante por controlar la ansiedad (Clark y Beck, 2012).

En el DSM V-TR, la APA (2014) menciona que la prevalencia del TAG a nivel mundial es del 1.3%, con un rango que varía entre 0.2% y 4.3%. Siendo más común en mujeres adultas y adolescentes, quienes tienen el doble de probabilidades de padecerlo en comparación con hombres adultos y adolescentes (APA, 2014). El TAG, al ser uno de los trastornos de ansiedad que conlleva una mayor carga de afectividad negativa, genera una vulnerabilidad biológica hereditaria. Esta vulnerabilidad se caracteriza por una percepción de pérdida de control, que se desarrolla a partir de experiencias en la infancia, lo que a su vez aumenta el riesgo de sufrir otros trastornos de ansiedad o depresión (Barlow, 2018). Dada su alta prevalencia, según Clark y Beck (2012) es fundamental abordar el TAG mediante la Terapia Cognitivo Conductual [TCC], que fomente la aceptación de experiencias emocionales intensas y negativas.

En el contexto clínico, las primeras sesiones se dedican a una evaluación diagnóstica a través de entrevistas, que permiten identificar la sintomatología, su frecuencia y gravedad. Esto es esencial para diseñar un plan de tratamiento adecuado (Clark & Beck, 2012). La técnica del dialogismo socrático se utiliza para cuestionar los pensamientos del paciente, facilitando que este reconozca sus propias creencias sin imponer ideas externas (Bados & García, 2010). Para conceptualizar el TAG, es necesario identificar las situaciones externas e internas que afectan al paciente, así como su motivo de consulta. Además, se debe validar



la información utilizando inventarios diagnósticos que ayuden a corroborar la intensidad y predominancia del TAG en el paciente (Clark & Beck, 2012).

En paralelo, la Terapia de Esquemas también es un enfoque eficaz, ya que se centra en identificar y modificar patrones de pensamiento y comportamiento disfuncionales que pueden perpetuar la ansiedad; tal y como argumentan Gitta Y Arnoud (2013) la terapia de esquemas es efectiva para la intervención de los síntomas y en la reducción en las tasas de abandono para varios trastornos entre ellos trastornos de la personalidad, depresión y ansiedad, lo que concuerda con Peeters et al., (2021) los cuales mencionan que la terapia de esquemas es beneficiosa en los síntomas específicos de los trastornos de ansiedad, TOC, TEPT y en la intervención de los esquemas mal adaptativos tempranos, partiendo de la premisa de que la terapia de esquemas fue diseñada para superar problemas que no se adaptan a la TCC clásica (Eftekari y Bakhtiari, 2022).

Según los planteamientos descritos por Young et al. (2013) El primer dominio, **Desconexión y Rechazo**, se enfoca en la percepción de que las necesidades fundamentales, tales como seguridad, protección, aceptación, respeto y afecto, no serán satisfechas. Dentro de este dominio se incluyen varios esquemas mal adaptativos tempranos (EMT), entre los cuales destacan:

- **Abandono/Inestabilidad:** Sensación de desconfianza e inestabilidad hacia las figuras significativas, con el temor de que estas no proporcionarán apoyo, conexión ni protección continuos.
- **Desconfianza/Abuso:** Creencia de que se será intencionalmente dañado por los demás.
- **Privación Emocional:** Percepción de que no se recibirá apoyo emocional ni la satisfacción de las propias necesidades afectivas. Este esquema se desglosa en:
  - **Privación de cuidado:** Falta de afecto y atención.
  - **Privación de empatía:** Ausencia de comprensión por parte de los demás.
  - **Privación de protección:** Carencia de orientación y protección por parte de figuras de autoridad.
- **Imperfección/Vergüenza:** Creencia de que será rechazado si se muestra tal como es, debido a la convicción de ser defectuoso, imperfecto o inferior.



- **Aislamiento social/Alineación:** Sensación de ser diferente y no pertenecer a ningún grupo.

El segundo dominio, **Deterioro en Autonomía y Ejecución**, está relacionado con la capacidad para diferenciarse, funcionar de manera independiente y asumir responsabilidades. Los EMT en este dominio incluyen:

- **Dependencia/Incompetencia:** Creencia de que no se puede gestionar de manera competente las responsabilidades sin ayuda externa.
- **Vulnerabilidad al Peligro o Enfermedad:** Miedo excesivo a ser sorprendido por eventos trágicos inevitables, sintiéndose impotente para prevenirlos.
- **Apego Confuso/Yo Inmaduro:** Excesiva cercanía emocional con figuras importantes, lo que dificulta el desarrollo adecuado de la independencia y la interacción social.
- **Fracaso:** Sentimiento de ser un fracaso, no estar a la altura de los demás y creencias de inutilidad e incapacidad.

El tercer dominio, **Límites Deficitarios**, se refiere a la dificultad para establecer límites internos y respetar los derechos de los demás. Los EMT en este dominio incluyen:

- **Grandiosidad/Autorización:** Creencia de merecer privilegios especiales y no estar sujeto a las normas sociales de reciprocidad.
- **Insuficiente Autocontrol/Autodisciplina:** Dificultad generalizada para ejercer autocontrol y tolerar la frustración, buscando evitar situaciones incómodas de manera exagerada.

El cuarto dominio, **Dirigido por las Necesidades de los Demás**, se caracteriza por un enfoque excesivo en los deseos y reacciones de los demás con el fin de obtener su aprobación. Los esquemas mal adaptativos tempranos (EMT) dentro de este dominio incluyen:

- **Subyugación:** Ceder el control a otros para evitar el abandono, desglosado en:
- **Subyugación de necesidades:** Supresión de los propios deseos o preferencias.



- **Subyugación de emociones:** Suprimir las emociones, especialmente la ira.
- **Autosacrificio:** Deseo excesivo de satisfacer las necesidades de los demás a expensas de la propia gratificación.
- **Búsqueda de aprobación/Búsqueda de reconocimiento:** Necesidad constante de aprobación, reconocimiento o atención de los demás, de manera que la autoestima depende completamente de las reacciones externas.

El quinto dominio, **Sobrevigilancia e Inhibición**, se refiere a la satisfacción de metas y expectativas internas rígidas, generalmente a costa de la felicidad y el bienestar. Los EMT en este dominio incluyen:

- **Negatividad/Pesimismo:** Tendencia a enfocarse principalmente en los aspectos negativos y a minimizar los aspectos positivos.
- **Inhibición emocional:** Supresión de la expresión espontánea de emociones para evitar desaprobación, especialmente de emociones como la ira y la agresión, así como de impulsos positivos como la alegría y la vulnerabilidad.
- **Metas inalcanzables/Hipercriticismo:** Creencia de que se debe esforzarse constantemente para cumplir con estándares internos inalcanzables, vinculados generalmente al perfeccionismo, reglas estrictas y preocupación por la eficiencia y el uso del tiempo.
- **Castigo:** Creencia de que los errores deben ser severamente castigados, con dificultad para perdonar tanto a los demás como a uno mismo.

En relación con los EMT, Young et al. (2013) proponen que la terapia de esquemas incluye diversos **estilos de afrontamiento**, que son respuestas básicas ante situaciones percibidas como amenazas, las cuales se desarrollan desde una edad temprana para adaptarse a los esquemas y evitar emociones abrumadoras. Identificando tres estilos de afrontamiento:

- **Sobrecompensación:** El individuo lucha contra el esquema intentando ser su antítesis, aunque este enfoque puede perpetuar el esquema si se lleva al extremo.
- **Evitación:** El individuo intenta evitar la activación del esquema, bloqueando pensamientos o imágenes que puedan desencadenarlo.



- **Rendición:** El individuo se entrega completamente al esquema sin intentar modificarlo o evitarlo, lo que refuerza el comportamiento y perpetúa el esquema.

Estos estilos de afrontamiento suelen operar de manera inconsciente.

**Tabla 1.** Ejemplo de respuestas disfuncionales.

Esquema	Sobrecompensación	Evitación	Rendición
Fracaso.	Es hipercompetente.	Evita los desafíos.	Realiza las tareas con desdén

Adaptado de Young, et al (2013)

## Diseño

El estudio de caso tuvo lugar en un consultorio psicológico universitario, adaptado para la atención clínica a la comunidad. La intervención se realizó mediante consultas privadas con el paciente, donde se indicó que el proceso sería realizado por una practicante en su último semestre del programa de psicología, en el marco del modelo docencia-servicio según el decreto 2376 de 2010, el cual regula la relación docencia-servicio para los programas de formación de talento humano del área de la salud y bajo la supervisión de un psicólogo profesional. Todo el procedimiento se guio por las normativas éticas y deontológicas del código psicológico colombiano ley 1090 del 2006. El estudio se realizó utilizando los conocimientos y habilidades adquiridos en la intervención clínica y la aplicación de tratamientos psicológicos, centrándose en la TCC y la Terapia de Esquemas.

## Metodología

Este artículo presenta un estudio de caso único que emplea la metodología ABA, descrita por Virués & Moreno (2008) como un enfoque en el cual primero se evalúa el comportamiento del sujeto para determinar el diagnóstico, estableciendo una línea base con los resultados (A). Luego, se implementa un tratamiento para intervenir en la condición psicopatológica detectada (B), y finalmente, se realiza una nueva medición del comportamiento, que se compara con la línea base (A).

En principio se toma como base la TCC con el objetivo de abordar pensamientos disfuncionales del paciente, mediante la terapia cognitivo-conductual para abordar el tema de seguridad en el paciente, por su parte en cuanto a emociones



disfuncionales se trabajará mediante la terapia de esquemas abordando los esquemas que se encuentran activos en el paciente que se forjaron desde su infancia y a raíz del abuso que padecía, así mismo identificar sus estilos de afrontamiento y que estos se vuelvan más adaptativos (Young, et al 2013).

La evaluación inicial se realizó a través de una entrevista semiestructurada, iniciando el proceso terapéutico con el triage al paciente para verificar las condiciones iniciales de salud mental, utilizando la prueba, DASS-21 adaptada por el consultorio en su versión validada en Colombia, contando con 21 ítems divididos en tres subescalas, la cual mide depresión (siendo los ítems: 3, 5, 10, 13, 16, 17 y 21), ansiedad (los ítems: 2, 4, 7, 9, 15, 19 y 20) y estrés (ítems: 1, 6, 8, 11, 12, 14 y 18); calificado en una escala de Likert de 0 a 3 indicando el grado de ocurrencia de cada afirmación en la persona en la semana anterior (Ruiz et al., 2017).

Para evaluar cada una de las subescalas de manera independiente, se deben sumar las puntuaciones de los ítems correspondientes a cada subescala. La interpretación de los resultados indica que, a mayor puntuación total, mayor es el grado de sintomatología experimentada. En cuanto a la depresión, se consideran los siguientes puntos de corte: una puntuación de 5-6 indica depresión leve, 7-10 depresión moderada, 11-13 depresión severa, y 14 o más puntos reflejan una depresión extremadamente severa. Para la ansiedad, una puntuación de 4 corresponde a ansiedad leve, de 5-7 ansiedad moderada, de 8-9 ansiedad severa, y 10 o más puntos denotan ansiedad extremadamente severa. En cuanto al estrés, una puntuación de 8-9 indica estrés leve, de 10-12 estrés moderado, de 13-16 estrés severo, y 17 o más puntos indican estrés extremadamente severo (Ruiz et al., 2017).

Se obtuvo como resultado 9 puntos en depresión catalogándola en depresión moderada, en ansiedad 16 puntos clasificándola en extremadamente severa y 12 puntos en estrés, postulándola en moderada. En cuanto al análisis de confiabilidad del DASS 21 las escalas de depresión y estrés mostraron una consistencia interna medida por el coeficiente alfa de Cronbach de .85 y .83, respectivamente, mientras que la escala de ansiedad presentó un alfa de .73. En conjunto, los ítems que componen el DASS-21 exhibieron una consistencia interna global con un coeficiente alfa de .91, siendo considerado un instrumento confiable que ofrece una correlación significativa con otras escalas de evaluación (Román et al., 2014).

Y la escala de riesgo suicida de Plutchik, la cual permite evaluar conducta y riesgo suicida, en su versión de 15 ítems, con respuestas de Si, No. Y Cuya afirmación



agrega un punto y cada respuesta negativa cero puntos, con una escala de evaluación que oscila entre 0 y 15 y cuya evaluación indica que un puntaje igual o mayor indican la presencia de riesgo suicida (Sábado & Monforte, 2010; Suárez, 2019) obteniendo como puntaje 7, indicando que el paciente podría tener conducta o riesgo suicida, que se descarta al momento de realizarle la entrevista.

Para su validez la edición española de 15 ítems cuenta con una confiabilidad con un alfa de Cronbach de 0.80-0.81, para un punto de corte propuesto en 6, siendo que, a mayor puntuación, mayor será el riesgo (Sábado & Monforte, 2010; Suárez et al., 2019)

Tras conocer dichas condiciones, se determinó que es apto 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.

Posteriormente se le aplica al paciente la prueba Camir- R (Balluerka et al., 2011) la cual fue diseñada para cuantificar las representaciones del apego y su concepción del funcionamiento familiar, tanto en la adolescencia como a principios de la edad adulta. El cuestionario está conformado por 32 ítems con respuesta tipo Likert, en escala de 1 a 5, siendo 5 muy de acuerdo, 4 de acuerdo, 3 indeciso, 2 en desacuerdo y 1 muy en desacuerdo. El cuestionario a su vez se divide en siete dimensiones de las cuales 5 se centran en las representaciones del apego las cuales son: Seguridad: disponibilidad y apoyo de las figuras de apego; Preocupación familiar; Interferencia de los padres; Autosuficiencia y rencor contra los padres; Traumatismo infantil, y las dos restantes centradas en la estructura familiar las cuales son: Valor de la autoridad de los padres y Permisividad parental, en resumen la dimensión 1 se refiere al apego seguro, la 2 y 3 al apego preocupado, la 4 y 5 a la estructura familiar, la 6 al apego evitativo y la 7 al apego desorganizado.

El CaMir-R demuestra una adecuada consistencia interna con excepción del factor "Permisividad parental", los valores del coeficiente alfa de Cronbach se encuentran en un rango de 0.60 a 0.85, asimismo, el CaMir-R exhibe una validez factorial, convergente y de decisión adecuada (Balluerka et al., 2011). En cuanto a los resultados del paciente, el puntaje obtenido en cada dimensión fue en la dimensión uno de 2,5; la dimensión dos de 18,5; la dimensión tres de 71,4; la dimensión cuatro de 51,9; la dimensión cinco de 36,9; la dimensión seis de 73,5 y la dimensión



siete con un resultado de 98.0 evidenciando en el paciente un apego desorganizado.

En el caso del Cuestionario de Esquemas Young [Young Schema Questionnaire, YSQ] en su versión Long Form – Second Edition (YSQ-L2) creado por Young (1990) con el objetivo de analizar los esquemas mal adaptativos tempranos; esta edición consta de 205 ítems, que evalúan según Castrillón et al., (2005) dieciséis esquemas, repartidos así: Deprivación emocional (1–9), Abandono (10–27), Desconfianza/Abuso (28–44), Aislamiento social/Alienación (45–54), Defectuosa/Vergüenza (55–69), Indeseabilidad social (70–78), Fracaso (79–87), Dependencia/Incompetencia (88–102), Vulnerabilidad al daño y a la enfermedad (103–116), Entrampamiento (117–127), Subyugación (128–137), Autosacrificio (138–154), Inhibición emocional (155–163), Estándares inflexibles (164–179), Derecho (180–190) y Autocontrol insuficiente/Autodisciplina (191–205).

Los ítems se califican utilizando una escala tipo Likert de 6 puntos, que refleja la presencia de los esquemas. 1 = Completamente falso respecto a mí; 2 = Mayormente falso respecto a mí; 3 = Ligeramente más verdadero que falso respecto a mí; 4 = Moderadamente verdadero respecto a mí; 5 = Mayormente verdadero respecto a mí; 6 = Me describe perfectamente y teniendo una validez con un coeficiente interno de 0,91 y en los factores con una oscilación entre 0,71 y 0,85, representando una alta confiabilidad en el cuestionario (Castrillón et al., 2005).

En cuanto a los resultados se observó en la evaluación que, en cuanto a deprivación emocional, se obtuvo una puntuación de 40, mientras que la categoría de abandono o inestabilidad presentó una puntuación de 71. La desconfianza o abuso alcanzó una puntuación de 83, y el aislamiento social registró una puntuación de 38. Por otro lado, la vergüenza o defectuosidad obtuvo una puntuación de 49, y la indeseabilidad social fue de 27. En la categoría de fracaso, la puntuación fue de 15, mientras que en dependencia o incompetencia se obtuvo una puntuación de 28. La vulnerabilidad al daño alcanzó una puntuación de 54, y el entrepamiento registró 20. En cuanto a subyugación, la puntuación fue de 14, y el autosacrificio alcanzó una puntuación de 82. La inhibición emocional obtuvo una puntuación de 48, mientras que los estándares inflexibles fueron evaluados con una puntuación de 94. Finalmente, el egocentrismo o grandiosidad y el autocontrol/autodisciplinas insuficientes presentaron puntuaciones de 48 y 53, respectivamente.



El Inventario de Depresión de Beck (BDI) (Beck et al., 1961) usado para validar los niveles de depresión en el consultante. El cuestionario fue diseñado para evaluar la gravedad de la depresión, considerando la intensidad sintomática experimentada por el paciente. En la versión adaptada al español por Vázquez y Sanz (1997 citados por Vázquez, & Sanz, 1999), se presenta como una escala autoaplicada compuesta por 21 ítems que evalúan síntomas depresivos en diversas dimensiones: cognitiva, fisiológica, vegetativa y emocional. Cada ítem ofrece cuatro opciones de respuesta ordenadas de menor a mayor intensidad, que reflejan la severidad de los síntomas evaluados. El paciente debe seleccionar la alternativa que mejor describa su situación durante la última semana. La puntuación total se obtiene sumando los valores correspondientes a las respuestas elegidas, con un rango de 0 a 3 por ítem, lo que da una puntuación global de 0 a 63 puntos. Los resultados se interpretan según las siguientes categorías: ausencia de depresión (0-9 puntos), depresión leve (10-18 puntos), depresión moderada (19-29 puntos) y depresión grave (más de 30 puntos).

Durante la aplicación del instrumento al paciente, se observó que en las sesiones iniciales obtuvo una puntuación de 26, lo que lo ubicaba en la categoría de depresión moderada. Sin embargo, como resultado de las intervenciones terapéuticas y el acompañamiento proporcionado, se logró una disminución significativa en los rasgos depresivos. En la evaluación pos-test, se registró una reducción notable en la puntuación, que ahora fue de 6, lo que posicionó al paciente en el rango de ausencia de depresión. En cuanto a la confiabilidad del inventario, se reportó una consistencia interna medida mediante el coeficiente alfa de Cronbach, con valores que oscilan entre 0.76 y 0.95. Además, la fiabilidad del instrumento se encuentra en torno a un coeficiente de correlación de  $r = 0.80$  (Chacón et al., 2007).

## **Presentación de caso**

### **Información de identificación**

El consultante es un hombre de 39 años, estado civil unión libre, que vive con su hija y su pareja. Actualmente trabaja como vendedor en un Banco.

### **Queja principal**

El paciente acude a tratamiento inicialmente debido a la pérdida del empleo, comenzó a sentirse inseguro e insuficiente, mencionando “Me gustaría de pronto



superar bastantes miedos que tengo últimamente, destruir las barreras mentales que tengo” al indagar al respecto, se evidencia que los temores pueden ser ocasionados por problemas en la infancia, por lo que en el segundo proceso terapéutico se le brinda la recomendación de trabajarlos a lo que el paciente acepta.

## **Historia del problema actual**

El consultante refiere que la sintomatología inicio al momento de quedar en quiebra, manifestando sentimientos de vacío y miedo, acompañados de pensamientos automáticos negativos de inutilidad y fracaso, el consultante relata que desde muy joven ha sentido mucha inseguridad frente a sus capacidades y que considera que al quedar en quiebra es debido a que su madre tenía la razón al decirle “nunca lograras nada”, posteriormente en el segundo proceso terapéutico, pese que el consultante encuentra trabajo se siguen manifestando pensamientos negativos de autodesprecio.

## **Historia familiar y social**

De 0 a 5 años el paciente manifiesta recordar una época feliz junto con su madre y su padre. De los 5 a 10 años indica que recuerda cuando su padre maltrataba a su madre y que lo dejaban a él y a su hermana con unos vecinos al notar que le iban a hacer algo, les dice “no le hagan nada, déjenla y lo que le vayan a hacer háganmelo a mí” ocasionado que fuera abusado sexualmente.

A los 10 hasta los 15 años su papá los abandona y de despedida “me pateo lejos diciéndome no quiero volverlo a ver”, la mamá tenía tres trabajos por lo que ahora él era el responsable de su hermana de 7 años y de sus hermanos gemelos de 8 meses. De los 15 a 20 recuerda como una época en la que era muy rebelde y solo estaba en la calle con sus amigos, empieza a beber mucho licor y culpaba a su mamá de lo ocurrido.

Entre los 20 a 25 la situación sigue igual, a los 22 años nace su hija por lo que decide no ser igual que su padre y empieza a dejar de beber y centrarse más en su familia. De los 25 a 30 menciona que es una época donde tuvo mucho crecimiento tanto personal como laboral, aunque era muy cerrado emocionalmente con su familia y con su pareja estaba mal llegando a serle infiel.

Posteriormente de los 30 a los 35 mejora la relación de pareja crece abruptamente en su economía logrando conseguir su casa y carro, indicando sentir haberlo



logrado todo. Y, por último, de los 35 a la actualidad inicialmente tuvo dificultades económicas, ya que tuvo que liquidar su empresa, menciona sentirse fracasado. Actualmente trabaja como vendedor en un banco, con una notoria mejoría en sus autoesquemas y valía personal.

## **Evaluación del estado mental**

Paciente masculino de 39 años, ingresa a consulta por sus propios medios, con adecuado aseo y vestimenta, edad aparente congruente con edad cronológica, con adecuado contacto ocular, con actitud colaboradora, orientado autopsíquica y alopsíquica, eumnesico, normocinesico, sin ninguna aparente afectación en la senso-percepción, eutimico, euprosexico, con normolalia y sin ninguna aparente afectación en el pensamiento tanto en la forma como en el contenido.

## **Antecedentes**

El paciente refiere que después al abandono de su padre, tuvo que hacerse cargo de sus hermanos, ya que su madre debía trabajar, además el consultante manifestó haber sufrido abusos por parte de su madre ocasionándole desconfianza, baja autoestima y pensamientos de inutilidad y fracaso, todo esto empeora al quedar en quiebra y tener que liquidar su empresa, y perpetuándose al no lograr recuperarse de la quiebra, ocasionando en él pensamientos negativos, sentimientos de culpa y pensando que su madre tenía razón y no lograría nada.

## **Evaluación inicial**

Los resultados tras la evaluación inicial arrojaron en el paciente autoesquemas devaluados, ideas de perfeccionismo e inflexibilidad, desconfianza en las personas, niveles altos de autoexigencia, distorsiones cognitivas como pensamiento arbitrario y mirada de túnel, ya que el consultante solo está centrado en los sucesos que le confirmen su pensamiento de inutilidad y fracaso. En un principio, como impresión diagnóstica desde el CIE 11 (Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud, Onceava Revisión [CIE-11] 1992) fue Z59.8 Otros problemas relacionados con la vivienda y las circunstancias económicas y el Z56.0 Problemas relacionados con el desempleo, no especificados, ya que su queja principal era relacionada con el tema laboral y problemas económicos, después al seguir evaluando se cambia a Z61.8 Problemas relacionados con otras experiencias negativas en la infancia.



## **Formulación de caso**

Se evidencia que el origen principal, son los abusos que vivió por parte de sus padres, ocasionando que el consultante creciera con los autoesquemas devaluados y estándares inflexibles. Posteriormente al quedar en quiebra su empresa aumento la sintomatología del paciente así mismo su propia cognición mantiene el problema, desencadenando en síntomas como tensión muscular, rumiación, pensamientos automáticos negativos (PAN), sudoración y agitación muscular.

En el caso del paciente se evidencian pensamientos de inutilidad y fracaso, desencadenando en un miedo constante al momento de ejercer proyectos o labores que puedan o no demostrar su capacidad, así mismo se evidencian pensamientos de ser poco merecedor o no tener valor, debido a que para el consultante su valía recae en que tan útil puede ser, coincidiendo con sus distorsiones cognitivas

De acuerdo con Beck et al (1985), la ansiedad se entiende como una reacción emocional originada por el miedo, resultado de una evaluación de riesgo basada en experiencias previas y la percepción de una falta de habilidades para enfrentarlas. En el caso del Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG), se origina a partir de esquemas cognitivos desarrollados a lo largo de la vida que, bajo ciertas circunstancias, activan distorsiones cognitivas y Pensamientos Automáticos Negativos (PAN). Esto puede ser desencadenado por imágenes amenazantes o por la percepción de una falta de capacidad para afrontar situaciones a nivel cognitivo.

## **Precipitantes**

Se evidencia que los factores ambientales que detonan la sintomatología del paciente fueron los abusos y maltratos padecidos a causa de sus figuras de apego, aumentando en él la autoexigencia, ideas de perfeccionismos y pensamientos negativos como de inutilidad o fracaso.

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

En situaciones comunes, como búsqueda de empleo o intentar sacar adelante nuevamente su empresa, EL paciente tiene pensamientos automáticos negativos (PAN), de inutilidad o fracaso, llegando a sentir duda y descartando su plan o idea de trabajo, confirmándole dichos pensamientos, generando en él malestar y angustia.



## Visión longitudinal de las cogniciones y los comportamientos

El consultante manifiesta que posteriormente al abandono de su padre, empieza a sufrir abusos y malos tratos por parte de su madre, ocasionando en él una baja autoestima y pensamientos negativos frente a su valía y eficacia, el paciente indica que desde los ocho años tuvo que hacerse cargo no solo de él si no de sus hermanos, debido a que su madre trabajaba, esto ocasiona que sufra de abuso sexual.

Posteriormente al entrar en quiebra su empresa, la sintomatología aumenta ya que el consultante considera que su madre tenía razón al decirle cosas como “eres un inútil, un fracasado o nunca vas a lograr nada” aumentando en él la autoexigencia, el perfeccionismo y los estándares inflexibles, así mismo aumenta el miedo y la inseguridad en sí mismo, ocasionando que no pueda ejecutar los planes planteados para sacar adelante nuevamente la empresa y confirmándole su pensamiento de “mi mamá tenía razón”.

## Esquemas Mal adaptativos Tempranos (EMT).

En el paciente se evidenciaron los siguientes EMT **Abandono/inestabilidad** debido al abandono que sufrió por parte de sus figuras de apego, considera que cualquier persona lo va a abandonar, **Desconfianza/abuso** el paciente desconfía de todas las personas que se acercan a él debido a los abusos vividos, **Privación emocional** el paciente considera que sus necesidades emocionales no serán satisfechas por un otro **Imperfección/vergüenza** considera que es alguien imperfecto o inferior, teniendo sensibilidad a la crítica, **Aislamiento social/alineación** la creencia de no pertenecer ningún grupo Fracaso debido a su creencia de ser inferior al otro y que es inadecuado o imperfecto, **Búsqueda de aprobación/reconocimiento** constante búsqueda de aprobación y aceptación especialmente de su madre, **Subyugación** en el paciente se evidencia tanto de **necesidades** cómo de **emociones** ya que considera que debe ser sumiso ante el otro para no ser lastimado **autosacrificio** el paciente constantemente pone las necesidades de los demás por encima de las propias **Negatividad/pesimismo** generaliza los aspectos negativos tomándolos como verdades absolutas, **Normas inalcanzables** la creencia de que debe sobre esforzarse para poder cumplir estándares internos.

## Distorsiones cognitivas



En el paciente se evidencia **Pensamiento catastrófico** debido a que ve el futuro como algo incierto o viendo solo aspectos negativos, **Abstracción selectiva** el paciente solo selecciona lo que es acorde con su esquema, **maximizando** aspectos negativos y **minimizando** los positivos, **Visión de túnel** el paciente está tan focalizado en conseguir su objetivo que no ve nada más a su alrededor, **Deberías** ya que tiene ideas arraigadas de cómo debe ser y hacer las cosas, todas estas confirmando sus PAN.

## Estilos de afrontamiento

Se evidencia que el consultante manifiesta el estilo de afrontamiento de **Sobrecompensación** ya que él se encuentra luchando contra su esquema, aunque lo está haciendo de manera desadaptativa, terminando en la activación del esquema.

## Auto esquemas

Los autoesquemas son estructuras que determinan la manera en que nuestra cognición, emociones y conducta están entrelazadas, influyendo en cómo interpretamos la información relacionada con nuestra propia identidad (Bootzin, 1985). En el paciente se evidencia que la **Autoestima** se encuentra devaluada por las constantes comparaciones con su padre, la **Autoimagen** devaluada ya que el paciente ha manifestado no sentirse a gusto con su imagen, el **Autoconcepto** devaluado debido que considera que no es una persona eficaz y la **Autoeficacia** devaluado debido a sus constantes pensamientos de incapacidad, inutilidad y fracaso.

## Fortalezas y apoyo.

Como principal red de apoyo se evidencia que son su esposa e hija, pues son los motivos por lo que el paciente desea avanzar, y gracias a ellas decide asistir a terapia y trabajar en los miedos que lo ha afectado durante años.

## Hipótesis de trabajo.

Se evidencia que las circunstancias ambientales que conllevaron a que el paciente estructurara sus creencias fue la crianza ya que constantemente la madre le inculcaba ideas de inutilidad, fracaso, y que no sería capaz de lograr nada, generando la creencia de “soy un inútil” ocasionando además y sobre exigencias para no ser un fracaso.



## Tratamiento y curso.

Se trabajó principalmente desde la terapia de esquemas, ya que aborda los esquemas activos, formados desde la infancia y los estilos de afrontamiento adquiridos en la misma, permitiendo volverlos funcionales en el paciente, además de su efectividad para identificar y modificar patrones de pensamiento, emoción y cognición arraigados desde la infancia.

Por lo tanto, el plan de tratamiento se encuentra centrado en reparentalizar la relación de sí mismo y con sus padres y modificar el estilo de afrontamiento desadaptativo.

**Tabla 2.** Plan de tratamiento para la intervención clínica.

Problema	Objetivo	Técnicas	Sesiones
Esquemas devaluados	Fortalecer los autoesquemas distorsionados del paciente	Diálogo socrático. Psicoeducación. Listado de autorreconocimiento	1 a 6
Apego disfuncional	El paciente conozca y gestione su apego disfuncional.	Psicoeducación. Aplicación de prueba Camir-R. Dialogo socrático Técnica experiencial que resignifique	8 y 9
Resignificación del padre y la madre.	Vivenciar las experiencias tempranas disfuncionales con el padre y la madre, llegando al adulto sano	Diálogo Socrático Técnicas experienciales (lugar seguro, imaginación de la infancia, imaginación que vincula el pasado con el presente) Tarjeta de recordatorio para los esquemas Dialogo entre la parte del esquema y el adulto sano	8 a 19
Cierre del proceso.	Generar prevención de la recaída de los autoesquemas	Diálogo socrático para identificar el avance del paciente. Entrega del kit terapéutico	20

Adaptado de Velásquez, J (2018)



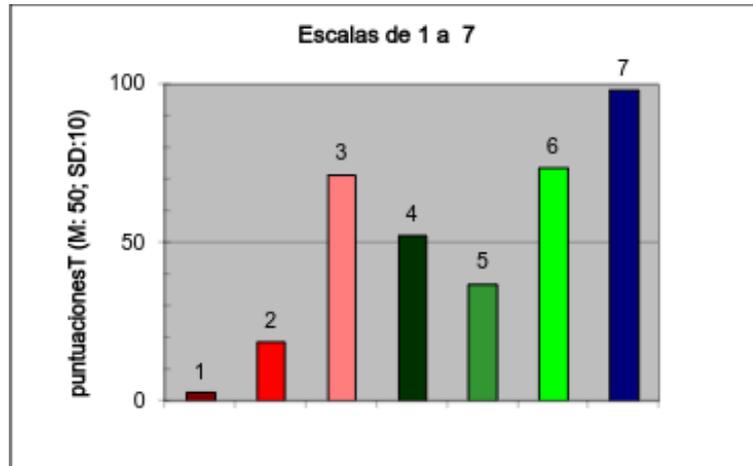
## Resultados de intervención.

Se evidencia que la terapia de esquemas permitió reducir significativamente los síntomas de las experiencias negativas vividas en la infancia, ya que el consultante logró reconocer las situaciones generadoras de la sintomatología, como los abusos y maltratos que sus padres recibieron en su infancia, así como los patrones en el pensamiento y conducta logrando modificarlos, disminuyendo, los miedos referente a su valía y a su capacidad, así como su auto exigencia e ideas de perfeccionismo, siendo más flexible consigo misma y con su hija.

Se observó una mejoría en sus relaciones interpersonales, disfrutando del tiempo para sí mismo y su familia, viendo un aumento en la motivación y disminución en síntomas de anhedonia, adicionalmente se fortaleció en sus auto esquemas y se evidencia mejoría en el reconocimiento y gestión de sus emociones, teniendo adicionalmente reparentalización con sus padres y mejorando la relación consigo mismo y disminución en los EMT que se encontraban activos. Cumpliendo así con las metas terapéuticas propuestas. Sin embargo, se requieren de más sesiones para continuar reparentalizando al paciente y continuar desactivando los EMT, se le brinda al consultante pretest y postest de las pruebas aplicadas

**Figura 1.** Test Camir-R

Escala	med. del sujeto	Estudio n=401 Med.	S.D.	Puntuaciones T del sujeto
	1. Seguridad: disponibilidad y apoyo de las figuras de apego	1,71	4,36	0,56
2. Preocupación familiar	1,00	3,18	0,69	18,5
3. Interferencia de los padres	4,00	2,45	0,72	71,4
4. Valor de la autoridad de los padres	4,33	4,21	0,66	51,9
5. Permisividad parental	1,00	1,88	0,68	36,9
6. Autosuficiencia y rencor hacia los padres	4,50	2,66	0,79	73,5
7. Traumatismo infantil	4,80	1,68	0,65	98,0



Según los resultados de la prueba Camir-R, indican que el paciente tiene una predominancia en las dimensiones siente, seis y tres teniendo mayor relevancia la dimensión siete evidenciando que el consultante tiene un apego desorganizado, esto debido a los abusos y maltratos que vivió en su infancia, generando que el paciente desconfíe de las personas, confusión en sus relaciones alternando entre el apego ansioso y evitativo, debido al temor de ser herido.

**Tabla 3.** BDI Pretest

Pregunte	Puntaje	Pregunta	Puntaje
01	1	12	3
02	2	13	1
03	3	14	1
04	3	15	1
05	1	16	0
06	1	17	1
07	0	18	0
08	1	19	0
09	0	20	0
10	3	21	1
11	3	<b>Total</b>	26

**Tabla 4.** BDI Postest

Pregunta	Puntaje	Pregunta	Puntaje
01	0	12	1
02	0	13	0
03	1	14	0
04	1	15	0



05	0	16	0
06	0	17	1
07	0	18	0
08	0	19	0
09	0	20	0
10	1	21	0
11	1	<b>Total</b>	06

Se evidencia una reducción significativa de la sintomatología asociada a la depresión del consultante pasando de veintiséis (26) puntos calificando con depresión moderada, pasando a puntuar seis (6) puntos que lo clasifica en depresión mínima.

**Tabla 5.** YSQ Pretest

Esquema	Resultados de cuestionario	Preguntas	DS	LI	Media	LS
Deprivación emocional.	40	1 a 9	7.58	8.98	16.56	24.14
Abandono/Inestabilidad.	71	10 a 27	13.83	23.74	37.57	51.4
Desconfianza/Abuso.	83	28 a 44	13.93	23.88	37.81	51.74
Aislamiento social.	38	45 a 54	8.48	12.93	21.41	29.89
Vergüenza/Defectuosiad.	49	55 a 69	9.92	15.58	25.5	35.42
Indeseabilidad social.	27	70 a 78	5.28	10.14	15.42	20.7
Fracaso.	15	79 a 87	5.52	8.49	14.01	19.53
Dependencia/Incompetencia	28	88 a 102	8.3	16.78	25.08	33.38
Vulnerabilidad al daño.	54	103 a 116	10.27	19.06	29.33	39.6
Entrepamiento.	20	117 a 127	7.57	12.02	19.59	27.16
Subyugación.	14	128 a 137	6.41	14.55	21.49	28.43
Autosacrificio.	82	138 a 154	13.55	27.66	41.21	54.76
Inhibición emocional.	48	155 a 163	6.94	14.55	21.49	28.43
Estándares inflexibles.	94	164 a 179	12.11	27.49	39.6	51.71
Egocentrismo/Grandiosidad	48	180 a 190	9.35	17.32	26.67	36.05
Autocontrol/Autodisciplina insuficientes.	53	191 a 205	11.11	22.9	34.01	45.12

**Tabla 6.** YSQ Postest



Esquema	Resultados de cuestionario	Preguntas	DS	LI	Media	LS
Deprivación emocional.	16	1 a 9	7.58	8.98	16.56	24.14
Abandono/Inestabilidad.	32	10 a 27	13.83	23.74	37.57	51.4
Desconfianza/Abuso.	55	28 a 44	13.93	23.88	37.81	51.74
Aislamiento social.	28	45 a 54	8.48	12.93	21.41	29.89
Vergüenza/Defectuosiad.	23	55 a 69	9.92	15.58	25.5	35.42
Indeseabilidad social.	13	70 a 78	5.28	10.14	15.42	20.7
Fracaso.	11	79 a 87	5.52	8.49	14.01	19.53
Dependencia/Incompetencia	19	88 a 102	8.3	16.78	25.08	33.38
Vulnerabilidad al daño.	24	103 a 116	10.27	19.06	29.33	39.6
Entrepamiento.	16	117 a 127	7.57	12.02	19.59	27.16
Subyugación.	15	128 a 137	6.41	14.55	21.49	28.43
Autosacrificio.	39	138 a 154	13.55	27.66	41.21	54.76
Inhibición emocional.	26	155 a 163	6.94	14.55	21.49	28.43
Estándares inflexibles.	61	164 a 179	12.11	27.49	39.6	51.71
Egocentrismo/Grandiosidad	15	180 a 190	9.35	17.32	26.67	36.05
Autocontrol/Autodisciplina insuficientes.	22	191 a 205	11.11	22.9	34.01	45.12

**Tabla 7.** Tabla Comparativa Pretest y Postest YSQ

Esquema	Pretest	Postest
Deprivación emocional.	40	16
Abandono/Inestabilidad.	71	32
Desconfianza/Abuso.	83	55
Aislamiento social.	38	28
Vergüenza/Defectuosiad.	49	23
Indeseabilidad social.	27	13
Fracaso.	15	11
Dependencia/Incompetencia.	28	19
Vulnerabilidad al daño.	54	24
Entrepamiento.	20	16
Subyugación.	14	15
Autosacrificio.	82	39
Inhibición emocional.	48	26
Estándares inflexibles.	94	61
Egocentrismo/Grandiosidad	48	15



Autocontrol/Autodisciplina insuficientes.	53	22
--	----	----

La tabla anterior muestra que los esquemas con mayor puntuación lograron reducirla, como en el caso del esquema de estándares inflexibles logrando bajar de 94 a 61, así mismo se logra observar que los esquemas con puntuaciones bajas aumentaron como en el caso de subyugación pasando de 14 a 15 puntos, pese que es necesario seguir trabajando con el paciente podemos observar que la terapia fue efectiva y que el consultante tuvo una mejoría notoria.

## Discusión.

En cuanto a la viabilidad de intervención del TAG, Fernández (2021), considera a la TCC como un modelo con gran eficacia en el abordaje y tratamiento de este trastorno, aun si se presenta en edades tempranas, siendo que el proceso permitió al consultante identificar los detonantes de su sintomatología ansiosa, que avalan lo expuesto por García (2020) quien expone la TCC como el modelo terapéutico con mayor evidencia científica en el tratamiento del TAG. argumento apoyado por Padilla (2014), quien menciona que la TCC es viable en la intervención con pacientes que presenten TAG, ya sea que exista la presencia de un componente de origen familiar o no.

Garay et al. (2019) subraya la relevancia de abordar el contenido de las preocupaciones en el tratamiento del Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG), tomando como referencia la visión catastrófica de los pensamientos automáticos y las creencias centrales, las cuales están profundamente arraigadas en el paciente debido a experiencias de abuso y negligencia durante la infancia.

Esto posiciona al TAG como un trastorno de evitación experiencial. En este sentido, Pérez y Graña (2019) argumentan que, para facilitar el manejo de la incertidumbre, es esencial trabajar en la modificación de las creencias que alimentan la preocupación, así como en el desarrollo de habilidades que favorezcan el afrontamiento efectivo de situaciones inciertas. Este enfoque refuerza la propuesta de Garay et al. (2019), quien aboga por abordar el TAG mediante protocolos unificados y modelos transdiagnósticos, como la terapia de esquemas. Cotrino et al. (2020) destacan que la terapia de esquemas es uno de los tratamientos más eficaces para reducir el malestar generado por la activación de los esquemas mal



adaptativos tempranos (EMT), observando resultados favorables en intervenciones con pacientes.

Este hallazgo coincide con lo señalado por Durán (2019), quien indica que la activación de los EMT está asociada con un aumento en los síntomas de ansiedad. En su estudio, Durán describe cómo, a través de la terapia de esquemas, se puede mitigar el malestar ocasionado por el TAG, especialmente cuando se integra con técnicas cognitivo-conductuales como la relajación progresiva, la reestructuración cognitiva y el entrenamiento en habilidades sociales.

Así mismo, Morales & Chávez (2021) mencionan que ya sea en la niñez, adolescencia o adultez, las respuestas a la ansiedad se producen a raíz de los sentimientos de aprensión, temor, irritabilidad y afectaciones conductuales, afectando sus áreas de ajuste y la capacidad para la resolución de problemas. Considerando que el trastorno de ansiedad coexiste en los menores y adolescentes con los trastornos del estado de ánimo y considerando a la familia como uno de los principales factores de riesgos para el desarrollo de la enfermedad. Argumento apoyado por Valles (2023), quien resalta la incidencia que tiene la familia como un detonante de la ansiedad en los pacientes, en especial cuando estos son niños; desarrollando un apego inseguro que afectará su posterior desarrollo; siendo en el caso del paciente un apego desorganizado a raíz de las experiencias negativas vividas.

Así mismo Padilla (2014) también resalta la eficacia de la TCC en intervenciones clínicas, cuando se integran estrategias como la relajación, exposición en imaginación guiada, el desarrollo de habilidades sociales. Por su parte Valles (2023), destaca la reestructuración cognitiva como modificador de los pensamientos negativos del paciente, facilitando la reducción de rumiaciones negativas y destaca también las técnicas de relajación progresivas; explicando que en los momentos en que se expone al paciente a la imaginación de sus preocupaciones, las técnicas de relajación favorecen la reducción de la activación de la sintomatología ansiosa. Lo cual concuerda con los resultados obtenidos en los postest aplicados al paciente en donde se evidencia una clara disminución de la sintomatología, que, aunque no es absolutamente positiva si plantea una gran oportunidad de mejoría en el tratamiento.

Al igual que García (2020), el cual enaltece las técnicas de imaginación, debido a que facilita la reducción de la intensidad, periodicidad y duración de las preocupaciones de los pacientes, y la influencia de la relación muscular progresiva



en la reducción de la sintomatología asociada; las habilidades sociales en la interacción con el otro y su entorno, terminando por resaltar la efectividad de la TCC.

Siendo que así mismo Berdazco et al., (2022) destaca que la intervención terapéutica de este modelo favorece la mejoría del paciente y la reducción de las conductas negativas del paciente, incrementando la adherencia al tratamiento facilitando la visualización de diversas posibilidades, permitiendo la identificación de los pensamientos negativos y una respuesta más adecuada a los mismos; destacando al igual que Padilla (2014) la importancia de las habilidades sociales, más concretamente la comunicación asertiva; concordando a su vez con los resultados obtenidos por Pabuena (2019), de cara a la reducción de la sintomatología asociada; remarcado nuevamente el rol que juega la TCC en este abordaje y como brinda al paciente diferentes herramientas para hacer frente de forma más adaptativa a la situación que le aqueja, facilitando alcanzar los logros terapéuticos planteados en la intervención.

## Conclusión

Tanto la terapia de esquemas y la TCC han demostrado ser efectivas para reducir los síntomas de trastorno de ansiedad generalizada (TAG) y aumentar la confianza de los pacientes, lo que facilita un cambio positivo en su bienestar emocional (Smith & Johnson, 2021). Se ha evidenciado una eficacia significativa, debido a que estos enfoques permiten a los pacientes identificar los desencadenantes de su ansiedad y aumentar su autoconfianza (Fernández, 2021; García, 2020). Como se observa en este caso, dado que el paciente tuvo una mejora significativa teniendo una reducción de su sintomatología y aumentando no solo su confianza sino también se evidencia un incremento en sus autoesquemas.

Esto es particularmente importante para quienes tienen antecedentes de abuso o negligencia infantil, ya que abordan tanto los síntomas ansiosos como las creencias disfuncionales que los perpetúan (Garay et al., 2019). La modificación de creencias centrales y la implementación de estrategias de afrontamiento son cruciales para aliviar el malestar asociado al TAG (Pérez & Graña, 2019). La integración de técnicas como la relajación progresiva y la reestructuración cognitiva ha mostrado ser efectiva en la reducción de la activación de la ansiedad, subrayando la importancia de un enfoque terapéutico multidimensional (Duran, 2019; Valles, 2023). No obstante, aunque se observan mejoras significativas, es necesario seguir



investigando la eficacia de protocolos unificados y modelos transdiagnósticos en diversas poblaciones.

Así mismo, estos enfoques terapéuticos han contribuido a disminuir el autosacrificio y los estándares inflexibles, permitiendo a los individuos desarrollar una autoimagen más saludable y mejorar sus relaciones interpersonales (Martínez et al., 2020). Pese al avance del paciente, lo recomendable no solo para mantener estos avances, sino que además estos perduren en el tiempo, es continuar con sesiones de seguimiento que refuercen lo aprendido, así como fomentar prácticas de autoayuda como la atención plena y técnicas de relajación, que han demostrado ser eficaces en la gestión del estrés (González & Pérez, 2022). Además, el desarrollo de habilidades sociales y la creación de una red de apoyo son fundamentales para cultivar un entorno propicio para el cambio y la recuperación (Fernández, 2019).

Por consiguiente, se hace de vital importancia atender las necesidades de la infancia como parte fundamental de la prevención de los problemas en salud mental a largo plazo, dado que las intervenciones tempranas son vitales, debido a que permiten mitigar los efectos negativos de estas necesidades no subsanadas y disminuir los riesgos de padecer trastornos mentales como la ansiedad, tal como lo plantea la investigación sobre los efectos del abuso y la negligencia en la infancia de Kendler et al. (2016), la cual ha revelado consecuencias significativas para la salud mental en la adultez. En un estudio longitudinal, encontraron que las experiencias de abuso y negligencia en la infancia están asociadas con un aumento considerable en la incidencia de trastornos mentales en la edad adulta.

Por lo que es fundamental realizar estudios longitudinales que evalúen la efectividad a largo plazo de la terapia cognitivo-conductual (TCC) y la terapia de esquemas en pacientes con trastorno de ansiedad generalizada (TAG), especialmente en aquellos con antecedentes de abuso y negligencia en la primera infancia. Además, es importante investigar cómo las dinámicas familiares impactan tanto en el desarrollo de la ansiedad como en la efectividad de las intervenciones terapéuticas, por consiguiente, es importante destacar que, aunque la terapia fue efectiva en este caso particular, no se deben recomendar tratamientos basados en un único caso. La generalización de resultados debe basarse en investigaciones más amplias y rigurosas.

También sería valioso explorar la implementación de técnicas específicas, como la imaginación guiada y el desarrollo de habilidades sociales, en diversas edades y grupos demográficos para entender mejor su influencia en el manejo del TAG. Por



último, promover la colaboración interdisciplinaria entre psicólogos, psiquiatras y trabajadores sociales podría enriquecer el enfoque terapéutico y mejorar los resultados para los pacientes.



## References

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

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

Balluerka, N, Lacasa, F, Gorostiaga, A, Muela, A y Pierrehumbert, B (2011). Versión reducida del cuestionario CaMir (CaMir-R) para la evaluación del apego.

Psicothema, 23(3), 486–494. Beck, A. T. Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J. E. y Erbaugh, T. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4, 53-63.

Balluerka, N., Lacasa Saludas, F., Gorostiaga, A., Muela, A., & Pierrehumbert, B. (2011). Versión reducida del cuestionario CaMir (CaMir-R) para la evaluación del apego. *Psicothema*, 23, 486-494.

Barlow, 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.

Berdazco, D; Hernández, A & González, J (2022) Trastorno de ansiedad generalizada. Un estudio de caso desde la terapia cognitivo conductual. *Revista electrónica de psicología Iztacala*, 25 (4), pp. 1419 – 1435.

<https://www.revistas.unam.mx/index.php/repi/article/view/84306>

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.

Castrillon, D; Chaves, L; Ferrer, A; Londoño, N; Maesre, K; Marín, C y Schnitter, M (2005) Validación del Yong Schema Questionnaire Long Form – Second Edition (YSQ – L2) en población colombiana. *Revista Latinoamericana de Psicología*. 37(3) 541-560.

Chacón, V., Muñoz, C. X., Rivas, J. C. y Miranda, C. A. (2007). Estudio descriptivo de la prevalencia de depresión en pacientes con epilepsia que consultan el Hospital



Psiquiátrico Universitario del Valle (HPUV) y la Liga contra la Epilepsia (LCE) en Cali, Colombia. Revista Colombiana de Psiquiatría, XXXVI(1), 31-40.

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

Cotrino, J; Gomez, I, Mendoza, B; Arenas, V; Araque, F; Jaimes, G; López, R & Julio, Y (2020) Psicoterapia basada en la evidencia en caso de trastorno de ansiedad generalizada y trastorno obsesivo compulsivo. Archivos Venezolanos de Farmacología y Terapéutica. 39 (8), pp. 1012 – 1019.

<https://www.redalyc.org/journal/559/55969796014/html/>

Decreto 2376 de 2010 [Ministerio de Salud y Protección social]. Por medio del cual se regula la relación docencia-servicio para los programas de formación de talento humano del área de la salud. 1 de julio de 2010

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&isAllowed=y>

Eftekari, A Y Bakhtiari, M. (2022) Comparación de la eficacia de la terapia de esquemas con la terapia de aceptación y compromiso en la evitación cognitiva en pacientes con trastorno de ansiedad generalizada 10(1) 11-22

[https://jpcp.uswr.ac.ir/browse.php?a\\_id=587&sid=1&slc\\_lang=en&html=1](https://jpcp.uswr.ac.ir/browse.php?a_id=587&sid=1&slc_lang=en&html=1)

Fernández, A. (2019). El papel del apoyo social en la salud mental. Revista de Psicología, 45(2), 123-135.

Fernández, V (2021) Publicación: Abordaje del trastorno de ansiedad generalizada en la adolescencia: una mirada cognitiva – conductual- [Tesis] Fundación Universitaria del Área Andina.

<https://digitk.areandina.edu.co/handle/areandina/5138>

Garay, C; Donatis, S; Ortega, I; Frearí, S; Rosales, G & Koutsovitits, F (2019) Modelos cognitivos – conductuales del trastorno de ansiedad generalizada. Revista de psicología, 15 (29), pp. 7 – 21.

<https://repositorio.uca.edu.ar/bitstream/123456789/9564/1/modelos-cognitivo-conductuales-ansiedad.pdf>



García, A (2020) Evaluación e intervención en un caso de ansiedad generalizada y sintomatología depresiva moderada [Tesis] Universidad De Jaén.

<https://crea.ujaen.es/bitstream/10953.1/14075/1/TFM%20FINAL%20collado.pdf>

Gitta, J. Y Arnoud, A. (2013) Schema Therapy for Personality Disorders: A Review, 6(2), 171-185 10.1521/ijct.2013.6.2.171

González, L., Y Pérez, R. (2022). Mindfulness y su impacto en la ansiedad: una revisión sistemática. *Journal of Anxiety Disorders*, 35(1), 67-80.

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/repj/article/view/85469>

Kendler, K. S., et al. (2016). "The Effects of Child Abuse and Neglect on Adult Mental Health: A Longitudinal Study." *Psychological Medicine*.

Koss, K., Williams, S. C., & Spector, A. (2020). Childhood Neglect and Adult Anxiety: The Role of Adverse Childhood Experiences. *Child Abuse & Neglect*, 108, 104547.

Lacasa, F. Y Muela A. (2014) Guía para la aplicación e interpretación del cuestionario de apego CaMir-R *Psicopatol salud ment.* 24, 83-93

Ley 1090 de 2006. Por la cual se reglamenta el ejercicio de la profesión de Psicología, se dicta el Código Deontológico y Bioético y otras disposiciones. 06 de septiembre de 2006.

<https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=66205>

Martínez, S., López, T., & Sánchez, J. (2020). Terapia de esquemas: un enfoque eficaz en la terapia psicológica. *Psicología Clínica*, 27(4), 201-215.

Morales, M & Chávez, J (2021) Factores de riesgo asociados a la ansiedad en adolescentes escolarizados. Área temática 04. Procesos de aprendizaje y educación. XVI Congreso Nacional de Investigación Educativa.

<https://www.comie.org.mx/congreso/memoriaelectronica/v16/doc/1367.pdf>

Organización Mundial de la Salud (OMS) (1992). Clasificación internacional de las enfermedades. Trastornos mentales y del comportamiento (10ed) [CIE-10]. Meditor.

Pabuena, M (2019) Evaluación e intervención clínica de un paciente con trastorno de ansiedad generalizada desde el modelo cognitivo conductual [Tesis].

Universidad Pontificia Bolivariana.



[https://repository.upb.edu.co/bitstream/handle/20.500.11912/6389/digital\\_38719.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repository.upb.edu.co/bitstream/handle/20.500.11912/6389/digital_38719.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

Padilla, C (2014) Tratamiento cognitivo conductual de una adolescente con trastorno de ansiedad generalizada. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*, 1 (2), pp. 157 – 163.

<https://www.redalyc.org/pdf/4771/477147184007.pdf>

Peeters, N., Passel, B., Y Krans, J. (2021) La eficacia de la terapia de esquemas para pacientes con trastornos de ansiedad, TOC o TEPT: una revisión sistemática y una agenda de investigación 61(3):579–597. doi: 10.1111/bjc.12324  
López, M., Peraire, M., Ramos-Vidal, C., Llorca, G., Julián, M & Pereda, N. (2023) Abuso sexual infantil y consecuencias psicopatológicas en la vida adulta. *Revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil*. 10.31766/revpsij.v40n1a3

Pérez, M & Graña, J (2019) Trastorno de ansiedad generalizada según el modelo de intolerancia a la incertidumbre de Dugas: Caso clínico. *Psicopatología Clínica, Legal y Forense*, 19 (5), 99 – 126. <https://www.masterforense.com/pdf/2019/2019art5.pdf>.

Román, F; Vinet, E y Alarcón, A (2014) Escalas De Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS - 21): Adaptación y propiedades psicométricas en estudiantes secundarios de Temuco. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 23(2), 179-190.

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.

Sábado, J & Monforte, C (2010) Propiedades métricas de la escala de riesgo suicida de Plutchik en profesionales de enfermería. 11° Congreso virtual de psiquiatría.

Smith, J., & Johnson, R. (2021). Efectividad de la TCC en trastornos de ansiedad: un metaanálisis. *Journal of Cognitive Therapy*, 12(3), 45-58.

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=S0120-0534201900030145#:~: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=S0120-0534201900030145#:~:text=La%20escala%20de%20riesgo%20suicida%20Plutchik%20(ERSP)%2C%20es%20una.%26%20Van%20Praag%2C%201989)



Suárez, Y; Placio. J; Caballero, C y Pineda, C (2019) Adaptación, validez de constructo y confiabilidad de la escala de riesgo suicida Plutchik en adolescentes colombianos. *Revista Latinoamericana de Psicología*. 51(3).  
<https://doi.org/10.14349/rlp.2019.v51.n3.1>

UNICEF. (2020). *¿Cuáles son las consecuencias de la violencia en la crianza?*  
<https://www.unicef.org/uruguay/crianza/etapa-escolar/cuales-son-las-consecuencias-de-la-violencia-en-la-crianza>

Valles, M (2023) Estudio de caso sobre el trastorno de ansiedad generalizada [Tesis]. Universidad Europea Madrid.  
[https://titula.universidadeuropea.com/bitstream/handle/20.500.12880/4957/tfm\\_MariaVallesCarrillo.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://titula.universidadeuropea.com/bitstream/handle/20.500.12880/4957/tfm_MariaVallesCarrillo.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

Vázquez, C. y Sanz, J. (1999). Fiabilidad y validez de la versión española del Inventario para la Depresión de Beck de 1978 en pacientes con trastornos psicológicos. *Clínica y Salud*, 10 (1), 59-81.

Virúés, J. & Moreno R. (2008). Guidelines for clinical case reports in behavioral clinical Psychology. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 8(3), 765-777.

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



## About the Authors

**Jorge Velásquez Castrillón** is a philosopher and psychologist with postgraduate training in psychotherapy and is currently a PhD candidate in psychology at the University of San Buenaventura. Currently he has been a professor and researcher at the Politécnico Grancolombiano University Institution for seven (7) years and has experience as a therapist in private practice. His studies focus on eating disorders, transdiagnostic approaches, and schema therapy. Email: [jovelasq@poligran.edu.c](mailto:jovelasq@poligran.edu.c)

**Juliana Marín López** is technician at the Executive Secretariat CENSA, Psychologist from the Politécnico Grancolombiano University Institution, with one and a half (1.5) years of experience in clinical psychology. She has formation regarding the humanization of healthcare from the National Learning Service (SENA), in the Mental Health Gap Action Programme (mhGAP) for Antioquia at the University of Antioquia, and mental health promotion from the National School of Public Health at the University of Antioquia. Additionally, she has completed the course on Self-harm and Suicide Prevention: Empowering Primary Healthcare Professionals, offered by the Pan American Health Organization. Email: [jumarin1@poligran.edu.co](mailto:jumarin1@poligran.edu.co)

**Johnnathan Albeiro Morales Salazar** is a Psychologist from the Politécnico Grancolombiano University Institution, with two (2) years of experience in clinical therapy and one (1) year as an educational psychologist. He has knowledge in Clinical Supervision in Mental Health Interventions, endorsed by the Pan American Health Organization (PAHO); Comprehensive Healthcare for Victims of Sexual Violence, certified by the Politécnico de Colombia; and Humanization of Healthcare from the National Learning Service (SENA). Additionally, he has training in the Mental Health Gap Action Programme (mhGAP) for Antioquia at the University of Antioquia, Mental Health Promotion from the National School of Public Health at the University of Antioquia, and the course on Self-harm and Suicide Prevention: Empowering Primary Healthcare Professionals, offered by the Pan American Health Organization. Email: [jomorales13@poligran.edu.co](mailto:jomorales13@poligran.edu.co)