



Intervention from Cognitive Behavioral Therapy and Schema Therapy in a Patient Who Presents Severe Anxious Symptoms and Devalued Self-schemas Since Childhood: A Single Case Study

Authors: Lina Marcela Molina Ortiz, Silvia Cardona
Submitted: 18. June 2024
Published: 24. June 2024
Volume: 11
Issue: 3
Affiliation: Institución Universitaria Politécnico Grancolombiano
Languages: Spanish, Castilian
Keywords: Case Studies, Evaluation, Interviews, Psychological Treatment
Categories: News and Views, Life Sciences, Humanities, Social Sciences and Law
DOI: 10.17160/josha.11.3.994

Abstract:

This case study aims to show the therapeutic process of a 36-year-old female patient, with anxiety problems and others related to frightening personal experiences in childhood, showing the effectiveness of Cognitive Behavioral Therapy (CBT) and Schema Therapy in the intervention. Twenty-five sessions were carried out in the psychological office of a university institution in Medellín. For the evaluation process, a semi-structured interview, thoughts register, descending arrow, life-line, various diagnostic tests were used; after collecting reports and data, an intervention plan was developed to achieve the therapeutic objectives, based on Cognitive Behavioral Therapy (CBT) and Schema Therapy, showing positive results that helped to minimize the initial discomfort of the patient.

JOSHA

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



Intervención desde la Terapia Cognitiva Conductual y la Terapia de Esquemas en paciente que presenta sintomatología ansiosa severa y autoesquemas devaluados desde la infancia: Estudio De Caso Único - Intervention from Cognitive Behavioral Therapy and Schema Therapy in a Patient Who Presents Severe Anxious Symptoms and Devalued Self-schemas Since Childhood: A Single Case Study

Lina Marcela Molina Ortiz, Silvia Inés Cardona Arcila
scardona@poligran.edu.co

Grancolombiano Polytechnic University, Bogotá, Colombia



Abstract

This case study aims to show the therapeutic process of a 36-year-old female patient, with anxiety problems and others related to frightening personal experiences in childhood, showing the effectiveness of Cognitive Behavioral Therapy (CBT) and Schema Therapy in the intervention. Twenty-five sessions were carried out in the psychological office of a university institution in Medellín. For the evaluation process, a semi-structured interview, thoughts register, descending arrow, life-line, various diagnostic tests were used; after collecting reports and data, an intervention plan was developed to achieve the therapeutic objectives, based on Cognitive Behavioral Therapy (CBT) and Schema Therapy, showing positive results that helped to minimize the initial discomfort of the patient.

Resumen

Este estudio de caso pretende mostrar el proceso terapéutico de una paciente de 36 años de edad, con problemas de ansiedad y otros relacionados con experiencias personales aterradoras en la infancia, mostrando la efectividad de la Terapia Cognitiva Conductual (TCC) y la Terapia de Esquemas en la intervención. Se realizaron 25 sesiones, en el consultorio psicológico de una institución universitaria de Medellín. Para el proceso de evaluación se utilizó la entrevista semiestructurada, registro de pensamientos, flecha descendente, la línea de vida, diversas pruebas diagnósticas; luego de recopilar informes y datos, se procedió a realizar un plan de intervención que permitiera el logro de los objetivos terapéuticos, basado en la Terapia Cognitivo Conductual (TCC) y la de Esquemas, evidenciando resultados positivos que ayudaron a minimizar el malestar inicial de la paciente.

Palabras claves: Estudio de caso, Evaluación, Entrevista, Tratamiento psicológico.



Introducción

El presente artículo se basa en un estudio de caso único realizado en el marco de una práctica clínica en psicología, que tuvo como objetivo brindar las herramientas necesarias a una paciente con sintomatología ansiosa severa, que le permitieran disminuir su malestar. El estudio de caso se plantea desde la Terapia Cognitiva Conductual (TCC) y la Terapia de Esquemas, las cuales brindan al terapeuta y al paciente maneras de organizar y comprender patrones profundos mediante los registros de pensamientos y la identificación de los esquemas disfuncionales tempranos. Es de resaltar que, el modelo cognitivo señala que las emociones, así como los comportamientos de las personas se ven influenciados por la percepción que se tiene de las situaciones (Beck, 2006).

El modelo cognitivo conductual descrito por Clark y Beck (2012) establece que los procesos automáticos son en proporción un número importante y estratégicos que contribuyen en la ansiedad, en la medida en que influyen en los procesos cognitivos, neurofisiológicos y de aprendizaje; a raíz de esto se pretende con la Terapia Cognitiva corregir las valoraciones que se han ido creando a lo largo de la vida tanto de amenazas como de vulnerabilidad, y así dar lugar a la reducción de la sintomatología ansiosa (Clark & Beck, 2012).

Por otro lado, la Terapia de Esquemas permite profundizar en los conceptos cognitivos conductuales tradicionales, integrando múltiples escuelas de terapias y su duración depende del paciente, partiendo de la terapia cognitivo – conductual e introduciendo técnicas emotivas que permitan evidenciar tanto la relación terapeuta – paciente, como los estilos de afrontamiento disfuncionales (Young et al., 2013). Este tipo de terapia ha mostrado también su efectividad en los pacientes con trastornos anímicos y de ansiedad.

Entendiendo que los esquemas son patrones que se forman sobre la realidad para dar respaldo a las percepciones y dar solución a los problemas (Young et al., 2013), se establecen como resultado de experiencias adversas en la infancia y se repiten a lo largo de la vida. Así mismo, debe tenerse en cuenta que, los esquemas pueden ser positivos o negativos, adaptativo o desadaptativo y puede haberse formado en la infancia o adultez (Pérez & Torres, 2016).

Por su parte Young et al., 2013 (citado por Rodríguez, 2009) menciona que la Terapia de Esquemas presenta cinco dimensiones o grupos, cada uno con sus respectivos esquemas desadaptativos tempranos, como se describen a



continuación:

Dimensión I desconexión y rechazo: Se evidencia en personas criadas en ambientes que carecen de alimento, afecto, aprobación y seguridad, suelen ser adultos que asumen que no encontrarán su deseo de amor, aprobación, estabilidad y empatía en la vida (Auiera et al., 2009).

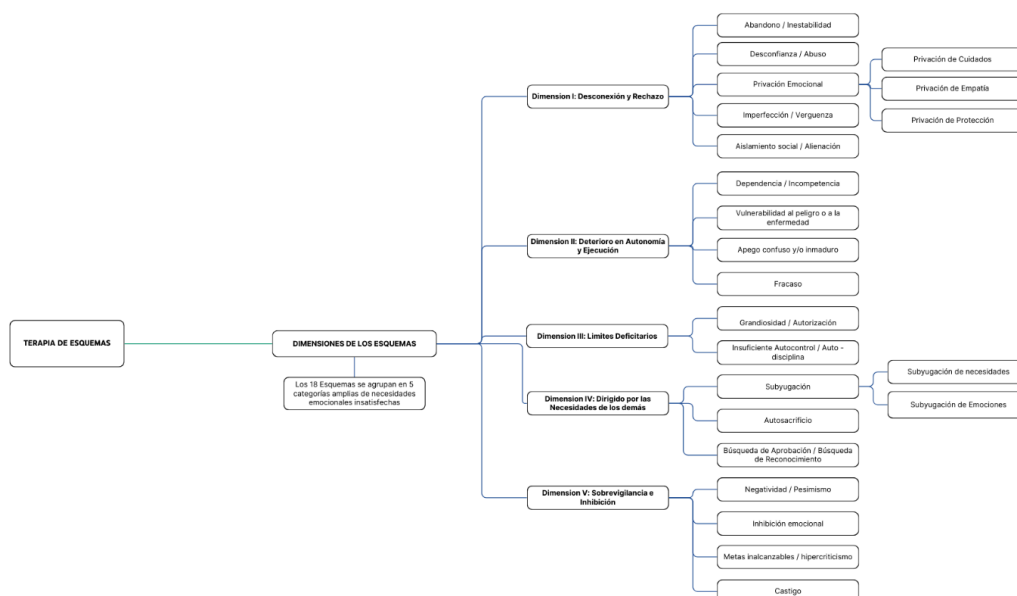
Dimensión II perjuicio en autonomía y desempeño: Se manifiesta en ambientes complejos y sobreprotectores en la infancia, razón por la cual, en la edad adulta, estas personas cuentan con relaciones en las que dependen de manera excesiva de los demás y suelen creer que carecen de las aptitudes para manejar situaciones por sí mismos.

Dimensión III Límites inadecuados: Ante padres o madres condescendientes, se evidencian pacientes que carecen de autodisciplina y con capacidad de tener un sentido de autoridad en sus relaciones con los demás, pueden mostrarse insensibles ante el peligro, así como ante las necesidades y deseos de otras personas.

Dimensión IV tendencia hacia el otro: En este caso el individuo presenta vivencias tempranas donde sus necesidades son secundarias a las de los demás, por lo que en la adultez se preocupan más por los demás y su aceptación, que por las propias necesidades.

Dimensión V sobrevigilancia e inhibición: El paciente muestra excesivo control con altos estándares de exigencia, producto de una crianza basada en el perfeccionismo.

Figura 1. Estructura Terapia De Esquemas.





Adaptado a partir de lo descrito por Young et al., 2013.

Hay que considerar que en la Terapia de Esquemas es importante identificar los modos de esquemas, definidos por Young et al., (2013) como estados emocionales, cognitivos, conductuales y afectivos que se pueden presentar de forma transitoria y activarse continuamente con algún estresor. Los individuos pueden cambiar de modo rápidamente o puede predominar uno de ellos.

Tabla 1. Modelos Desadaptativos de Esquemas

Modos infantiles	Niño vulnerable	Niño Enojado	Niño impulsivo / indisciplinado	Niño Feliz	-----
Modos críticos/ parentales	Ansioso	Culpógeno	Demandante	Punitivo	-----
Modos de afrontamiento	Cómplice rendido (Se somete)	Protector alejado (Escapa)	Automatizador	Sobrecompensador (Lucha contra esquema)	Adulto sano (Regula)

Tomado de Young et al., 2013, pp. 79.

Objetivo General

Presentar el proceso terapéutico de una paciente con sintomatología ansiosa actual que vivenció experiencias personales atemorizantes en la infancia, así como mostrar la efectividad que brinda la Terapia Cognitiva Conductual (TCC) y la Terapia de Esquemas en dicho caso clínico.

Objetivos Específicos

- Evaluar la sintomatología actual y los esquemas disfuncionales de la paciente mediante la aplicación de pruebas psicológicas.
- Desarrollar un plan de intervención psicológico individual, fundamentado en la TCC y la Terapia de Esquemas.
- Profundizar y aplicar el modelo de la TCC que permitan la intervención de la sintomatología ansiosa actual, la falta de amor propio e inseguridad.
- Analizar e implementar la Terapia de Esquemas buscando que la paciente afronte sus esquemas maladaptativos tempranos desde una intervención cognitiva y experiencial.



Diseño

El estudio de caso como metodología de investigación de acuerdo a Macluf et al., (2008) nace de la necesidad o deseo de entender un fenómeno social complejo, puesto que permite a los investigadores detectar las características más representativas y holísticas de los eventos y/o fenómenos de la vida real.

El presente estudio de caso es una intervención objeto de desarrollo de la práctica clínica profesional en psicología llevada a cabo en el consultorio psicológico de una institución universitaria de Medellín, supervisada y asesorada por un profesional experto en el área clínica.

Previo a la construcción de este estudio de caso, se explica a la paciente con documento escrito, del tratamiento que se le daría a la información personal que fuera brindada durante el proceso terapéutico, ella dio su consentimiento para manejar su historia clínica en asuntos académicos y, ante todo, con la protección de sus datos sensibles.

Metodología de evaluación: Materiales y análisis de datos

Los instrumentos utilizados en la intervención con la paciente en la etapa evaluativa del periodo 2023-2 son: la Historia clínica, entrevistas estructuradas y semiestructuradas, la prueba IDARE y BAI.

IDARE: Es un inventario desarrollado por los autores Spielberger, Gorsuch y Lushene (1966), que ayuda a medir dos dimensiones de la ansiedad: Estado y Rasgo. El inventario consta de 20 preguntas, con cuatro opciones de respuesta. La escala permite comprender los niveles de ansiedad del paciente en diferentes circunstancias. Adaptado en su versión española por Díaz-Guerrero, J. (1975).

BAI: Prueba diseñada por Beck A. (1988) que ayuda a evaluar síntomas somáticos de la ansiedad, tanto en desordenes como en cuadros de depresión. La escala consta de 21 preguntas con rangos de puntuación, así: (0-7) nivel mínimo de ansiedad, (8-15) nivel leve de ansiedad, (16-25) nivel moderado de ansiedad, (26-63) nivel severo de ansiedad.

En el periodo 2024-1, se aplicó el **Cuestionario de Esquemas de Young (YSQ-L2)**, que fue concebido por Young y Brown (1994); adaptado en su versión colombiana por Castrillon et al., (2005), el instrumento consta de 205 ítems, con opciones de respuesta tipo Likert del 1 al 6. El cuestionario evalúa dieciséis esquemas,



anteriormente mencionados en este artículo.

Presentación Del Caso

Paciente de género femenino de 36 años, Tecnóloga en Gestión Administrativa, soltera y asistente de diseño. Durante su primera sesión expone el siguiente motivo de consulta: “Sufro de ansiedad, ganas de llorar es como una bobada, me siento cansada, siento una carga” “ante ayer tuve una crisis de taquicardia”, también señala “Mi hermano me llama que no va a ir al trabajo y siento que gran parte de eso me lo alborota, la situación económica y mi hermano”. Se identifican signos y síntomas en la paciente, como: frotarse las manos con regularidad e inquietud motora. En la paciente se identifican pensamientos de desconfianza, creencias como “¿Será que estaré sola siempre?” acompañadas de tristeza, ansiedad y miedo.

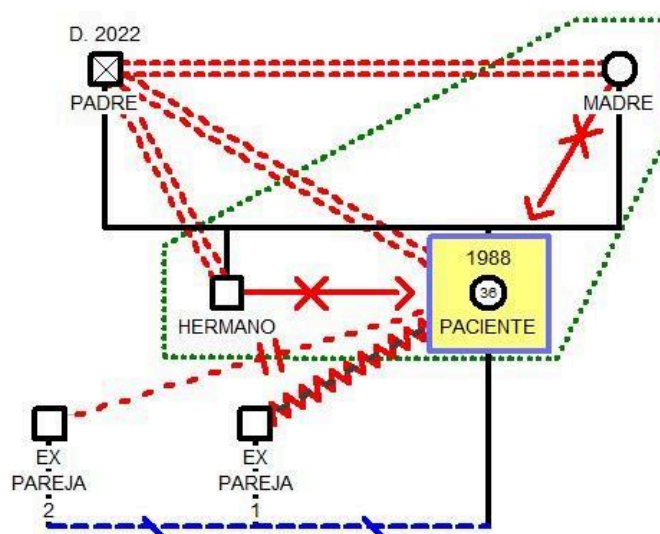
Historia familiar y personal

La paciente manifiesta recordar en su infancia unos abuelos cariñosos con quienes compartía a menudo, pero de los que fue alejada al llegar a Medellín. Cuenta como relevante el nacimiento de su hermano cuando ella tenía entre 8 y 10 años, ya que deseaba tener un hermano para sentirse acompañada, en su relación con él asumió un rol de cuidadora. Asimismo, expresa que con su padre no estableció una buena relación, por cuanto eran maltratados por su parte, y ante lo cual, su madre asumía una actitud sumisa. También manifiesta que fue separada de sus padres y su hermano en la adolescencia, por una crisis económica de su familia, y como consecuencia, tuvo que vivir en casa de su madrina donde también fue maltratada y humillada.

Por otro lado, expone haber tenido que trabajar para ayudar a sus padres, y que tuvo una pareja con la que vivió por 12 años, donde hubo una comunicación deficiente.

Para el momento inicial de consulta, manifiesta vivir con su mamá y hermano de 27 años, con quienes presenta una convivencia conflictiva.

Figura 2. Genograma



Elaborado a partir de la información suministrada por la paciente en la aplicación Genopro 2020.

Evaluación del estado mental

Paciente de género femenino de 36 años, de edad aparente congruente con la edad mental, actitud cooperadora, llegó al consultorio por sus propios medios, vestimenta acorde a su edad y aseo adecuado, de aspecto delgada, no presenta marcas físicas, adecuado contacto ocular, normocinesica. La paciente está orientada autopsíquica y alopsíquicamente. En apertura y motivación al establecer un diálogo, presenta estado de ánimo hipotímico, acompañado de ansiedad y tristeza, alteraciones de sueño, euproséxica, eumnesica, normolalia. Pensamiento en la forma correcta y con ideas negativas y obsesivas.

Evaluación inicial

La impresión diagnóstica en la fase inicial del proceso de evaluación diagnóstica según la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud, Décima Revisión [CIE-10] (1992) fue: Z61.7 Problemas relacionados con experiencias personales atemorizantes en la infancia.

Conceptualización Diagnóstica

A nivel psicológico, presenta sintomatología ansiosa como consecuencias de las relaciones familiares y personales. Se evidencia ideas irracionales sobre su aspecto físico, y relaciones interpersonales que incrementan la inseguridad en la paciente. Igualmente, manifiesta pensamientos automáticos y presenta ideas irracionales



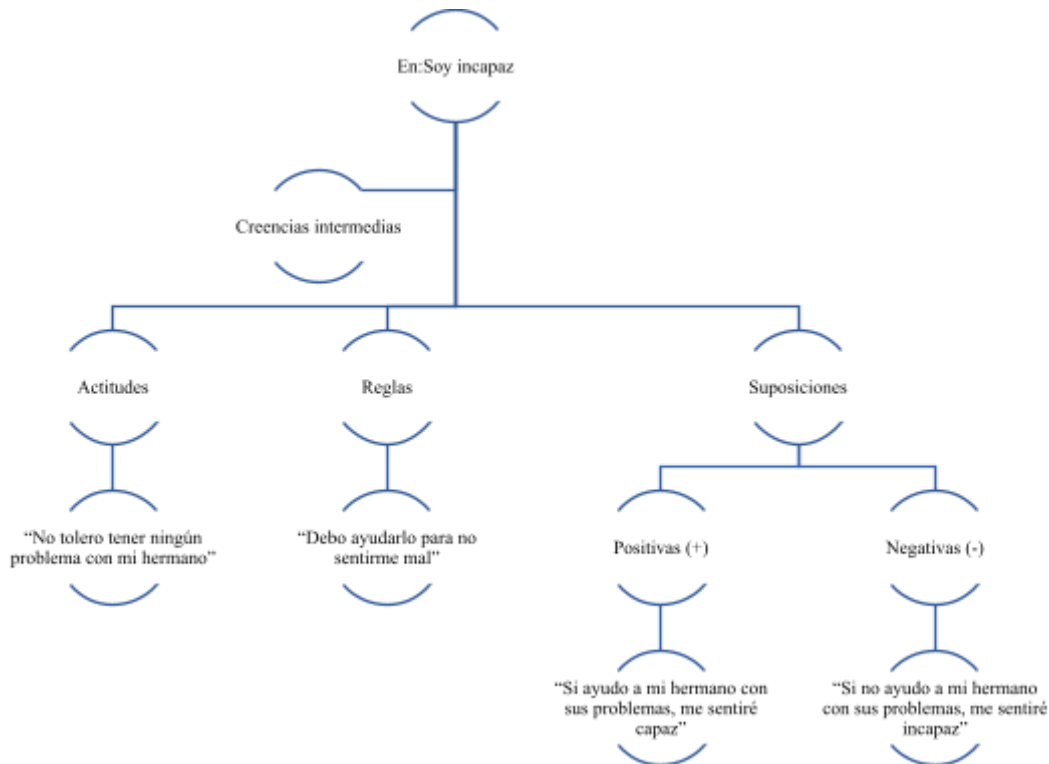
considerando “no soy merecedora de que otras personas hagan cosas por mí”, de esta forma tiene la creencia de ser indigna del amor y el aprecio de los demás si no cumple las expectativas de los otros, pensando que “hay algo malo” en ella. Se evidencian distorsiones cognitivas como, **inferencia arbitraria y visión catastrófica** porque cuando recibe una llamada de su hermano, deduce que él se quedará sin trabajo y que es terrible tal situación porque no sabría qué hacer. **Minimización**, ella todo el tiempo estima no ser bonita y que no tiene cualidades que la hagan merecedora de los favores de los demás. **Deberías**, la paciente al mismo tiempo que sufre por tener que “hacerme cargo con todas las responsabilidades” de su familia, responde con una necesidad de tener que solucionar los problemas de su madre y su hermano para sentirse capaz.

Tabla 2. Diagrama de Conceptualización Cognitiva

Datos relevantes de la infancia Apego ansioso-ambivalente Estilo parental padres autoritarios Experiencias de maltrato		
Creencias (s) nuclear(es) “Soy incapaz”		
Estrategia(s) Compensatoria(s) Evitación		
Situación 1 Llamada del hermano	Situación 2 Problemas con la Ex pareja	Situación 3 “ya me llamó mi mamá”
Pensamiento automático “Ya se va a quedar sin trabajo mi hermano”	Pensamiento automático “Con mi ex pareja todo es lo mismo”	Pensamiento automático “Ella siempre quiere que yo haga lo que ella (mamá) dice”
Significado del P.A (se deriva directamente de la creencia central) “Si no ayudo a mi hermano con sus problemas, me sentiré incapaz”	Significado del P.A (se deriva directamente de la creencia central) “Me siento incapaz de resolver los problemas con mi ex pareja”	Significado del P.A(se deriva directamente de la creencia central) “Me siento incapaz de poner límites a mi madre”
Emoción Miedo	Emoción Tristeza	Emoción Tristeza/Enojo
Comportamiento Llanto	Comportamiento Llanto	Comportamiento Llanto

Construido a partir de lo mencionado por la paciente adoptando los planteamientos dados en el esquema de terapia cognitivo conductual descrito por Beck (2000)

Figura 3. Esquema Nuclear (En) y la Creencia Intermedia



Construido a partir de lo mencionado por la paciente adoptando los planteamientos dados en el esquema de terapia cognitivo conductual descrito por Beck (2000)

Además, se observan en la paciente estrategias de afrontamiento (propuestas por Lazarus y Folkman, 1986, citados por Macías et al., 2013): recursos dirigidos al problema y afrontamiento centrados en la emoción, donde se encuentran estrategias de evitación, ya que cada vez que se le presentan las dificultades, su manera de actuar es querer dormir o no salir, intentando ocultar o disimular las reacciones de los esquemas y reforzamiento indiscriminado en lo interpersonal, asumiendo una actitud de no desear hablar con nadie.

Tabla 3. Estrategias de Perpetuación Esquemática de la Paciente

Sesgos Confirmatorios	La percepción de la paciente siempre será hacia los pensamientos anticipatorios negativos y generalizados, lo que la lleva a confirmar que “mi hermano siempre me llama para lo mismo, ya se quedó sin trabajo”
Heurísticos	Anclaje: “Mi hermano no cambia, él siempre es igual”

Construido a partir de lo mencionado por la paciente adoptando los planteamientos dados en el esquema de terapia cognitivo conductual descrito por Beck, J (2000)

Tabla 4. Cuadro descriptivo de los esquemas de la paciente



Dominio del esquema	Esquema activado	Evidencia en la paciente	Modos infantiles	Modos parentales	Estrategia de afrontamiento
Desconexión y rechazo	Abandono	Se evidencia apego inseguro ambivalente, abuso psicológico y físico, familia abandonica.	Niño Vulnerable	Castigador / Critico	Cómplice rendido Protector alejado (evitación) Sobrecompensación
Desconexión y rechazo	Desconfianza /abuso	Tiene la percepción de que la pueden herir.	Niño Vulnerable	Castigador / Critico	Cómplice rendido
Autonomía y desempeño deficiente	Vulnerabilidad al daño	Presenta fragilidad ante el posible daño físico o emocional que pueda recibir de las otras personas.	Niño Vulnerable	Exigente	Cómplice rendido Protector alejado (Evitación)
Desconexión y rechazo	Deprivación emocional	Tiene la creencia de que no va a encontrar soporte emocional en otros y se priva de cuidado, además no comparte con otros sus sentimientos y hay una carencia de protección, dirección o guía de los demás.	Niño Enfadado	Castigador / Critico	Sobrecompensación
Desconexión y rechazo	Aislamiento social	Falta de interacción social, lo que le lleva a experimentar el	Niño Vulnerable	Castigador / Critico	Rendición y Protector alejado (Evitación)



		sentimiento de soledad.			
Sobrevigilancia e inhibición	Inhibición emocional	Tendencia a mantener oculto lo que siente.	Niño Vulnerable	Castigador / Critico	Cómplice rendido. Protector alejado (evitación)

Construido a partir de lo mencionado por la paciente.

Tabla 5.
Tratamiento y Curso

Problemática	Objetivo	Estrategias	Sesiones
Evaluación	-Conocer el motivo de consulta. -Recolectar información relevante del caso. -Diligenciar documentación.	Entrevista estructuradas y semiestructuradas. Se aplican las pruebas BAI e IDARE	1-3
Autoesquemas devaluados	Identificar con la paciente los autoesquemas devaluados, reconociendo cuales son los pensamientos automáticos que surgen respecto a su autoconcepto e imagen, buscando que ella los identifique y así pueda trabajar y fortalecerlas.	-Ventana de Johari. -Técnica del espejo: Plantearnos preguntas frente a un espejo. -El sorteo de auto regalos: Tiene como finalidad fomentar el autocuidado, auto respeto. -Carta a sí misma.	4,5,6
Ansiedad	Exponer a la paciente estrategias para el manejo de la ansiedad.	-Psicoeducación en ansiedad. -Técnicas de respiración diafragmática y de relajación. -Reestructuración Cognitiva. -Entrenamiento en resolución de Problemas -Desensibilización de autocontrol. -Hábitos de vida saludable.	7,8,9
Pensamientos negativos	Trabajar pensamientos anticipatorios catastróficos. Así	Reestructuración cognitiva:	10,11



<p>Creencias nucleares de indefensión: “Soy incapaz”, “Soy inútil”, “Soy incompetente”</p>	<p>como los pensamientos obsesivos y negativos, con el fin de que la paciente obtenga más seguridad sobre sí misma y en sus relaciones familiares e interpersonales.</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Registro de pensamientos. -Flecha descendente. -Diálogo socrático. -Enjuiciar los pensamientos. <p>Psicoeducación sobre su estructura cognitiva, sus creencias disfuncionales y sus distorsiones cognitivas.</p>	
<p>Conflictos familiares</p>	<p>Fortalecer las habilidades comunicativas en la paciente, de manera que cuente con herramientas de escucha y de expresión de sus pensamientos, de manera clara y respetuosa sin que ella tenga que sentirse culpable dentro de sus relaciones familiares y personales.</p>	<p>Psicoeducación en Habilidades comunicativas y resolución de problemas.</p> <p>Distracción del Pensamiento: Fortalecer en la paciente la capacidad para dejar de lado los pensamientos producto de la ansiedad que le genera las relaciones familiares.</p>	<p>12,13,14</p>
<p>Desconfianza hacia otros</p>	<p>Enseñar a la paciente a identificar pensamientos negativos y distorsionados relacionados con la desconfianza y a reemplazarlos por pensamientos más realistas y equilibrados.</p> <p>Resignificación de experiencias pasadas donde hubo pérdida de la confianza.</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Reestructuración cognitiva. -Realizar un escrito sobre sí misma donde exprese todas sus sensaciones y experiencias vividas ya sean de tristeza y alegría, en la familia y pareja. -Activación Conductual. -Técnicas de respiración. 	<p>15,16</p>
<p>Cierre</p>	<p>Hacer cierre del proceso psicoterapéutico individual periodo 2023-2.</p>	<p>Caja de herramientas: Se relacionarán las prácticas de autocuidado que promuevan una tranquilidad física y mental en la paciente, para que se aumente así</p>	<p>17</p>



		la posibilidad de sentirse bien.	
SEGUNDO SEMESTRE			
Evaluación	-Conocer el estado actual de su motivo de consulta. -Recolectar información relevante del caso. -Diligenciar documentación.	Entrevistas estructuradas y semiestructuradas.	1-2
Evaluación	Revisar esquemas activadores	Realizar la prueba YSQ-L2	3-4
Abandono/ inestabilidad	Identificar con la paciente los esquemas maladaptativos tempranos en su infancia, para que sea consciente de ellos y pueda hacer frente a sus situaciones externas e internas buscando una mejor comprensión de ellas.	-Técnicas diálogos imaginarios con los padres. Mediante estos diálogos, la paciente se afirma ante un padre o ante cualquier otra persona significativa de su infancia, lo que tranquiliza y conforta al niño vulnerable. -Tarjetas recordatorio. -Reparentalización.	5-7
Deprivación emocional	Enseñar a la paciente a reconocer las emociones que le producen situaciones traumáticas de la infancia y así conceptualizar los esquemas y su papel en el momento actual.	Técnica experiencial: Escribir una carta a uno de los padres o a la persona que haya generado la situación traumática o el esquema temprano inadaptado.	7-9
Indeseabilidad social	Conseguir que la paciente reconozca sus miedos y trabaje en el objetivo de superarlos, con el fin de que se pueda construir en ella un modo de niño sano.	Revisión de la evidencia que contradice el esquema: La paciente construye o encuentra información positiva (por ejemplo, "sí que puedo") que contradiga el esquema tratado.	10-13
Cierre	Hacer cierre del proceso psicoterapéutico individual.	Kit Terapéutico	14

Adaptado de Velásquez, J. (2018)



Resultados

Al inicio del proceso 2023-2, se dio aplicación al test Inventario de Ansiedad de Beck (BAI), donde presentó una puntuación de 38 puntos, donde presentaba un resultado de nivel de ansiedad severo.

Tabla 6. Resultados inventario de ansiedad de Beck [BAI]

No. Pregunta	Total
1	1
2	2
3	2
4	1
5	2
6	0
7	3
8	2
9	3
10	2
11	3
12	0
13	2
14	3
15	0
16	3
17	1
18	3
19	1
20	2
21	2
Total	38

Tabla 6.1. Interpretación BAI

0 – 7	Nivel mínimo de ansiedad
8 – 15	Nivel leve de ansiedad
16 – 25	Nivel moderado de ansiedad
26 – 63	Nivel grave de ansiedad

También, se dio aplicación al Inventario Autoevaluativo de Ansiedad Rasgo Estado (IDARE), los resultados de dichas pruebas mostraron que la paciente obtuvo una puntuación de 53 en la escala de ansiedad como rasgo, lo que indicaba un nivel



alto de ansiedad en su tendencia general. Además, en la prueba de ansiedad como estado, la paciente obtuvo un resultado de 50, lo que también reflejaba un nivel alto de ansiedad en ese momento específico.

Tabla 7. Resultados inventario autoevaluativo de ansiedad rasgo – estado [IDARE]

Estado Parte A		Estado Parte B	
No. Pregunta	Respuesta	No. Pregunta	Respuesta
3	2	1	2
4	3	2	3
6	2	5	2
7	1	8	2
9	2	10	2
12	2	11	2
13	3	15	2
14	1	16	3
17	3	19	2
18	3	20	2
Total	22	Total	22
Rasgo Parte A		Rasgo Parte B	
No. Pregunta	Respuesta	No. Pregunta	Respuesta
22	2	21	2
23	3	26	3
24	3	27	4
25	1	30	2
28	4	33	2
29	3	35	2
31	2	39	2
32	2		
34	4		
35	3		
37	3		
38	4		
40	3		
Total	36	Total	18

Tabla 7.1. Total Resultados IDARE

Total	
Resultado Estado	44
Resultado Rasgo	54



Por tanto, la paciente en la etapa inicial del proceso terapéutico experimentaba niveles significativos de ansiedad tanto en su tendencia general como en su estado emocional, lo que permitió dar un diagnóstico de *F41.1. Trastorno de ansiedad generalizada*, con base al CIE – 10 (OMS, 1992).

Posteriormente en el 2024-1 se aplicó el Cuestionario YSQ-L2:

Tabla 8. Resultados Cuestionario YSQ

Esquema	Resultados de cuestionario	Preguntas	DS	LI	Media	LS
Deprivación emocional.	43	1 a 9	7.58	8.98	16.56	24.14
Abandono/Inestabilidad.	68	10 a 27	13.83	23.74	37.57	51.4
Desconfianza/Abuso.	46	28 a 44	13.93	23.88	37.81	51.74
Aislamiento social.	24	45 a 54	8.48	12.93	21.41	29.89
Vergüenza/Defectuosiad.	17	55 a 69	9.92	15.58	25.5	35.42
Indeseabilidad social.	22	70 a 78	5.28	10.14	15.42	20.7
Fracaso.	10	79 a 87	5.52	8.49	14.01	19.53
Dependencia/Incompetencia.	20	88 a 102	8.3	16.78	25.08	33.38
Vulnerabilidad al daño.	18	103 a 116	10.27	19.06	29.33	39.6
Entrepamiento.	12	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.	41	138 a 154	13.55	27.66	41.21	54.76
Inhibición emocional.	11	155 a 163	6.94	14.55	21.49	28.43
Estándares inflexibles.	40	164 a 179	12.11	27.49	39.6	51.71
Egocentrismo/Grandiosidad.	14	180 a 190	9.35	17.32	26.67	36.05
Autocontrol/Autodisciplina insuficientes.	25	191 a 205	11.11	22.9	34.01	45.12

Los resultados del cuestionario YSQ-L2 revelan que los esquemas activos en la paciente y que presentan mayor puntuación con relación a la media, son los siguientes:

- **Abandono/inestabilidad:** Se refleja un nivel de 68 en esta área. Se observa en la paciente ante la poca seguridad que demuestra en la relación con lo demás, el temor a ser abandonada y sentir que las personas cercanas no serán capaces de continuar dándole soporte emocional o protección.
- **Desconfianza y Abuso:** Se identifica un nivel de 46 en esta área. La paciente tiene la creencia de que todas las personas la van a perjudicar, que abusaran de ella y la humillaran, la engañaran, le mentirán y la manipularan buscando beneficiarse de ella.



- **Privación Emocional:** Se evidencia un nivel de 43 en esta categoría. La paciente tiene como expectativa que el propio deseo de apoyo emocional no será debidamente satisfecho por los demás.
- **Indeseabilidad social:** Presenta un nivel de 22, la paciente piensa que está aislada del mundo, tiene la idea de ser diferente de las demás personas o de no pertenecer a ningún grupo o comunidad.

Contrario a lo anterior, los resultados de la prueba YSQ-L2 que presentan puntuaciones bajas con relación a la media, son los siguientes: *vulnerabilidad al daño, entrapamiento, subyugación, inhibición emocional y egocentrismo / Grandiosidad*, que también son visibles en la paciente y que ella emplea como estrategia de evitación por compensación. Es decir, la paciente compensa un esquema temprano en la medida en que busca pensar, sentir, actuar y relacionarse con los demás de forma opuesta al esquema.

Ahora bien, en la última sesión con la paciente del periodo 2024-1, se le realiza Post- Test de los Inventario de Ansiedad Rasgo Estado (IDARE) e Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) para así comparar el cambio en la sintomatología de la ansiedad experimentada como se muestra, a continuación:

En cuanto a la aplicación del Postest del BAI, se logró encontrar un avance significativo en la paciente, donde redujo su puntuación a 3, siendo esta un nivel mínimo de ansiedad.

Tabla 9. Resultados inventario de ansiedad de Beck [BAI] - Postest

No. Pregunta	Total
1	0
2	0
3	0
4	1
5	0
6	1
7	0
8	0
9	0
10	0
11	0
12	0
13	0
14	0



15	0
16	0
17	0
18	1
19	0
20	0
21	0
Total	3

Por su parte en el postest del cuestionario IDARE, se encontró igualmente una reducción significativa en cuanto a la ansiedad como rasgo siendo ahora de 29 y la ansiedad como estado de 27; ofreciendo valores bajos en ambos casos referente a la ansiedad.

Tabla 10. Resultados inventario autoevaluativo de ansiedad rasgo – estado [IDARE] - Postets

Estado Parte A		Estado Parte B	
No. Pregunta	Respuesta	No. Pregunta	Respuesta
3	2	1	3
4	1	2	4
6	1	5	4
7	1	8	2
9	2	10	4
12	1	11	4
13	1	15	4
14	1	16	4
17	2	19	3
18	1	20	4
Total	13	Total	36
Rasgo Parte A		Rasgo Parte B	
No. Pregunta	Respuesta	No. Pregunta	Respuesta
22	1	21	4
23	2	26	4
24	4	27	4
25	1	30	4
28	1	33	4
29	1	35	4
31	3	39	3
32	1		
34	1		



35	1		
37	1		
38	3		
40	1		
Total	21	Total	27

Tabla 10.1. Total Resultados IDARE – Postest

Total	
Resultado Estado	27
Resultado Rasgo	29

Tabla 11. Comparativa IDARE & BAI

Prueba	Resultados	
	Pretest 2023-2	Pos test 2024-1
BAI	38 =Nivel grave ansiedad	3 =Nivel mínimo de ansiedad
IDARE	54= Alto Ansiedad como rasgo 53= Alto Ansiedad como estado	29= Bajo Ansiedad como rasgo 27= Bajo Ansiedad como estado

Conforme a lo anterior, se puede concluir que, se presentaron cambios notables en la disminución de la severidad de los síntomas de ansiedad experimentados por la paciente en la segunda evaluación, lo que indica una mejora en la efectividad del proceso durante las distintas sesiones.

Conclusión

En este caso, la paciente manifestó presentar no solo con su entorno familiar sino también con sus parejas sentimentales, una sintomatología de frustración, tristeza, inseguridad, confusión, sentimiento de soledad y a nivel fisiológico, síntomas estomacales, los cuales fueron producto de los problemas relacionados con experiencias personales y atemorizantes en la infancia (Z61.1), por cuanto durante el proceso psicológico, la paciente relaciona cómo vivió en un entorno hostil y de difícil convivencia desde su niñez, que le generaron emociones negativas que influyeron en su cognición, autoconcepto y le dificultaron con el tiempo, su tranquilidad y relaciones tanto personales como familiares.

Por otro lado, debe tenerse en cuenta que, de acuerdo con la teoría de Young et al., (2013) se identificó en la paciente esquemas maladaptativos tempranos del dominio de desconexión y rechazo, que nos confirman el diagnóstico brindado y que reflejan las deficiencias en su ambiente temprano, específicamente en la familia



nuclear. Así mismo, de acuerdo con las pruebas aplicadas se observó en la paciente los modos del niño abandonado, abusado y privado, como el modo del padre castigador /crítico, ya que internaliza el padre que lo castiga por ser “malo”. Los modos de afrontamientos que se evidencia son: modo de niño rendido, pasivo, desamparado que deja que los demás lo controlen. Lo anterior, por cuanto se identifica en la paciente la selección de parejas que no pueden comprometerse, abusadoras y maltratadoras, evita confiar en alguien, además de las situaciones sociales y los grupos.

Actualmente, se observa en la paciente disminución de síntomas iniciales de ansiedad por los que consultó, manifestando sentirse capaz de realizar sus labores diarias y una mejor relación con ella y sus familiares. Además, la paciente señala que se siente con más tranquilidad, que el proceso le ha ayudado en la toma de decisiones trascendentales de su vida y refiere tener más herramientas para los momentos en los que presenta ansiedad, sentirse con más seguridad, más capacidad en la toma de decisiones asertivas y evidenciar un cambio notable en ella con relación a las consultas iniciales.

Es de resaltar que, si bien en una primera parte del tratamiento con la Terapia Cognitiva Conductual aplicada en la paciente se presentó una mejoría considerable en su ansiedad toda vez que se logró corregir algunas de las ideas que había creado a lo largo de su vida, la aplicación adicional de la terapia de esquemas en la segunda parte de su tratamiento ayudó con la identificación de los esquemas maladaptativos tempranos, y que la paciente internalizara esos esquemas que fueron adquiridos en la infancia y que trabajara de manera más consciente en los problemas que le aquejaban.

En conclusión, se puede deducir que, si bien la paciente contó con experiencias negativas durante su infancia y en sus relaciones de pareja anteriores que, tuvieron un impacto significativo de su comportamiento, que intensificaron sus síntomas de ansiedad y la devaluación de sus autoesquemas, afectando su capacidad para relacionarse en su entorno familiar, personal y laboral, con el proceso terapéutico, la paciente logró reconocer y trabajar en sus dificultades, lo que se exteriorizó en su manera de comunicarse y establecer límites, generando cambios positivos y significativos en su vida.

Discusión

En el caso concreto se pudo evaluar la eficacia de aplicar en conjunto las Terapias



Cognitivas de segunda y tercera generación para la reducción de los síntomas de ansiedad y el fortalecimiento de los autoesquemas de la paciente.

Cabe destacar que, el establecimiento de una sólida alianza terapéutica permitió la recolección de información idónea para elaborar un plan de tratamiento adecuado y efectivo para la paciente. Así mismo, se puede indicar que, un ambiente de confianza durante el proceso terapéutico permitió una actitud colaborativa de la paciente en todo el proceso, lo que dio lugar a que, el momento de la terapia se convirtiera en un lugar seguro para ella y así pudiera abrirse a la experiencia y resignificar algunas vivencias de su infancia, como de sus relaciones afectivas actuales.

Este estudio demuestra que, la combinación de la Terapia Cognitivo Conductual y la Terapia de Esquemas muestran mayor eficacia en el tratamiento de una persona que presenta sintomatología ansiosa asociada a experiencias atemorizantes de la infancia. Haber seguido estos modelos de terapia permitieron conseguir los objetivos encaminados a que la paciente tuviera estrategias para manejar su malestar aplicando las diferentes técnicas cognitivas y experienciales.

Es de anotar que, en la actualidad, no contamos con suficientes estudios que tengan en cuenta intervenciones enfocadas en los esquemas desadaptativos tempranos y la terapia de esquemas; sin embargo, los estudios de casos como el expuesto en el presente artículo, evidencian que estas intervenciones son más efectivas en la evolución del paciente.



References

Aguilera-Sosa, V. R., Leija-Alva, G., Rodríguez-Choreño, J. D., Trejo-Martínez, J. I., & López-de la Rosa, M. R. (2009). Evaluación de cambios en Esquemas Tempranos Desadaptativos y en la antropometría de mujeres obesas con un tratamiento cognitivo conductual grupal. *Revista colombiana de psicología*, 18(2), pp. 157-166. <https://www.redalyc.org/pdf/804/80412409005.pdf>

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5ed)*. Washington DC.

Beck, A., & Steer, R. (2011). *Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)*. Pearson Educación, S.A. <https://www.cop.es/uploads/PDF/2013/BAI.pdf>

Beck, J (2000) *Terapia cognitiva, conceptos básicos y profundización*. Editorial Gedisa Mexicana, S.A.

Beck, J. S. (2006). *Terapia Cognitiva Conceptos Básicos y Profundización*. Barcelona: Gedisa.

Castrillon, D., Chaves, L., Ferrer, A., Londoño , N., Maestre, K., Marin , C., & Schnitter, M. (2005). Validación del young schema questionnaire long form - second edition (ysq - l2) en población colombiana. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 37 (3) pp. 541-560. <https://www.redalyc.org/pdf/805/80537307.pdf>

Castrillon, D; Chaves, L; Londoño, N; Maestre, K; Marín, C; Schinitter, M (2005) Validación del Yong Schema Questionnaire Long From – Second Edition (YSQ – L2) en población colombiana. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 37 (3), pp. 541 – 560. <https://www.redalyc.org/pdf/805/80537307.pdf>

Clark, D. A., & Beck, A. T. (2012). *Terapia Cognitiva para Trastornos de Ansiedad*. Bilbao: Desclée De Brouwer, S.A.

Cortese, E. N. (2004). *Manual de Psicopatología y Psiquiatría*. Argentina: Librería Técnica de Nobuko.

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

Fernández-Marcos, T., Calero-Elvira, A., & Santacreu, J. (2014). *Un Caso de Ansiedad Generalizada o un Problema de Asertividad: el Análisis Funcional como*



Herramienta Clave para Fijar el Plan de Tratamiento. Casos Clínicos en Salud Mental, pp. 1-19.

Gorsuch, R., Lushene, R., & Spielberger, C. (1970). Idare - inventario de la ansiedad rasgo - estado (versión en estañol del stai [state - trait anxiety inventory]). Mexico d.f.

Leon , A., Salazar, A., & Puerta, D. (2013). Esquemas Maladaptativos Tempranos en sujetos con Organización de Significado Personal Depresiva. Katharsis, 99-120. Dialnet-EsquemasMaladaptativosTempranosEnSujetosConOrganiz-5527443.pdf

Lopez Pell, A. F., Cid Colom, J., Obst Camerini, J., Rondon, J. M., Alfano, S. M., & Cellerino, C. (2011). Guías Esquemáticas de Tratamiento de los Trastornos de la Personalidad para Profesionales, desde el modelo de Young, Klosko y Wheishar. Prensa Médica Latinoamericana, pp. 83-115.

Macías, M; Madariaga, C; Valle, M; Zambrano, J (2013) Estrategias de afrontamiento individual y familiar frente a situaciones de estrés psicológico. Psicología desde el Caribe, 30 (1), pp. 123 – 145. <https://www.redalyc.org/pdf/213/21328600007.pdf>

Macluf, J. E., Delfín Beltrán, L. A., & Gutiérrez González, L. (2008). El estudio de caso como estrategia de investigación en las ciencias sociales. <https://www.uv.mx/iiesca/files/2012/12/estudio2008-1.pdf>

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

Organización Panamericana de la Salud. (2008). Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud. <https://ais.paho.org/classifications/chapters/pdf/volume1.pdf>

Perez, L., & Torres, A. M. (2016). Desarrollo de los esquemas maladaptativos tempranos en madres adolescentes de un CAR. Avances en psicología. 24(2), pp. 167-174. <https://doi.org/10.33539/avpsicol.2016.v24n2.152>

Rodríguez Vilchez, E. (2009). La terapia centrada en esquemas de Jeffrey Young. Avances en Psicología. 17(1), pp. 59-74. <https://revistas.unife.edu.pe/index.php/avancesenpsicologia/article/view/1908>

Sánchez Meca, J., Rosa Alcázar, A. I., & Olivares Rodriguez, J. (1999). Las técnicas cognitivo-conductuales en problemas clínicos y de salud: meta-análisis de la



literatura española. *Psicothema*, 641-654.

Siabato Macías , E. F., & Salamanca Camargo, Y. (2016). Abordaje de un Caso desde la Terapia Centrada en Esquemas. Barranquilla, Colombia. Obtenido de <https://manglar.uninorte.edu.co/bitstream/handle/10584/7479/1049620018.pdf?sequence=3&isAllowed=y>

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

Torres Bravo, L. M. (s.f.). Incidencia de los esquemas mal adaptativos tempranos del área de las relaciones interpersonales en la satisfacción sexual en adultos jóvenes de la ciudad de Medellín. Medellín. Obtenido de <https://bibliotecadigital.usb.edu.co/server/api/core/bitstreams/65dbd19d-1184-4184-8d70-d480c07c1db6/content>

UNESCO. (1977). TESAURO DE LA UNESCO. Obtenido de <https://vocabularies.unesco.org/browser/thesaurus/es/>

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

Watson, D., Clark, L., & Stasik, S. M. (2011). Emotions and the emotional disorders: A quantitative hierarchical perspective. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, pp. 429-442.

Young, J. E., Klosko, J. S., & Weishaar, M. E. (2013). *Terapia de Esquemas. Guía Práctica*. España: Desclee de Brouwer S.A.

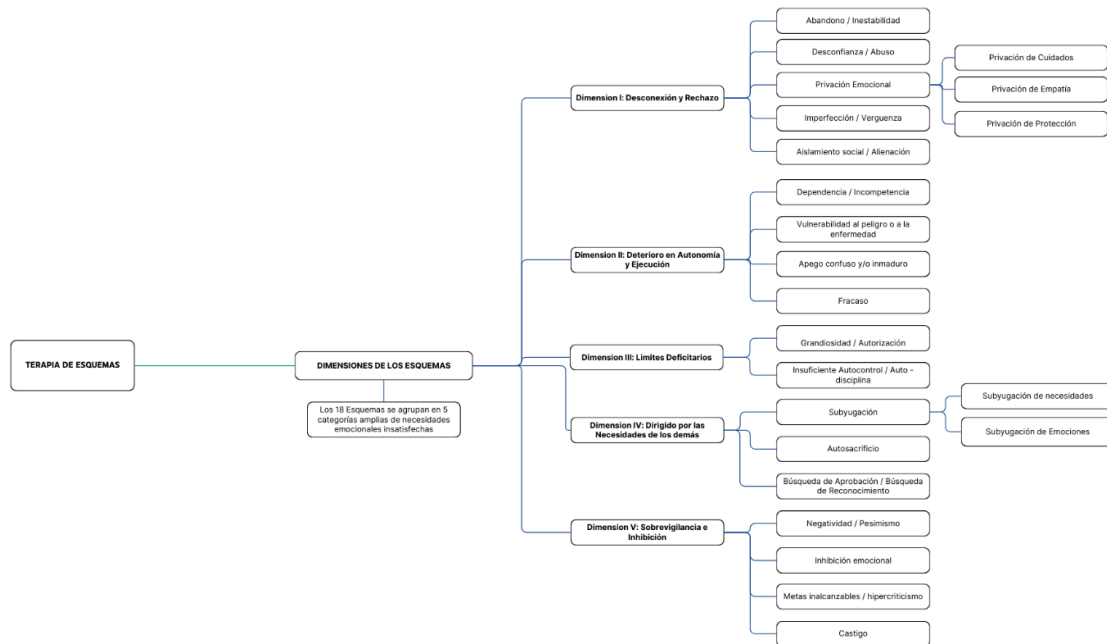
Young, J., & Klosko, J. (2001). *Reinventar tu vida - Cómo superar las actitudes negativas y sentirse bien de nuevo*. Nueva York: Paidós.



Anexos.

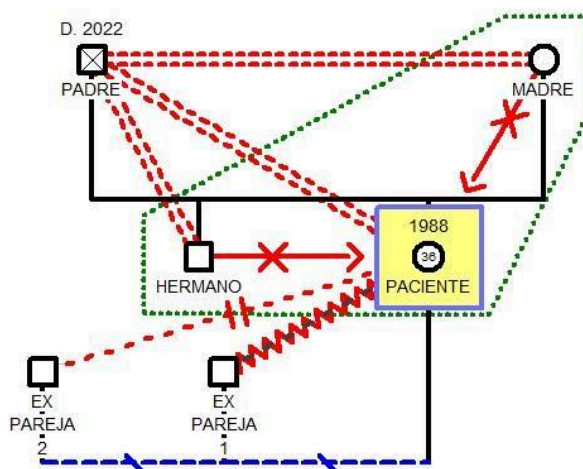
Figuras.

Figura 1. Estructura Terapia De Esquemas.



Adaptado a partir de lo descrito por Young et al., 2013.

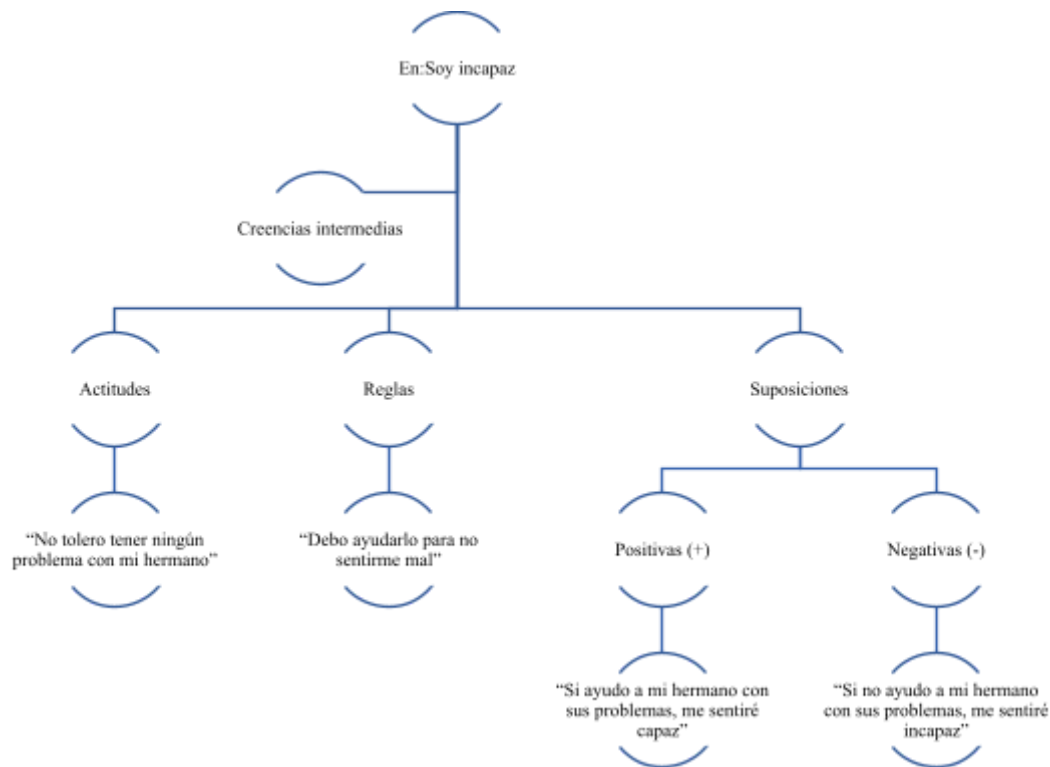
Figura 2. Genograma



Elaborado a partir de la información suministrada por la paciente en la aplicación Genopro 2020.



Figura 3. Esquema Nuclear (En) y la Creencia Intermedia



Construido a partir de lo mencionado por la paciente adoptando los planteamientos dados en el esquema de terapia cognitivo conductual descrito por Beck, J (2000)

Tablas.

Tabla 1. Modelos Desadaptativos de Esquemas

Modos infantiles	Niño vulnerable	Niño Enojado	Niño impulsivo / indisciplinado	Niño Feliz	-----
Modos críticos/ parentales	Ansioso	Culpógeno	Demandante	Punitivo	-----
Modos de afrontamiento	Cómplice rendido (Se somete)	Protector alejado (Escapa)	Automatizado r	Sobrecompensador (Lucha contra esquema)	Adulto sano (Regula)

Tomado de Young et al., 2013, pp. 79.

Tabla 2. Diagrama de Conceptualización Cognitiva



Datos relevantes de la infancia Apego ansioso-ambivalente Estilo parental padres autoritarios Experiencias de maltrato		
Creencias (s) nuclear(es) “Soy incapaz”		
Estrategia(s) Compensatoria(s) Evitación		
Situación 1 Llamada del hermano	Situación 2 Problemas con la Ex pareja	Situación 3 “ya me llamó mi mamá”
Pensamiento automático “Ya se va a quedar sin trabajo mi hermano”	Pensamiento automático “Con mi ex pareja todo es lo mismo”	Pensamiento automático “Ella siempre quiere que yo haga lo que ella (mamá) dice”
Significado del P.A (se deriva directamente de la creencia central) “Si no ayudo a mi hermano con sus problemas, me sentiré incapaz”	Significado del P.A (se deriva directamente de la creencia central) “Me siento incapaz de resolver los problemas con mi ex pareja”	Significado del P.A(se deriva directamente de la creencia central) “Me siento incapaz de poner límites a mi madre”
Emoción Miedo	Emoción Tristeza	Emoción Tristeza/Enojo
Comportamiento Llanto	Comportamiento Llanto	Comportamiento Llanto

Construido a partir de lo mencionado por la paciente adoptando los planteamientos dados en el esquema de terapia cognitivo conductual descrito por Beck, J (2000)

Tabla 3. Estrategias de Perpetuación Esquemática de la Paciente

Sesgos Confirmatorios	La percepción de la paciente siempre será hacia los pensamientos anticipatorios negativos y generalizados, lo que la lleva a confirmar que “mi hermano siempre me llama para lo mismo, ya se quedó sin trabajo”
Heurísticos	Anclaje: “Mi hermano no cambia, él siempre es igual”

Construido a partir de lo mencionado por la paciente adoptando los planteamientos dados en el esquema de terapia cognitivo conductual descrito por Beck, J (2000)

Tabla 4. Cuadro descriptivo de los esquemas de la paciente

Dominio del esquema	Esquema activado	Evidencia en la paciente	Modos infantiles	Modos parentales	Estrategia de afrontamiento
Desconexión y rechazo	Abandono	Se evidencia apego inseguro	Niño Vulnerable	Castigador / Critico	Cómplice rendido Protector



		ambivalente , abuso psicológico y físico, familia abandonónica.			alejado (evitación) Sobrecompensación
Desconexión y rechazo	Desconfianza/abuso	Tiene la percepción de que la pueden herir.	Niño Vulnerable	Castigador / Critico	Cómplice rendido
Autonomía y desempeño deficiente	Vulnerabilidad al daño	Presenta fragilidad ante el posible daño físico o emocional que pueda recibir de las otras personas.	Niño Vulnerable	Exigente	Cómplice rendido Protector alejado (Evitación)
Desconexión y rechazo	Deprivación emocional	Tiene la creencia de que no va a encontrar soporte emocional en otros y se priva de cuidado, además no comparte con otros sus sentimientos y hay una carencia de protección, dirección o guía de los demás.	Niño Enfadado	Castigador / Critico	Sobrecompensación
Desconexión y rechazo	Aislamiento social	Falta de interacción social, lo	Niño Vulnerable	Castigador / Critico	Rendición y Protector alejado



		que le lleva a experimentar el sentimiento de soledad.			(Evitación)
Sobrevigilancia e inhibición	Inhibición emocional	Tendencia a mantener oculto lo que siente.	Niño Vulnerable	Castigador / Crítico	Cómplice rendido. Protector alejado (evitación)

Construido a partir de lo mencionado por la paciente.

Tabla 5.

Tratamiento y Curso

Problemática	Objetivo	Estrategias	Sesiones
Evaluación	-Conocer el motivo de consulta. -Recolectar información relevante del caso. -Diligenciar documentación.	Entrevista estructuradas y semiestructuradas. Se aplican las pruebas BAI e IDARE	1-3
Autoesquemas devaluados	Identificar con la paciente los autoesquemas devaluados, reconociendo cuales son los pensamientos automáticos que surgen respecto a su autoconcepto e imagen, buscando que ella los identifique y así pueda trabajar y fortalecerlas.	-Ventana de Johari. -Técnica del espejo: Plantearnos preguntas frente a un espejo. -El sorteo de auto regalos: Tiene como finalidad fomentar el autocuidado, auto respeto. -Carta a sí misma.	4,5,6
Ansiedad	Exponer a la paciente estrategias para el manejo de la ansiedad.	-Psicoeducación en ansiedad. -Técnicas de respiración diafragmática y de relajación. -Reestructuración Cognitiva. -Entrenamiento en resolución de Problemas -Desensibilización de autocontrol.	7,8,9



		-Hábitos de vida saludable.	
Pensamientos negativos Creencias nucleares de indefensión: “Soy incapaz”, “Soy inútil”, “Soy incompetente”	Trabajar pensamientos anticipatorios catastróficos. Así como los pensamientos obsesivos y negativos, con el fin de que la paciente obtenga más seguridad sobre sí misma y en sus relaciones familiares e interpersonales.	Reestructuración cognitiva: -Registro de pensamientos. -Flecha descendente. -Diálogo socrático. -Enjuiciar los pensamientos. Psicoeducación sobre su estructura cognitiva, sus creencias disfuncionales y sus distorsiones cognitivas.	10,11
Conflictos familiares	Fortalecer las habilidades comunicativas en la paciente, de manera que cuente con herramientas de escucha y de expresión de sus pensamientos, de manera clara y respetuosa sin que ella tenga que sentirse culpable dentro de sus relaciones familiares y personales.	Psicoeducación en Habilidades comunicativas y resolución de problemas. Distracción del Pensamiento: Fortalecer en la paciente la capacidad para dejar de lado los pensamientos producto de la ansiedad que le genera las relaciones familiares.	12,13,14
Desconfianza hacia otros	Enseñar a la paciente a identificar pensamientos negativos y distorsionados relacionados con la desconfianza y a reemplazarlos por pensamientos más realistas y equilibrados. Resignificación de experiencias pasadas donde hubo pérdida de la confianza.	-Reestructuración cognitiva. -Realizar un escrito sobre sí misma donde exprese todas sus sensaciones y experiencias vividas ya sean de tristeza y alegría, en la familia y pareja. -Activación Conductual. -Técnicas de respiración.	15,16
Cierre	Hacer cierre del proceso psicoterapéutico individual	Caja de herramientas: Se relacionarán las prácticas	17



	periodo 2023-2.	de autocuidado que promuevan una tranquilidad física y mental en la paciente, para que se aumente así la posibilidad de sentirse bien.	
SEGUNDO SEMESTRE			
Evaluación	-Conocer el estado actual de su motivo de consulta. -Recolectar información relevante del caso. -Diligenciar documentación.	Entrevistas estructuradas y semiestructuradas.	1-2
Evaluación	Revisar esquemas activadores	Realizar la prueba YSQ-L2	3-4
Abandono/ inestabilidad	Identificar con la paciente los esquemas maladaptativos tempranos en su infancia, para que sea consciente de ellos y pueda hacer frente a sus situaciones externas e internas buscando una mejor comprensión de ellas.	-Técnicas diálogos imaginarios con los padres. Mediante estos diálogos, la paciente se afirma ante un padre o ante cualquier otra persona significativa de su infancia, lo que tranquiliza y conforta al niño vulnerable. -Tarjetas recordatorio. -Reparentalización.	5-7
Deprivación emocional	Enseñar a la paciente a reconocer las emociones que le producen situaciones traumáticas de la infancia y así conceptualizar los esquemas y su papel en el momento actual.	Técnica experiencial: Escribir una carta a uno de los padres o a la persona que haya generado la situación traumática o el esquema temprano inadaptado.	7-9
Indeseabilidad social	Conseguir que la paciente reconozca sus miedos y trabaje en el objetivo de superarlos, con el fin de que se pueda construir en ella un modo de niño sano.	Revisión de la evidencia que contradice el esquema: La paciente construye o encuentra información positiva (por ejemplo, "sí que puedo") que contradiga el esquema tratado.	10-13



Cierre	Hacer cierre del proceso psicoterapéutico individual.	Kit Terapéutico	14
--------	---	-----------------	----

Adaptado de Velásquez, J. (2018)

Tabla 6. Resultados inventario de ansiedad de Beck [BAI]

No. Pregunta	Total
1	1
2	2
3	2
4	1
5	2
6	0
7	3
8	2
9	3
10	2
11	3
12	0
13	2
14	3
15	0
16	3
17	1
18	3
19	1
20	2
21	2
Total	38

Tabla 6.1. Interpretación BAI

0 – 7	Nivel mínimo de ansiedad
8 – 15	Nivel leve de ansiedad
16 – 25	Nivel moderado de ansiedad
26 – 63	Nivel grave de ansiedad

Tabla 7. Resultados inventario autoevaluativo de ansiedad rasgo – estado [IDARE]

Estado Parte A	Estado Parte B
----------------	----------------



No. Pregunta	Respuesta	No. Pregunta	Respuesta
3	2	1	2
4	3	2	3
6	2	5	2
7	1	8	2
9	2	10	2
12	2	11	2
13	3	15	2
14	1	16	3
17	3	19	2
18	3	20	2
Total	22	Total	22
Rasgo Parte A		Rasgo Parte B	
No. Pregunta	Respuesta	No. Pregunta	Respuesta
22	2	21	2
23	3	26	3
24	3	27	4
25	1	30	2
28	4	33	2
29	3	35	2
31	2	39	2
32	2		
34	4		
35	3		
37	3		
38	4		
40	3		
Total	36	Total	18

Tabla 7.1. Total Resultados IDARE

Total	
Resultado Estado	44
Resultado Rasgo	54

Tabla 8. Resultados Cuestionario YSQ

Esquema	Resultados de cuestionario	Preguntas	DS	LI	Media	LS
Deprivación emocional.	43	1 a 9	7.58	8.98	16.56	24.14



Abandono/Inestabilidad.	68	10 a 27	13.83	23.74	37.57	51.4
Desconfianza/Abuso.	46	28 a 44	13.93	23.88	37.81	51.74
Aislamiento social.	24	45 a 54	8.48	12.93	21.41	29.89
Vergüenza/Defectuosiad.	17	55 a 69	9.92	15.58	25.5	35.42
Indeseabilidad social.	22	70 a 78	5.28	10.14	15.42	20.7
Fracaso.	10	79 a 87	5.52	8.49	14.01	19.53
Dependencia/Incompetencia.	20	88 a 102	8.3	16.78	25.08	33.38
Vulnerabilidad al daño.	18	103 a 116	10.27	19.06	29.33	39.6
Entrepamiento.	12	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.	41	138 a 154	13.55	27.66	41.21	54.76
Inhibición emocional.	11	155 a 163	6.94	14.55	21.49	28.43
Estándares inflexibles.	40	164 a 179	12.11	27.49	39.6	51.71
Egocentrismo/Grandiosidad.	14	180 a 190	9.35	17.32	26.67	36.05
Autocontrol/Autodisciplina insuficientes.	25	191 a 205	11.11	22.9	34.01	45.12

Tabla 9. Resultados inventario de ansiedad de Beck [BAI] - Postest

No. Pregunta	Total
1	0
2	0
3	0
4	1
5	0
6	1
7	0
8	0
9	0
10	0
11	0
12	0
13	0
14	0
15	0
16	0
17	0
18	1
19	0
20	0
21	0
Total	3



Tabla 10. Resultados inventario autoevaluativo de ansiedad rasgo – estado [IDARE] - Postets

Estado Parte A		Estado Parte B	
No. Pregunta	Respuesta	No. Pregunta	Respuesta
3	2	1	3
4	1	2	4
6	1	5	4
7	1	8	2
9	2	10	4
12	1	11	4
13	1	15	4
14	1	16	4
17	2	19	3
18	1	20	4
Total	13	Total	36
Rasgo Parte A		Rasgo Parte B	
No. Pregunta	Respuesta	No. Pregunta	Respuesta
22	1	21	4
23	2	26	4
24	4	27	4
25	1	30	4
28	1	33	4
29	1	35	4
31	3	39	3
32	1		
34	1		
35	1		
37	1		
38	3		
40	1		
Total	21	Total	27

Tabla 10.1. Total Resultados IDARE – Postest

Total	
Resultado Estado	27
Resultado Rasgo	29

Tabla 11. Comparativa IDARE & BAI



Prueba	Resultados	
	Pretest 2023-2	Pos test 2024-1
BAI	38 =Nivel grave ansiedad	3 =Nivel mínimo de ansiedad
IDARE	54= Alto Ansiedad como rasgo 53= Alto Ansiedad como estado	29= Bajo Ansiedad como rasgo 27= Bajo Ansiedad como estado



About the Author

Principal Author: Silvia Inés Cardona Arcila

Silvia Inés Cardona Arcila is a final semester student at the Grancolombiano Polytechnic University Institution. She holds technical studies in early childhood education from CENSA and has knowledge in school neuroscience, self-harm and suicide prevention, the ability to promote mental health, and the humanization of healthcare.



Secondary Author: Lina Marcela Molina Ortiz

Lina Marcela Molina Ortiz is a psychologist with a master's degree in Clinical Psychology. She is currently a university professor and clinical practice supervisor at the Grancolombiano Polytechnic University Institution. Additionally, she provides individual psychotherapeutic support in her private clinical practice.