



Effectiveness of Jeffrey Young's Schema-focused Therapy and Aaron Beck's Cognitive Behavioral Therapy in a Patient with Mixed Anxiety-depressive Disorder and Fibromyalgia

Authors: Jorge Alberto Velásquez Castrillón, Yurany Valencia Posada
Submitted: 2. August 2023
Published: 29. August 2023
Affiliation: Grancolombiano Polytechnic, Medellín, Colombia
Languages: Spanish, Castilian
Keywords: Schema Therapy, Cognitive Therapy, Anxiety, Depression, Fibromyalgia, Terapia de esquemas, terapia cognitiva, ansiedad, depresión, fibromialgia.
Categories: News and Views, Life Sciences, Humanities, Social Sciences and Law

Abstract:

This study aims to show the effectiveness for applying Jeffrey Young schemes therapy, and therapy applied in a case with a patient with mixed anxiety and depression disorder and fibromyalgia. The evaluation phase was performed through a free clinical interview during 4 sessions, during which one the Beck anxiety inventory, the Beck depression inventory, the pain scale, the YSQ.L2 were applied. The intervention phases were carried out during 10 sessions lasting one hour each. During the intervention cognitive techniques were applied (Beck, 1960), such as: cognitive restructuring, Socratic dialogue and self-registration, behavioral, experiential and emotional techniques. At the end of the process, the same tests previously mentioned were applied, evidencing significant effectiveness by decreasing scores of ill adaptive schemes, anxiety symptoms, depression.

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



Efectividad de la terapia centrada en esquemas de Jeffrey Young y la terapia cognitivo conductual de Aaron Beck en una paciente con trastorno mixto de ansiedad y depresión y fibromialgia (análisis de caso)

Jorge Alberto Velásquez Castrillon, Yurany Valencia Posada

yuravalenciap@gmail.com

Grancolombiano Polytechnic, Colombia, Medellin

Abstract

This study aims to show the effectiveness for applying Jeffrey Young schemes therapy, and therapy applied in a case with a patient with mixed anxiety and depression disorder and fibromyalgia. The evaluation phase was performed through a free clinical interview during 4 sessions, during which one the Beck anxiety inventory, the Beck depression inventory, the pain scale, the YSQ.L2 were applied. The intervention phases were carried out during 10 sessions lasting one hour each. During the intervention cognitive techniques were applied (Beck, 1960), such as: cognitive restructuring, Socratic dialogue and self-registration, behavioral, experiential and emotional techniques. At the end of the process, the same tests previously mentioned were applied, evidencing significant effectiveness by decreasing scores of ill adaptive schemes, anxiety symptoms, depression.



Resumen

Este estudio pretende mostrar la efectividad de aplicar la terapia de esquemas terapia de Jeffrey Young y la terapia en un caso con de una paciente con trastorno mixto de ansiedad y depresión y fibromialgia. La fase de evaluación se realizó por medio de entrevista clínica libre durante 4 sesiones, durante estas se aplicó el inventario de ansiedad de Beck, el inventario de depresión de Beck, la escala del dolor, el YSQ.L2. Las fases de intervención se llevaron a cabo durante 10 sesiones con duración de una hora cada una. Durante la intervención se aplicaron técnicas cognitivas (Beck, 1960), tales como: reestructuración cognitiva, dialogo socrático y auto registros, conductuales, experienciales y emotivas. Al finalizar el proceso se aplicaron las mismas pruebas anteriormente mencionados, evidenciando efectividad significativa al disminuir puntajes de esquemas mal adaptativos, síntomas de ansiedad, depresión.

Palabras clave: Schema therapy, cognitive therapy, anxiety, depression, fibromyalgia: Terapia de esquemas, terapia cognitiva, ansiedad, depresión, fibromialgia.



Introducción

La terapia centrada en esquemas es un modelo desarrollado por Jeffrey Young (1999), este modelo consiste en identificar los esquemas mal adaptativos que se generan en la infancia y la adolescencia al no cubrir las necesidades emocionales básicas. El objetivo de la aplicación pretende generar estrategias de afrontamiento adaptativas que le permitan al paciente mejorar su calidad de vida resignificando las experiencias asociadas a emociones negativas, no solo desde la cognición si no también desde lo emotivo. Jeffrey Young propone este modelo como complemento a la terapia cognitivo conductual.

Jeffrey Young (1999) Las necesidades emocionales básicas se clasifican en 5 categorías: 1. Vínculos seguros con los demás, 2. Autonomía, competencia y sentido de identidad. 3. Libertad para expresar necesidades y emociones válidas. 4. Espontaneidad y juego. 5. Límites realistas y autocontrol. Cuando los padres o cuidadores no pueden cubrir estas necesidades los rasgos caracterológicos y la etapa del desarrollo infantil y adolescente generan insatisfacción significativa originando esquemas mal adaptativos que se perpetúan en la etapa adulta.

Jeffrey Young (1999) El modelo propone 18 esquemas que se agrupan en 5 dominios: Dominio 1. Desconexión y rechazo; abandono e inestabilidad, desconfianza/abuso, privación emocional, imperfección/vergüenza, aislamiento social/alineación. Este dominio se refiere a la carencia protección, cuidadores distantes que no permiten compartir emociones y sentimientos.

Dominio 2: Autonomía y ejecución; dependencia e incompetencia, vulnerabilidad al daño, dependencia emocional, fracaso. Este dominio se presenta cuando los cuidadores o familias son sobreprotectores, de manera que el niño no se le permite la confianza y la independencia para actuar por sí solo.

Dominio 3: Límites insuficientes; grandiosidad/autoridad, insuficiente autocontrol/autodisciplina. Existe una deficiencia en los límites del niño, carencia en la supervisión lo que genera dificultades en cuestión al cumplimiento de la norma.

Dominio 4: Necesidad de los demás; subyugación, autosacrificio, aprobación/reconocimiento. Se sacrifican las necesidades propias con el fin de satisfacer las de los demás para obtener aprobación.

Dominio 5: Sobrevigilancia e inhibición; negatividad, pesimismo, inhibición emocional, metas inalcanzables/hipercriticismo, castigo. Se anula la espontaneidad a fin de cumplir exigencias rígidas, lo que puede desencadenar autoexigencia.



Estos esquemas se presentan en el paciente mediante estados emocionales y estrategias de afrontamiento, los cuales pueden ser adaptativos o mal adaptativos. Dentro del modelo se tienen en cuenta 10 tipos de modos que se clasifican en cuatro categorías: 1. modo infantil; niño impulsivo, niño enojado, niño enojado y niño feliz, 2. modos parentales/críticos; punitivo, ansioso, culpogeno, 3. adulto sano, 4. modos de afrontamiento; rendición, sobrecompensación y evitación.

El proceso terapéutico se llevó a cabo en tres etapas; 1. Etapa de evaluación (Sesión 1,2,3 y 4): se realiza entrevista clínica libre, esta consiste en recopilar información sobre la paciente, tal como: estructura familiar, experiencias significativas desde la infancia hasta la actualidad, desarrollo de las etapas evolutivas, identificación los esquemas mal adaptativos, estrategias de afrontamiento y aplicación de pruebas al iniciar el y al finalizar el proceso.

2. Etapa de diagnóstico y devolución (Sesión 5): Se analiza la información recopilada por medio de una conceptualización clínica, dónde se tiene en cuenta el motivo de consulta, la demanda, las expectativas del paciente y los criterios diagnósticos con base al DSM-5. En esta etapa se realiza una devolución dónde se le explica al paciente los hallazgos encontrados y se le expone el plan de intervención.

3. Etapa de intervención (Sesión 6 a la 16): En esta etapa se utilizan diferentes técnicas que ayuden al paciente a generar modos de afrontamiento adaptativos a su vida actual y a reconciliarse con los modos infantiles y parentales.

En las estrategias de abordaje utilizadas en la etapa de intervención se utilizan; técnicas cognitivas, técnicas experienciales, técnicas conductuales e interpersonales.

Las técnicas cognitivas se enfocan en debatir el pensamiento y en evaluar las evidencias que comprueben su objetividad.

Las técnicas experienciales consisten en aplicar técnicas de imaginación y dialogo que permiten la confrontación parental o de figuras significativas de la infancia que no cubrieron las necesidades emocionales básicas, por consiguiente, se facilita la expresión emocional y se reconfortan en cierto grado los modos infantiles o parentales.

Las técnicas conductuales tienen como objetivo sustituir estrategias de afrontamiento mal adaptativo y se aplican con tareas conductuales que se realizan por fuera de las sesiones.



A nivel interpersonal se cuida la relación paciente- terapeuta, dónde este cubre parcialmente las necesidades emocionales no cubiertas del paciente, sirviendo como referente del modo adulto sano o adaptativo.

La fibromialgia es una patología que se caracteriza por dolor musculoesquelético, generando síntomas como insomnio, ansiedad, depresión, malestar psicológico provocando comorbilidad con varias patologías que afectan de manera significativa la calidad de vida de los pacientes. (Paola, 2021)

Diseño

La estudiante que desarrolla el estudio se encuentra en 9° semestre de pregrado en Psicología, siendo esta su segunda práctica en el área de psicología clínica y realizó una profundización en la terapia de esquemas de Jeffrey Young mediante un diplomado ofertado por el Instituto Mexicano de Terapia de Esquemas.

Este estudio fue desarrollado en el consultorio de psicología de la Institución universitaria del Politécnico Grancolombiano.

Método

Materiales y análisis de datos

La fase de evaluación se llevó a cabo de la 1° a la 4° sesión, esta se realizó por medio de entrevistas clínicas libres, además se aplicaron los siguientes pre y post test: inventario de ansiedad de Beck (BAI, 1988): este está compuesto por 21 ítems que evalúan lo síntomas de ansiedad en la última semana, incluyendo el momento actual; el inventario de depresión de Beck (BAI II, 2011): este cuenta con 21 ítems que evalúan síntomas de depresión en la última semana incluyendo el momento actual; el cuestionario del dolor (CDE) , el cual cuenta con 20 ítems que evalúan el dolor a nivel sensorial, afectivo y evaluativo, permite evaluar la intensidad del dolor, y localización del dolor por medio de un mapa del cuerpo; Young Schema Questionnaire (YSQ-L2, 2003), el cual consta de 205 ítems y evalúa 16 esquemas mal adaptativos tempranos.

Historia clínica de la paciente

Información de identificación

Paciente femenina de 60 años, casada, actualmente vive con su esposo, estudió hasta 6° de bachillerato, es modista y trabaja desde su casa esporádicamente.



Motivo de consulta

Al indagar su motivo de consulta la paciente menciona “tengo muchos altibajos” la paciente refiere que sufre de ansiedad, depresión, artritis degenerativa, fibromialgia, hígado graso, tiene antecedentes de tabaquismo, IAM hace 5 años y prolapso vaginal el año pasado. Menciona que los altibajos en su mayoría están relacionados con sus dos hijos (Santiago y Mateo).

Síntomas actuales

Cognitivos: Pensamientos negativos, pensamientos catastróficos, ansiedad.

Emocionales: Tristeza, angustia, rabia. miedo, sentimiento de culpa

Conductuales: Insomnio, disminución de actividades cotidianas, inapetencia, atracones

Fisiológicos: Dolor en el cuerpo, dolor de cabeza

Historia psiquiátrica

Desde el 2018 viene teniendo acompañamiento por parte de psiquiatría, en donde viene teniendo control de los síntomas depresivos con ansiedad en donde se observa una ingesta excesiva de alimentos, con dificultades para conciliar el sueño, dependencia a la nicotina (Consumo de tabaco) desde los 12 años.

Historia familiar y social

Contexto familiar: Mujer casada, actualmente vive con su esposo, tiene 3 hijos, la hija mayor tiene 32 años, un hijo de 24 años y el hijo menor tiene 22 años. Tuvo un aborto espontáneo hace 23 años, actualmente es muy cercana a sus hermanas y sobrinas ya que viven en el mismo edificio.

Contexto académico: Estudió hasta 6° de bachillerato, dice que le iba mal, "las materias las sacaba en 3, perdía varias materias, como; matemáticas, sociales, ciencias" en esta etapa recuerda que una profesora le regalaba los cuadernos, porque no tenía como comprarlos.

Contexto laboral: Trabajó en casas de aseo y posteriormente trabajó en confecciones yoli hasta el 2009. Se retira por que la empresa quiebra, desde entonces hace arreglos en su casa.

Contexto de pareja: En su adolescencia menciona haber estado sexualmente con muchos hombres. A los 14 años conoce el padre de su primera hija, la cual tuvo a los 19 años, esta relación se termina por que "él era muy irresponsable y además lo



perseguían mucho, estaba en negocios raros". A los 23 conoce a su actual esposo y se casa los 31 años, actualmente tienen dos hijos y aún viven juntos.

Contexto de relación interpersonal: Desde hace 4 años aproximadamente se alejó de sus amigas debido al deterioro de su estado de salud, su círculo social más frecuente está compuesto por su familia, estas relaciones se caracterizan por ser conflictivas.

Evaluación del estado mental

Paciente femenina orientada en tiempo, espacio y persona, ingresa al consultorio por sus propios medios, tez mestiza, apariencia organizada, contextura normal para su estatura, utiliza tapabocas, postura corporal de brazos cruzados, paciente eutímica, logorreica, normo cinética, parpadeo lento en ocasiones durante su discurso, contacto visual dirigido al entrevistador, euprosexia, eumnesia, locuacidad que se dificulta debido a que es edéntula, circunloquio con relación a las dificultades familiares con sus hijos y hermanos.

Antecedentes

2003 Ansiedad y depresión

2017, Prolapso uterino

2018, IAM (infarto agudo al miocardio): Después de una discusión con su hijo

2018 psiquiatría

2021 Psicología

2018, Toxicología: Fuma desde los 12 años, en un día fumaba de 30 a 50 cigarrillos, en este año psiquiatría la remite a programa de tabaquismo y deja de fumar

CX, Hernia umbilical, revascularización percutánea por cateterismo

2022, Tratamiento neural en ganglio de trigémino, epicondilitis más segmento cervical y Tr15 más dorsal ancho y paravertebral dorsal

2020, Fibromialgia

2020, Artritis

2020, Edéntula

2023, Hígado graso



Evaluación inicial

Mediante la evaluación clínica la paciente menciona que en su niñez su hermana mayor asumió el rol de madre y por parte de ella recibió mucha humillación, maltrato, abuso sexual a los 12 años, relata tener mucho miedo al rechazo y constantemente piensa que le va a pasar algo malo.

Se identifica una triada cognitiva negativa ya que la paciente se percibe a sí misma de forma negativa por su aspecto físico y por las múltiples patologías, percibe el mundo de forma negativa recuerda mucho su infancia por el maltrato, el abuso y las humillaciones que recibió; tiene una visión catastrófica del futuro, especialmente en lo relacionado a quedarse sola y a que le pase algo malo a sus hijos. Refiere que el consultorio es un espacio de “desahogo, donde no la juzgan y le pueden ayudar”, se identifica locus de control externo ya que alude algunas cosas a los demás evitando asumir sus responsabilidades,

A nivel psicológico se identifica pego ansioso ambivalente (Dependiente): Valora las relaciones de apego con sus hijos, esposo y consultorio, se preocupa excesivamente por otros integrantes de la familia, expresa un constante temor a ser abandonada, menciona recuerdos del pasado dónde se refleja rechazo, humillación y resentimiento.

Se evidencia tendencia a esquemas mal adaptativos de desconexión y rechazo cada vez que menciona abuso, maltrato de su hermana mayor y desconfianza hacia los demás; Direccionalidad a los demás cada vez que se muestra complaciente con lo que quieren sus hijos y no lo que ella quiere, ejemplo: “No fui a pasear por que mi hijo se enojó, él quería que yo estuviera apoyando a mi hija en su negocio”; desempeño y autonomía deficientes ya que necesita poner sus responsabilidades en los demás, por ejemplo: “gracias a la psiquiatra fui a San Andrés”, “Gracias a Cristian el anterior terapeuta, fui capaz de quitarme el tapabocas porque me daba mucha pena que me vieran sin dentadura” adicionalmente la paciente lleva 29 sesiones en el consultorio y aún continua con una expectativas que concluyen de igual forma, se puede concluir que utiliza el consultorio como una forma de desahogarse y no principalmente para dotarse de herramientas y abordar sus problemáticas de forma autónoma.

La paciente presenta estrategia de afrontamiento de rendición puesto que este le permite mantener sus síntomas psíquicos como una forma de conservar la dependencia que genera con sus vínculos cercanos, adquiriendo ganancias secundarias sobre su malestar.



Se identifican los siguientes factores protectores: relación y convivencia con su esposo, pertenecer al grupo de la tercera edad.

Tabla 1 pre test y post test aplicados a la paciente

Prueba		Puntaje	Resultado
BDI-2	Pre test	33	Depresión severa
BAI		49	Ansiedad severa
CDE (Cuestionario del Dolor Español)		Intensidad total: 13 Intensidad actual: 4 Escala analógica:8	
BDI-2	Post test	8	Depresión mínima
BAI		6	Ansiedad muy baja
CDE (Cuestionario del Dolor Español)		Intensidad total: 14 Intensidad actual: 1 Escala analógica: 3	

Fuente: construcción propia

Tabla 2 Young Schema Questionnaire YSQ-L2

ESQUEMA	Pre test	Post test	Disminuyó	Aumentó
Deprivación emocional	44	31	13	
Abandono / Inestabilidad	92	72	20	
Desconfianza / Abuso	71	48	23	
Aislamiento social	36	25	11	
Vergüenza / Defectuosa	51	22	29	
Indeseabilidad social	24	14	10	



Fracaso	25	13	12	
Dependencia / Incompetencia	53	27	26	
Vulnerabilidad al daño	82	64	18	
Entrampamiento	61	18	43	
Subyugación	46	31	15	
Autosacrificio	92	94		2
Inhibición emocional	53	44	9	
Estándares inflexibles	67	66	1	
Egocentrismo / Grandiosidad	41	42		1
Autocontrol / Autodisciplina insuficientes	68	72		4

Fuente: construcción propia

Hipótesis diagnóstica

La paciente ha presentado eventos experiencias fuertes en su infancia, tales como; abuso sexual por parte de un vecino, maltrato físico y verbal por parte de su hermana mayor, no se cubrieron necesidades básicas como alimentación, protección, afecto y atención, ha carecido de herramientas para afrontarlas de forma adaptativa, de acuerdo a sus rasgos de personalidad dependiente, sus creencias intermedias y nucleares, además de la hipersensibilidad al dolor que le generan predisposición a múltiples patologías.

Se concluye que la consultante tiene los 18 los esquemas mal adaptativos por encima del límite superior, complementando con la entrevista se evidencia que la paciente presentó durante su infancia muchas experiencias fuertes, que incluyen; maltrato físico, verbal, violencia sexual, carencia afectiva. Ninguna de las necesidades emocionales básicas fue cubierta (juego y espontaneidad; direccionalidad interna; límites realistas; autonomía y desempeño; conexión y aceptación).

Analizando a la paciente como un ser biopsicosocial, podemos ingerir que sus rasgos de personalidad dependiente, el síndrome de sensibilidad central, las



experiencias traumáticas vividas en su infancia, su entorno familiar actual y la carencia de estrategias de afrontamiento adaptativas le generan una exacerbación significativa de los síntomas de ansiedad y depresión.

Diagnostico DSM-5 CIE 10

F412 Trastorno mixto de ansiedad y depresión

F607 Trastorno de personalidad dependiente

M79 - Otros trastornos de los tejidos blandos no clasificados en otra parte (fibromialgia)

Presentación del caso

Precipitantes

Entre las situaciones que detonan la sintomatología de la paciente encontramos las constantes peleas con sus hijos y esposo, esto debido a desacuerdo en decisiones de las situaciones cotidianas. Seguido de la preocupación por su condición de salud, constantemente piensa “algo terrible me pasará”.

Por otro lado, las condiciones ambientales extremas, como, por ejemplo; lluvias constantes, tormentas eléctricas, movimientos sísmicos o noticias nacionales sobre violencia.

Visión transversal de las cogniciones y conductas actuales

El problema más frecuente en la vida de la paciente se debe a los problemas familiares principalmente con su hijo menor de 22 años quien cuenta con un diagnóstico presuntivo de TDHA, ella refiere “él es mi gran dolor de cabeza, esta semana desfalcó a mi hijo mayor, esa situación me hace sentir muy triste y he tenido más dolor en el cuerpo”, “yo tuve un infarto (IAM) hace 5 años por culpa de mi hijo menor”. En cuanto a su hijo mayor los principales problemas están relacionado con el manejo irresponsable del dinero al complacer a su pareja constantemente, seguido de las quejas constantes sobre su hermano menor por su irresponsabilidad ya que trabajan juntos. Con su esposo hay desacuerdos frecuentemente por diferentes razones, la causa que le genera mayor malestar está relacionada con el rechazo de su esposo hacia su familia (hermanos, hermanas y sobrinos), por ejemplo, la paciente en su relato menciona que tuvo un disgusto con su esposo porque ella le brindó comida a una persona con el mismo nombre de una de sus sobrinas, la cual no es del agrado de su esposo, finalmente se trataba de una confusión ya que a quien le brindó la comida se trataba de otra persona



conocida que se llamaba igual que su sobrina, lo que generó una discusión y varios días de disgusto entre ambos, refiere “me sentí humillada un plato de comida no se le niega a nadie, además así mi sobrina no le caiga bien me dio rabia que él me dijera eso”.

Visión longitudinal de las cogniciones y comportamientos

Es la tercera hija de 5 hermanos, su madre falleció de cáncer de mama cuando tenía 5 años, a la misma edad el padre los abandona, su hermana mayor es quien asume el rol materno, esta etapa se caracteriza por una pobreza extrema donde ella y sus hermanos son "humillados y maltratados " constantemente por su hermana mayor y los vecinos, debido a que a veces se mantenían de casa en casa tratando de comer o ver televisión, en muchas ocasiones recuerda que le cerraban la puerta en la cara. A la edad de 12 años es violada por un vecino que dice era "narcotraficante", estas violaciones se dieron en repetidas ocasiones y el hombre la amenazaba para que se quedara callada.

A causa de estas experiencias la paciente los 18 esquemas mal adaptativos especificados en la tabla 2 y las siguientes creencias centrales: Inhamabilidad “van a abandonarme”, de indefensión: “soy vulnerable”, la principal estrategia de afrontamiento que utiliza es la rendición, esta evidencia en comportamientos complacientes, autosacrificio y subyugación como esfuerzo desmesurado para evitar problemas y no quedarse sola.

Conceptualización cognitiva

Infancia de abandono, tanto por su madre la cual fallece a causa de cáncer y física por parte de su padre quien la abandona a la misma edad, además sufrió violencia física y sexual en repetidas ocasiones, lo cual permitió sentimientos de vulnerabilidad.

Creencia nuclear “van a abandonarme”



<p>Creencia intermedia</p> <p>1. Actitud: “No podré sobrevivir sola, sería terrible quedarme sola”</p> <p>2. Presunciones:</p> <p>Positivas: “si hago lo que los demás quieren no, me dejen sola”</p> <p>Negativas: “si no hago lo que los demás quieren, me dejen sola”</p> <p>Reglas: “Debo complacer a los demás, debo quedarme callada para evitar problemas y no quedarme sola”</p>		
<p>Situación 1</p> <p>Discusión con su esposo.</p>	<p>Situación 2</p> <p>“No fui a pasear por que mi hijo se enojó”.</p>	<p>Situación 3</p> <p>Condiciones climáticas extremas, ejemplo tormenta eléctrica.</p>
<p>Pensamiento automático</p> <p>“Me voy a quedar sola”</p>	<p>Pensamiento automático</p> <p>“Me abandonará”</p>	<p>Pensamiento automático</p> <p>“Me voy a morir”</p>
<p>Emoción</p> <p>Tristeza</p> <p>Miedo</p> <p>Ira</p>	<p>Emoción</p> <p>Tristeza</p> <p>Miedo</p> <p>Frustración</p>	<p>Emoción</p> <p>Miedo</p> <p>Angustia</p>
<p>Conducta</p> <p>Llanto</p> <p>Insomnio</p> <p>Dolor</p>	<p>Conducta</p> <p>Quedarse en casa</p>	<p>Conducta</p> <p>Rezar</p> <p>Llamar a sus seres queridos</p> <p>Quedarse en la casa</p>

Fuente: adaptado del diagrama de Beck, 2000, p. 177

Tratamiento y Curso

PLAN DE INTERVENCIÓN 2023-1



Problema	Objetivo	Estrategias de intervención	Sesión
Baja comprensión de los síntomas de Fibromialgia	Controlar los estímulos que aumentan el dolor producido por la fibromialgia.	Pruebas Terapia cognitiva para el dolor Relajación diafr	1
Poco control de los síntomas de Ansiedad	Enseñar que es la fibromialgia e identificar como se manifiesta en la paciente.	Psico educación Dialogo socrático	2
Ansiedad	Generar estrategias para disminuir el estrés de la cotidianidad. Autocontrol de síntomas de ansiedad.	Psico educación Técnicas de respiración Técnica de relajación Técnica de imaginación guiada Tratamiento farmacológico recetado por psiquiatría.	3,4
Pensamientos inflexibles	Facilitar la flexibilización de los pensamientos.	Reestructuración cognitiva Dialogo socrático Conciencia de modos Etiquetación de modos	5,6,7
Dificultad en la autonomía	Generar herramientas que le	Autorregistro Conciencia de modos	8



	permitan la toma de decisiones.		
Resignificación del rol materno	Generar reestructuración del rol materno	Terapia de esquemas	9
Cierre	Realizar cierre del proceso terapéutico.	Entrega de herramientas de autogestión.	10

Fuente: construcción propia

Resultados de la intervención

Ansiedad y depresión

Al iniciar el proceso los pre test arrojaron resultados con interpretación severa en los síntomas de ansiedad y depresión y al finalizar el proceso terapéutico estos síntomas disminuyeron, ya que el resultado de la interpretación fue muy bajo.

Dolor

Disminución de la escala analógica visual de 5 puntos. A nivel sensorial y afectivo el dolor continuó igual.

Esquemas mal adaptativos tempranos

Dominio de desconexión y rechazo:

El esquema de privación emocional en el pretest puntuó 44 puntos y en el post test puntuó 31 puntos, continuando en el límite superior y disminuyendo el nivel de severidad 11 puntos.

El esquema de abandono e inestabilidad en el pretest puntuó 92 puntos y en el post test puntuó 72 puntos, continuando en el límite superior y disminuyendo el nivel de severidad 20 puntos.

El esquema de desconfianza y abuso en el pretest puntuó 71 puntos y en el post test puntuó 48 puntos, continuando en el límite superior y disminuyendo el nivel de severidad 23 puntos.



El esquema de aislamiento social en el pretest puntuó 36 puntos y en el post test puntuó 25 puntos, continuando en el límite superior disminuyendo el nivel de severidad 11 puntos.

El esquema de vergüenza y defectuosidad en el pretest puntuó 51 puntos encontrándose por encima del límite superior y en el post test puntuó 22 puntos quedando en la media y disminuyendo el nivel de severidad 29 puntos.

El esquema de indeseabilidad social en el pretest puntuó 24 puntos, encontrándose por encima límite superior y en el post test puntuó 14 puntos quedando en la media y disminuyendo el nivel de severidad 10 puntos.

Dominio de desempeño y autonomía

El esquema de fracaso en el pretest puntuó 25 puntos encontrándose por encima del límite superior y en el post test puntuó 13 puntos, quedando en la media y disminuyendo el nivel de severidad 12 puntos.

El esquema de dependencia e incompetencia en el pretest puntuó 53 puntos y en el post test puntuó 27 puntos, continuando en el límite superior y disminuyendo el nivel de severidad 26 puntos.

El esquema de vulnerabilidad al daño en el pretest puntuó 82 puntos y en el post test puntuó 64 puntos, continuando en el límite superior y disminuyendo el nivel de severidad 18 puntos.

El esquema entrampamiento en el pretest puntuó 61 puntos encontrándose por encima del límite superior y en el post test puntuó 18 puntos, quedando en la media y disminuyendo el nivel de severidad 43 puntos.

Dominio de tendencia al otro

El esquema de subyugación en el pretest puntuó 46 puntos y en el post test puntuó 31 puntos, continuando en el límite superior y disminuyendo el nivel de severidad 15 puntos.

El esquema de autosacrificio en el pretest puntuó 92 puntos y en el post test puntuó 94 puntos, continuando en el límite superior y aumentando el nivel de severidad 2 puntos.



Dominio de sobrevigilancia e inhibición

El esquema de inhibición emocional en el pretest puntuó 53 puntos y en el post test puntuó 44 puntos, continuando en el límite superior y disminuyendo el nivel de severidad 9 puntos.

El esquema de estándares inflexibles en el pretest puntuó 67 puntos y en el post test puntuó 66 puntos, continuando en el límite superior y disminuyendo el nivel de severidad 1 puntos.

Dominio de limites insuficientes

El esquema de egocentrismo/grandiosidad en el pretest puntuó 41 puntos y en el post test puntuó 42 puntos, continuando en el límite superior y aumentando el nivel de severidad 1 puntos.

El esquema de autocontrol/autodisciplina insuficiente en el pretest puntuó 68 puntos y en el post test puntuó 72 puntos, continuando en el límite superior y disminuyendo el nivel de severidad 4 puntos.

Discusión

El proceso terapéutico aplicado se llevó a cabo en 14 semanas, realizando una sesión semanal de 1 hora aproximadamente, donde los resultados obtenidos muestran disminución en la severidad de los síntomas de ansiedad, depresión y los esquemas mal adaptativos, pese a la limitación de tiempo de aplicación del proceso terapéutico. En la investigación realizada por Remmerswaal y Tamar (2023), quienes muestran la efectividad de la terapia cognitivo conductual y la terapia de esquemas en trastornos de ansiedad resistentes al tratamiento y trastorno obsesivo-compulsivo, en pacientes que recibieron tratamiento durante 37 semanas con intensidad de 11.5 horas semanales aproximadamente, por lo que se recomienda aplicar este tipo de terapias en una mayor intensidad y cantidad de sesiones para obtener mejores resultados.

Aunque son pocas las investigaciones recientes que demuestran la efectividad del tipo de terapias en mención de forma individual, los resultados coinciden con las investigaciones existentes. Por lo que se sugiere realizar más investigaciones en pacientes que reciban terapia cognitivo conductual y terapia de esquemas con mayor intensidad a la propuesta en el caso clínico.



Conclusión

En la intervención basada en la terapia de esquemas y la terapia cognitivo conductual resultó demostrar efectividad al ser aplicada en una paciente con trastorno mixto de ansiedad y depresión y fibromialgia, pese a la limitación de su aplicación en sólo 14 sesiones.

Los síntomas de ansiedad y depresión mostraron una disminución significativa y con relación al dolor, este continuó igual, aunque se obtuvo una disminución importante en la escala analógica visual, lo que podemos interpretar como una disminución en la percepción subjetiva del dolor, pero no refirió una disminución en la sensación de dolor de forma fisiológica.

La paciente adquirió estrategias de afrontamiento adaptativas que le permiten debatir su pensamiento en momentos de ideas catastróficas, aunque ella refiere que el miedo a quedarse sola continua, ya cuenta con herramientas para mostrarse a sí misma si sus pensamientos disfuncionales son originados por situaciones reales o imaginarias, adicionalmente mediante sus relatos evidencia adquisición de herramientas para la toma de decisiones y establecimiento de límites, como parte importante del proceso se identifica que cuando el paciente centra su significado en otro elemento, como fue el caso de la paciente que interpretó, diseñó y etiquetó sus modos de esquemas utilizando sus habilidades creativas al realizar títeres, logró gestionar la situación que padeció en los primeros años de vida resignificando algunas experiencias asociadas a emociones negativas debido a las necesidades emocionales básicas no cubiertas.



References

1. A Castrillón, D., Chaves, L., Ferrer, A., H. Londoño, N., Maestre, K., Marín, C., & Schnitter, M. (n.d.). *Validación del Yong Schema Questionnaire long form: Second edition (YSQ - L2) en Población Colombiana. Revista Latinoamericana de Psicología.* http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-05342005000300007
2. Beck, A. T., & Steer, R. A. (1993). *Beck Anxiety Inventory: Bai.* The Psychological Corporation.
3. Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. K. (1996). BDI-II: Beck depression inventory. Psychological Corp.
4. Beck, J. S., Beck, A. T., & Ruiz, A. (2011). *Terapia cognitiva: Conceptos básicos y profundización.* Gedisa.
5. *Búsqueda de Instrumentos.* Banco Cibersam. (n.d.). <https://bi.cibersam.es/busqueda-de-instrumentos>
6. Castrillón, J. A. V. (1970, January 1). Psychology based on evidence and panic disorder; analysis of a case study. *Journal of Science Humanities and Arts - JOSHA.* <https://scholar.archive.org/work/hujezkguujhzhjpkdxeo2g2zo3q>
7. Caballo, V. E. (2008). *Manual para el Tratamiento cognitivo conductual de los trastornos PSICOLÓGICOS.* Siglo XXI.
8. Clark, D. A., & Beck, A. T. (2011). *Cognitive therapy of anxiety disorders: Science and practice.* Guilford Press.
9. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5.* (2017). American Psychiatric Association.
10. Díaz Robredo, LA., & Robles Sánchez, JI. (n.d.). *¿Es la fibromialgia un trastorno depresivo con síntomas Somáticos o es un síndrome de sensibilización central con comorbilidad depresiva?.* Sanidad Militar. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1887-85712014000200003
11. D., S. R. R. S. (n.d.). *Fibromyalgia: Pathogenesis, mechanisms, diagnosis and treatment options update.* *International journal of molecular sciences.* <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33918736/>



12. El Cuestionario de dolor de mcgill (mcgill pain questionnaire -MPQ ... (n.d.-a).
<https://revistas.uchile.cl/index.php/RDP/article/download/17382/18152/>
13. Evaluación del dolor - USC. (n.d.).
<https://libros.usc.edu.co/index.php/usc/catalog/download/211/214/3813?inline=1>
14. García-Campayo J;Serrano-Blanco A;Rodero B;Magallón R;Alda M;Andrés E;Luciano JV;del Hoyo YL; (n.d.). Effectiveness of the psychological and pharmacological treatment of catastrophization in patients with fibromyalgia: A randomized controlled trial. *Trials*.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19389246/>
15. Gavino, A. (2000). *Técnicas de Terapia de conducta*. Martínez Roca.
16. Infocop. (2023, May 11). *Beneficios Intervención Psicológica fibromialgia*. Infocop.
<https://www.infocop.es/beneficios-de-la-intervencion-psicologica-en-fibromialgia/>
17. *La fibromialgia en hombres y mujeres: Comparación de los principales síntomas clínicos*. La fibromialgia en hombres y mujeres: comparación de los principales síntomas clínicos | Psicothema. (n.d.).
<https://reunido.uniovi.es/index.php/PST/article/view/909>
18. Margarit, C. (n.d.). *La Nueva Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-11) y el dolor crónico. Implicaciones Prácticas*. Revista de la Sociedad Española del Dolor.
https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-80462019000400001
19. Manual Teórico-Práctico de PSICOTERAPIAS Cognitivas - Desclée de Brouwer. (n.d.-b).
<https://www.edesclee.com/img/cms/pdfs/9788433021229.pdf>
20. Martínez Jiménez, M., & Serrano Bosquet, F. J. (n.d.). *Neurasthenia and fibromyalgia: The link between the nervous system and culture in complex clinical entities*. En-claves del pensamiento.
https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1870-879X2017000200051&lng=en



21. Remmerswaal KCP; Cnossen TEA; van Balkom AJLM; Batelaan NM; (n.d.). *Schema therapy with cognitive behaviour day-treatment in patients with treatment-resistant anxiety disorders and obsessive-compulsive disorder: An uncontrolled pilot study*. Behavioural and cognitive psychotherapy. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36606408/>
22. Quirama, L. T. C. (n.d.). *Intervención cognitivo-conductual en un caso Clínico de Trastorno Adaptativo Con síntomas depresivos*. Edupsykhé. Revista de Psicología y Educación. <https://journals.ucjc.edu/EDU/article/view/4216>
23. van Dijk SDM; Veenstra MS; Bouman R; Peekel J; Veenstra DH; van Dalen PJ; van Asselt ADI; Boshuisen ML; van Alphen SPJ; van den Brink RHS; Oude Voshaar RC; (n.d.). *Group schema-focused therapy enriched with psychomotor therapy versus treatment as usual for older adults with cluster B and/or C personality disorders: A randomized trial*. BMC psychiatry. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30646879/>
24. Young, J. E. (1999). *Cognitive therapy for personality disorders: A schema-focused approach*. Professional Resource Press.
25. Young, J. E., & Klosko, J. S. (2012). *Reinventar Tu Vida: Cómo Superar Las actitudes negativas y sentirse bien de nuevo*. Paidós.
26. Young, J. E., Klosko, J., Weishaar, M. E., & der, K. P. van. (2020). *Schemagerichte Therapie: Handboek voor Therapeuten*. Bohn, Stafleu van Loghum.



About the Author

Jorge Alberto Velásquez Castrillon is a philosopher and psychologist, holding a master's degree in psychotherapy. He is currently pursuing his doctoral studies in psychology. Additionally, he serves as a coordinator and supervising teacher of psychology clinics at Grancolombiano Polytechnic and works as a clinical psychologist in private practice.

Yurany Valencia Posada is a nursing assistant at the SENA national learning service and is working towards completing her degree in psychology at Grancolombiano Polytechnic. She is also actively engaged in the process of graduation while serving as a psychologist at the same institution.