



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA
Sistema de Universidad Abierta y Educación a Distancia

Manuscrito Recepcional
Programa de Profundización en Psicología Clínica

**Intervención psicológica a distancia para reducir la
ansiedad y depresión en un caso de bruxismo.**

Reporte de Práctica de Servicio

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A:

MARÍA DEL ROSARIO SANSÓN ESTRADA

Director: Mtra. Lizbeth Escobedo Pedraza
Dictaminador: Dra. Anabel de la Rosa Gómez



Los Reyes Iztacala Tlalnepantla, Estado de México,
23 de noviembre de 2017



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

INDICE

RESUMEN.....	1
SUMMARY	2
INTRODUCCIÓN.....	3
Relevancia social del problema que se va a intervenir	3
Marco Teórico	6
Justificación e importancia de la práctica profesional.....	18
Objetivo General:.....	20
Objetivos específicos:.....	21
ESTUDIO DE CASO:.....	21
Descripción del escenario:.....	21
Título del caso:.....	23
Identificación del paciente:.....	23
Análisis del motivo de la consulta:.....	23
Historia del problema:.....	24
Establecimiento de las metas del tratamiento:	29
Objetivos terapéuticos:	29
Selección y aplicación de las técnicas de evaluación y resultados obtenidos antes del tratamiento:.....	31
Tratamiento.	34
Evaluación de la Eficacia del Tratamiento.....	38
Seguimiento.....	43
Observaciones:	45
CONCLUSIONES.....	46
Competencias desarrolladas:	47
Identificación de los elementos que se deben considerar para producir cambios en los fenómenos de interés:	48
Responsabilidad social de su quehacer profesional:.....	48
Limitaciones de la práctica realizada:	49
Propuesta y Recomendaciones para mejorar la práctica del servicio:	49
REFERENCIAS:	51
ÁPENDICE	61
Instrumentos de evaluación.....	61

Cartas Descriptivas 69

RESUMEN

El Bruxismo es un trastorno de carácter psicofisiológico, que, al apretar, o rechinar los dientes, provoca su desgaste, lesiones, inflamación y dolor en la articulación mandibular.

El objeto de la investigación fue identificar la relación que existe entre los trastornos psicológicos de la ansiedad y la depresión en el desarrollo del bruxismo, y a través de una intervención a distancia, reducir sus índices.

Esta investigación corresponde a un estudio de caso n=1, de una usuaria con Bruxismo que recibe atención del Centro de Apoyo Psicológico y Educativo a Distancia (CAPED) de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala de la Universidad Nacional Autónoma de México.

Bajo el modelo cognitivo-conductual, a lo largo de 8 sesiones, la evaluación y las variables psicológicas se identificaron con los Inventarios de Ansiedad y Depresión de Beck y la Escala de Dificultades en Regulación Emocional, se aplicaron las técnicas de reestructuración cognitiva, toma de decisiones, respiración diafragmática y activación física.

Entre los principales resultados, se encontraron cambios favorables y acordes con lo esperado, ya que hubo una disminución en los niveles de ansiedad y depresión en comparación con los puntajes obtenidos cuando solicitó la atención, la usuaria mejoró su toma de decisiones, racionaliza sus percepciones, y aprendió técnicas de relajamiento que permitieron disminuir el dolor por el bruxismo. El internet fue una herramienta importante, pero todavía quedan retos por resolver.

Se demuestra que la terapia cognitiva conductual es eficiente en aquellas personas que presentan índices de depresión y ansiedad, para reducir los síntomas del bruxismo.

Palabras Claves: Bruxismo, factores psicológicos, ansiedad, depresión.

SUMMARY

Bruxism is a psycho-physiological disorder that, when tightening or grinding the teeth, causes wear, injury, inflammation and pain in the jaw joint.

The purpose of the research was to identify the relationship between the psychological disorders of anxiety and depression in the development of bruxism, and through a distance intervention, reduce their indexes.

This investigation corresponds to a case study $n = 1$, of a client with Bruxism who receives attention from the Psychological and Educational Distance Support Center (CAPED) of the Iztacala School of Higher Studies of the National Autonomous University of Mexico.

Under the cognitive-behavioral methodology, across 8 sessions, evaluation and psychological variables were identified with inventories of anxiety and depression of Beck and the scale of problems in emotional regulation, applied the techniques of cognitive restructuring, decision-making, fragmatial and physical relaxation.

Among the main results, we found that there were significant changes in the levels of anxiety and depression, user improved their decision making, streamlines their perceptions more adequately, and learned relaxation techniques that allowed decrease pain by clenching. The internet was an important tool, but there are still challenges to be resolved.

Shows that cognitive behavioural therapy is efficient in those people who have a high rate of depression and anxiety, to reduce the symptoms of bruxism.

Key words: Bruxism, psychological factors, anxiety and depression.

INTRODUCCIÓN

Relevancia social del problema que se va a intervenir

El bruxismo es uno de los desórdenes bucales más prevalentes (Quiroga, 2010) que afecta a la población general a nivel mundial; se estima que un tercio de ésta lo padece de forma estable o crónica, aunque muchas personas no son conscientes de tener este padecimiento. Hernández et al (2017), refiere que:

“El problema del bruxismo es de tal magnitud, que se considera que de cada tres personas, una lo padece, y que, junto con la caries dental y las enfermedades periodontales, es de los padecimientos con mayor prevalencia”.

Este tipo de contacto oclusal, ya sea repetitivo, constante o intermitente, derivado de una hiperactividad no fisiológica de la musculatura masticatoria, puede tener los siguiente síntomas: el apretamiento mandibular, el rechinar de los dientes, ya sea de día o por la noche, con distintos grados de intensidad y que puede persistir durante mucho tiempo.

Al ubicarse el problema en los dientes, el origen del bruxismo fue considerado como un problema dental, por lo que el tratamiento en la mayoría de los casos solo incluía la corrección del estado oclusal por vías odontológicas.

Otro factor que dificultaba el diagnóstico del bruxismo, era que las personas con este padecimiento no se percataban de ello y no lo consideraban un problema, ya que los efectos se podían percibir hasta varios años o décadas de haberse iniciado el padecimiento.

De esta manera, el bruxismo no está definido por la condición social o económica o de raza, ya que afecta por igual.

La palabra bruxismo, de acuerdo al Diccionario de la Real Academia Española (2017), viene del inglés *bruxism*, y del griego *brýchein*, que significa “rechinar los

dientes”, así como en su definición médica que significa rechinar de dientes involuntario que se produce especialmente durante el sueño.

El Glosario de la Facultad de Odontología (2008) define al bruxismo como “Rechinar parafuncional de los dientes. Hábito oral que consiste en el frotamiento, rechinar o apretamiento rítmico o espasmódico involuntario de los dientes en movimientos mandibulares no relacionados con la masticación y que puede llevar a trauma oclusal; recibe también el nombre de rechinar dental, neurosis oclusal”.

De acuerdo a Domínguez Medina, Flora María (2013), “el origen del bruxismo, de acuerdo a diversas disciplinas, puede asociarse a alergias, deficiencias nutricionales, alteraciones del sistema nervioso central e incluso factores genéticos. Actualmente, se sabe que es un padecimiento resultado de diversos factores, psicológicos, fisiológicos e incluso educativos”.

Para la psicología, es importante la detección adecuada de los factores psicológicos del bruxismo, ya que de ello depende la definición de terapias de intervención que, asociada a otras disciplinas dentales, permitan a los pacientes prevenir los efectos más dañinos y dolorosos del mismo.

En el caso de estudio que nos ocupa, se investigó la posible injerencia de ciertos trastornos psicológicos en la etiopatogenia del Bruxismo, en particular, la relación existente entre la ansiedad y la depresión, identificando a través de escalas de medición la presencia de estos trastornos psicológicos y cómo se relacionan con el bruxismo.

A pesar de existir numerosas investigaciones, sobre las causas psicológicas (estrés, ansiedad, depresión), que pudieran explicar el origen del bruxismo, de acuerdo a Casassus y otros autores (2007), el rol de los mismos todavía no está totalmente esclarecido.

Por lo anterior, este estudio de caso forma parte de los esfuerzos necesarios para seguir consolidando estas teorías explicativas, en el que las medidas de atención al paciente bruxómano, pueden ser bajo la óptica de diversas disciplinas.

Asimismo, la tendencia actual de la psicología de la salud es considerar los problemas psicológicos como parte de los factores que desencadenan problemáticas que afectan la salud y las condiciones de vida en bienestar de las personas.

Por ello, ante las dificultades para diagnosticar adecuadamente el origen del bruxismo, las consideraciones cognitivas-conductuales, del ambiente, estímulo respuesta, también aplican para un buen diagnóstico y tratamiento del mismo, el cual puede interactuar con otras disciplinas.

Esto es importante socialmente, ya que los profesionales que atienden a las personas que padecen bruxismo de alguna manera deben inducir a que acudan a los diferentes tipos de atención profesional, y, entender que este padecimiento tiene de origen razones psicológicas urgentes de atender para evitar los daños que este padecimiento genera.

Por lo anterior, es necesario que existan dentro de las instituciones dirigidas a la salud dental, una apropiada información sobre otros factores etiológicos del bruxismo, orientando a sus usuarios a la necesaria atención al estrés y ansiedad asociados a los efectos del bruxismo. De la misma forma, aquellos profesionales de la salud mental al detectar este padecimiento en los rasgos de ansiedad y depresión en sus pacientes, buscarán que reciban también apoyo dental.

Todo lo anterior beneficia de manera integral al paciente.

Marco Teórico

Desde las primeras explicaciones del bruxismo, en el que se dejó de considerar como un problema dental para valorarlo como un desorden psicológico, este padecimiento es considerado como una parafunción oral, producto de un desorden en el equilibrio muscular del aparato estomatognático, hiperactividad de los músculos.

Grinspan (1983) se refiere a esta parafunción como hiperactividad no fisiológica de la musculatura masticatoria, que se traduce clínicamente por el contacto oclusal repetitivo, constante o intermitentemente, que se manifiesta por apretamiento, rechinar o golpeteo dentarios.

Batista y García-Roco (2012) lo describen como el hábito de apretamiento o rechinar de los dientes, diurno o nocturno con distintos grados de intensidad y persistencia en el tiempo generalmente inconsciente y fuera de los movimientos funcionales (parafunción).

Dawson (2009) expresa que es un hábito oral que consiste en el rechinar, frotamiento o apretamiento de los dientes de manera rítmica involuntaria o espasmódica adicional, con excepción de los movimientos masticatorios de la mandíbula, que pueden conducir a trauma oclusal.

De acuerdo con Bermejo (2008), el bruxismo tiene tres parámetros: puede ser de vigilia, es decir, durante el día; de noche, desarrollándose en determinadas fases del sueño sea nocturno o no, y mixto, en el que se alternan eventos de vigilia y de sueño.

Se entiende al bruxismo como: “una actividad parafuncional caracterizada por rechinar, apretar, trabar y masticar con los dientes, cuya etiología se considera debida a una combinación de problemas relacionados con la presencia de algún

tipo de desarmonía oclusal y factores psíquicos o de origen psicosomático que llegan a desencadenar toda la gama de patología observable en la boca de los pacientes”.

Con estas explicaciones de distintas teorizaciones sobre el bruxismo, podemos afirmar que ya no se le puede considerar como una patología odontológica, sino que se asocia a otras ciencias médicas y psicológicas.

La Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud (1994), de la Organización Mundial de la Salud, editada en 2008 por la Organización Panamericana de la Salud, clasifican al Bruxismo dentro de la sección de Trastornos Mentales y del comportamiento, con la clasificación C10, F45.8, implicando con ello que los factores psicológicos son un gran contribuyente a la aparición del bruxismo. También se le menciona en la clasificación internacional de los trastornos del sueño.

Reiz, Pinto y Oliveira, (2015) sostienen que el origen se relaciona con: el alcohol, la cafeína, la nicotina, algunos medicamentos antipsicóticos, antidepresivos, y finalmente, las teorías psicológicas dan una explicación de aquellos trastornos que inducen al desarrollo del bruxismo, tales como el estrés, la ansiedad, los trastornos del estado de ánimo, el temperamento, y las emocionales, los cuales, para efecto de esta investigación, serán abordados de manera más detallada posteriormente.

Entre los efectos más lacerantes del bruxismo, podemos mencionar: diferentes niveles de desgaste, distanciamiento, movilidad e incluso fractura de los dientes, el rechinar de los dientes, en el que las personas de convivencia cercana son afectadas por la intensidad del sonido, generando molestia y problemas de pareja, dientes demasiados sensibles, ya que la dentina e incluso la pulpa están expuestas, afectación de ramificaciones nerviosas, destrucción de los tejidos gingivales, infecciones periodontales, pérdida del hueso alveolar, reabsorción de la raíz del diente, contracción y dolor en los músculos de masticación, en las cervicales, la

base del cuello y dolor de espalda, y dolor continuo en el área articular temporomandibular, dolor de oído, dolor mandibular, crujidos e incluso desviación de la mandíbula.

De acuerdo con Kampe y colaboradores (1997) el diagnóstico de Bruxismo se basa en cuatro criterios:

1. Rechinamiento dental nocturno atestiguado por algún familiar.
2. Hipertrofia de maseteros.
3. Atrición dental excesiva para la edad del paciente.
4. Dolor muscular o de la articulación temporomandibular

Como se manifestó anteriormente, el tratamiento del bruxismo durante mucho tiempo se asoció al factor dental, por lo que, los procedimientos terapéuticos más utilizados eran: la modificación de la conducta parafuncional, férulas, fármacos, oclusión dental, entre otros. (Hasta aquí podemos considerar que no se empleaban técnicas cognitivas conductuales), los propios dentistas, tomando conciencia del efecto de los movimientos del músculo masticatorio en el problema, promovieron en sus pacientes la necesidad de aprender técnicas de relajación para disminuir el estrés, mejorar las emociones y la ansiedad que identifique y disminuya la intensidad del masticado y rechinido del bruxismo.

Asimismo, se identificó al estrés como un detonante de este padecimiento, ya que es un trastorno psicológico al que muchas personas están expuestas, derivado de las presiones en el trabajo, la carga familiar, acontecimientos de su vida que, al percibirse como una amenaza, generan síntomas y conductas que devienen en contracciones musculares asociadas al bruxismo.

Desde el enfoque conductual, se han desarrollado teorías muy importantes que se basan en la interacción individuo-ambiente, tales como el modelo Cognitivo de Lazarus y Folkman (1986), estas teorías enfatizan el papel de los factores cognitivos

(pensamientos, ideas, creencias, actitudes, etc.), las cuales también se aplican para la ansiedad y la depresión que se observa en la usuaria.

Lazarus y Folkman (1986) definieron el estrés psicológico como una relación particular entre el individuo y su entorno, que es evaluado por el propio sujeto como amenazante o desbordante de sus recursos y que pone en peligro su bienestar.

El estrés, cuando se vuelve crónico, puede ocasionar estados de depresión y ansiedad por el desgaste energético que significa en las personas.

En razón de que esta investigación se centra en el resultado del Inventario de Depresión e Inventario de Ansiedad de Beck y la Escala de Dificultades en Regulación Emocional, con mayor incidencia en los trastornos de ansiedad y depresión, el estrés sólo será considerado como uno de varios trastornos que pueden conducir al bruxismo, concentrándonos en la ansiedad y la depresión que presenta como padecimiento la usuaria en este estudio de caso.

Cabe hacer mención que el Inventario de Ansiedad del Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos (2013) “El BAI se ha diseñado específicamente para medir “la ansiedad clínica”, el estado de “ansiedad prolongada” que en un entorno clínico es una evaluación muy relevante... es una escala que mide de manera autoinformada el grado de ansiedad. Está especialmente diseñada para medir los síntomas de la ansiedad menos compartidos con los de la depresión; en particular, los relativos a los trastornos de angustia o pánico y ansiedad generalizada, de acuerdo con los criterios sintomáticos que se describen en el DSM-III-R para su diagnóstico”.

Entre algunos puntos fuertes del BAI que el Colegio enfatiza están:

- Puede aplicarse a diferentes tipos de pacientes y a población en general.
- Los materiales son claros y sencillos.
- Los ítems incorporan apropiadamente los trastornos de ansiedad.

- Es fiable en su consistencia interna y válida en su constructo.
- Tiene validez diagnóstica.

De acuerdo al Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos (2013) el inventario de depresión de Beck BDI-II, relacionado con la depresión, refiere que, “El inventario inicialmente propuesto por Beck y sus versiones posteriores han sido los instrumentos más utilizados para detectar y evaluar la gravedad de la depresión”.

Entre los puntos fuertes del BDI-II están:

- La prueba ha sido cuidadosamente adaptada.
- Los ítems están muy bien editados y es de fácil comprensión.
- Las puntuaciones presentan una alta fiabilidad y validez.
- Identifica de manera clara a las personas con depresión mayor y sin depresión.

Por otra parte, de acuerdo a Hervás G. y Jódar R. (2008) la Escala de Dificultades en Regulación Emocional (DERS), “evalúa diferentes aspectos del proceso de la regulación emocional en los que pueden existir dificultades: Descontrol emocional, Interferencia cotidiana, Desatención emocional, Confusión emocional y Rechazo emocional”.

Asimismo, Muñoz-Martínez y Vargas (2016) consideran que la Escala busca medir diversas características de la Desregulación Emocional, tales como: la no aceptación de las respuestas emocionales, dificultades en conductas dirigidas a metas cuando se está alterado, dificultad para controlar comportamientos impulsivos cuando se está alterado, acceso limitado a estrategias de regulación emocional percibidas como efectivas, falta de consciencia emocional y falta de claridad emocional.

Trastorno de Ansiedad

La ansiedad, cuando no es un problema, tiene un carácter anticipatorio, y funcional, es decir, la capacidad que tienen las personas de predecir o señalar un

peligro o amenaza, por lo tanto, tiene una función activadora y facilitadora de la capacidad de respuesta del individuo, constituyéndose junto con el estrés, en un mecanismo del sistema defensivo y adaptativo del individuo ante las demandas del medio que conllevan peligros.

La ansiedad, por sí sola no es un problema, ya que forma parte de las herramientas con que las personas cuentan para adaptarse o enfrentarse a su vida psicosocial. Sin embargo, ante las distintas amenazas a las que se enfrentan en estos tiempos las personas como lo son: alta competitividad, un consumismo promovido para adquirir muchos productos sobre la base del estatus, cierre de empleos, la exigencia del uso de nuevas tecnologías, y características personales y comportamentales, entre otros, hacen que la frecuencia, intensidad o duración sean agudos y constantes, generando limitaciones importantes en la vida de la persona y en su capacidad de adaptación al medio, entonces ya se convierte en un trastorno. La vida moderna, de manera irónica, ofrece muchas comodidades a las personas, pero a un alto costo.

La ansiedad se puede definir como un estado emocional displacentero, frecuentemente acompañado de manifestaciones físicas (fisiológicas) y mentales que no son atribuibles a peligros reales, difíciles de identificar, que pueden conducir a fatiga o incluso al agotamiento (Goldman, 2001). La ansiedad puede ir desde rasgos menores como inquietudes, hasta la angustia completa, atravesando por sensaciones y emociones de irritabilidad, deseos de correr, ocultarse y gritar, debilidad, desfallecimiento y desesperación.

La revista electrónica mal estar y subjetividad (Sierra *et al*, 2003), la considera como un estado emocional y fisiológico transitorio, como un rasgo de personalidad y como explicación de una conducta.

En Sierra *et al*, (2003) se considera que las emociones se manifiestan a través de reacciones congregadas en distintas categorías: cognitiva o subjetiva, fisiológica,

y motora o conductual, con una alta variabilidad interindividual en la reacción. Las cuales se relacionan entre sí, aunque no necesariamente en grado de intensidad. Es decir, una persona puede tener una alta reacción cognitiva de ansiedad, pero baja en reacciones fisiológicas o conductuales, o viceversa.

Con la categoría cognitiva se reconoce el proceso mental en el que las personas perciben situaciones que le producen aversión, esto se capta como una amenaza, y genera una respuesta aversiva que se traduce en ansiedad a la que se suman otros procesos cognitivos como pensamientos, ideas, incluso experiencias o traumas que la persona asocia a la situación que vive. Hasta aquí el proceso cognitivo con que la persona afronta las situaciones que le acontecen, se considera un rasgo de personalidad. Entre las manifestaciones cognitivas, pueden ir desde una leve preocupación hasta el pánico, la creencia de un peligro inminente, preocupación por lo desconocido o temor de perder el control sobre las funciones corporales.

Ante los pensamientos de peligro y de aprehensión, se activa el sistema nervioso autónomo simpático y la persona desarrolla reacciones fisiológicas (segunda categoría); entre los rasgos fisiológicos sintomáticos del trastorno de ansiedad podemos mencionar: la sensación de ahogo, opresión en el pecho, dificultades respiratorias, además de los procesos químicos que el cuerpo desarrolla y la vivencia en estado constante de estas reacciones puede potenciar la aparición de otros trastornos físicos, como lo son la diabetes, la hipertensión o el bruxismo. Otras reacciones físicas de la ansiedad pueden ser: mareos, dolor de cabeza, boca seca, fatiga, incapacidad para concentrarse, ritmo cardíaco acelerado, sudoración, y tensión muscular.

La tercer categoría es la conductual, la cual de alguna manera, es la más visible de las reacciones, ya que la persona desarrolla conductas que van desde un enfado sin mayor efecto, (el cual se observa por el ceño o la boca fruncida), o manifestaciones de enojo leves a intensas, moverse con inquietud, tal como caminar

repetidamente en espacios cerrados, frotarse las manos, tratar de pasar desapercibido (como en el caso de los exámenes), entre otras reacciones, las más intensas pueden implicar pelear sin razón, alzar la voz y hasta arrojar objetos.

En general, estas tres categorías son la manera en que las personas afrontan las amenazas, a las que se suman factores ambientales, o situaciones más complicadas, tales como la diabetes, (con reacciones fisiológicas que potencian conductas de ansiedad), o como el bruxismo, que es un efecto de la ansiedad, pero que genera trastornos asociados al dolor.

La ansiedad puede ser provocada, tanto por estímulos externos o situacionales, como por estímulos internos al sujeto, tales como pensamientos, ideas, imágenes, etc., que son percibidos por los individuos como peligrosos y amenazantes.

Desde la perspectiva cognitivo-conductual, se considera a la ansiedad como un impulso motivacional para responder ante una estimulación determinada. Esta escuela utiliza en el estudio de la respuesta de ansiedad los términos de miedo y temor frecuentemente (Sierra et al, 2003).

Desde el enfoque cognitivo, la persona percibe la situación, la evalúa y valora sus implicaciones; si la considera amenazante, se iniciará una reacción de ansiedad, coincidiendo con otros procesos cognitivos, en el que los pensamientos, ideas, creencias e imágenes son inductores de la ansiedad.

A la sensación de amenaza se suma la inseguridad, nerviosismo, angustia, irritabilidad, hipervigilancia, inquietud, preocupación, miedo y agobio.

Entre los factores de la ansiedad podemos mencionar: que la emoción sea recurrente y persistente, que la respuesta emocional expresada sea desproporcionada en relación a la situación, y que la ansiedad sea recordada aún en ausencia de algún peligro ostensible; por lo que, se da la paralización como

respuesta, hay un sentimiento de desamparo; y la persona es incapaz de realizar conductas adaptativas a la situación con objeto de eliminar dicha ansiedad.

El *Enfoque cognitivo-conductual*, propone que la conducta se determina a partir de la interacción entre las características individuales de la persona y las condiciones situacionales que se presentan. (De ahí que la variable estímulo-respuesta se suma el ambiente), es decir, existen las variables cognitivas del individuo (pensamientos, creencias, ideas, etc.) y las variables situacionales (estímulos discriminativos que activan la conducta).

Por ello, Lang (1968), considera a la ansiedad como un sistema triple de respuesta en el que interactúan manifestaciones cognitivas, fisiológicas y motoras. Es decir, como respuesta emocional, en el que la respuesta al estímulo está caracterizada fundamentalmente por las características (rasgo de personalidad) del individuo.

En concordancia, de acuerdo con Domínguez, F. (2013), la ansiedad de carácter clínico está identificada por una serie de factores entre los que se pueden citar que la emoción sea recurrente y persistente, que la respuesta emocional emitida sea desproporcionada en relación a la situación, y que la ansiedad sea evocada en ausencia de algún peligro ostensible; además, la paralización como respuesta del individuo es un factor considerado, pudiendo quedar paralizado por un sentimiento de desamparo; o mostrarse incapaz de realizar conductas adaptativas a la situación con objeto de eliminar dicha ansiedad.

A fin de reconocer la ansiedad, se han desarrollado distintos instrumentos los cuales pueden ser utilizados por la psicología conductual, para su medición, tales como el inventario de ansiedad estado y rasgo, elaborado en 1966 por Spielberger, Gorsuch y Lushene, la Escala de ansiedad de Cattell de 1958, y el Inventario de ansiedad de Beck, (1988), que es el más utilizado actualmente, ya que mide la intensidad de la severidad de los síntomas de ansiedad, y separa de manera confiable, a la ansiedad de la depresión, además de que favorece la medición del

antes y después del tratamiento, ya que delimita los síntomas psicosomáticos a través de sus manifestaciones fisiológicas: (sudoración, palpitaciones, dificultad para respirar, tensión muscular, dolor de cabeza, sequedad de la boca, náuseas, entre otros), sus manifestaciones cognitivas (preocupación, inseguridad, miedo, pensamientos negativos, dificultad para estudiar, etc.), y sus manifestaciones motoras que se pueden observar, (tales como intranquilidad motora con movimientos repetitivos, llanto, quedarse paralizado.) Otros instrumentos de medición pueden ser las escalas de ansiedad, las escalas multidimensionales como la de Endler de 1991, los inventarios de actitudes, situaciones y respuestas, etc.

El Trastorno Depresivo.

Es una conducta que también ha sido explicada desde distintas teorías, desde el psicoanálisis, hasta el modelo cognitivo conductual, modelo escogido para el estudio de caso que nos ocupa. Entre las posiciones teóricas planteadas en el modelo cognitivo-conductual, podemos mencionar tres: la teoría del procesamiento de la Información, la teoría cognitiva social, y la teoría cognitiva conductual.

La teoría del Procesamiento de Información, en la que se manejan constructos teóricos derivados de la psicología experimental cognitiva, considera que las personas se ubican en un entorno cambiante, que demanda capacidades adaptativas, provocando una transformación cognitiva, en este caso negativa, que afecta sus emociones y conductas.

La teoría cognitiva-social, se refiere a la forma en que los sucesos que ocurren en el ambiente influyen en la percepción de la esperanza y las expectativas que tiene la persona para controlar esos sucesos, y en el caso de la depresión, la persona desarrolla expectativas negativas y sentimientos de desesperanza y tristeza al sentirse indefensa ante lo que le ocurre. La persona percibe que no tiene opciones para resolver su problemática.

La teoría cognitivo-conductual, suma los aspectos cognitivos: pensamientos, ideas, entre otros, con los conductuales. La manera en que la persona ajusta y se adapta a las circunstancias cambiantes del ambiente, en el caso de las personas depresivas, es que los factores ambientales y los procesos cognitivos son los responsables del trastorno, y que manipulan los efectos del ambiente en el que se encuentra la persona.

En la propuesta cognitiva de Aaron Beck, la depresión es en gran medida el resultado de una interpretación errónea de los acontecimientos y situaciones que tiene que afrontar el sujeto de acuerdo con Vázquez, F., Muñoz, R. y Becoña, E. (2000).

De acuerdo a Domínguez Medina F. (2013), El modelo de Beck gira en torno a tres conceptos básicos: la *cognición*, el *contenido cognitivo* y los *esquemas*. La *cognición* se refiere al contenido, proceso y estructura de la percepción, del pensamiento y de las representaciones mentales. El *contenido cognitivo* es el significado que el sujeto da a los pensamientos e imágenes que tiene en su mente; para los terapeutas cognitivos, la interpretación que hace el sujeto sobre un hecho (contenido cognitivo) tendrá una influencia significativa en lo que siente. Los *esquemas* son creencias centrales que se constituyen en los principios directrices que sirven para procesar la información procedente del medio.

Los esquemas erróneos se relacionan con acontecimientos pasados, y en el caso de los esquemas depresivos, con experiencias como la desaprobación o pérdida de los padres. De esta manera, las personas depresivas son incapaces de generar una acción que alivie los sentimientos que están provocándole angustia.

La teoría cognitiva sobre la depresión, considera las siguientes características de las personas depresivas: una visión negativa de sí mismo, del mundo que le rodea, y de su futuro, los pensamientos automáticos negativos, errores en la percepción y en el procesamiento de la información, y disfunción en los esquemas. En síntesis,

la teoría de Beck (1967), se refiere a que el contenido cognitivo de un sujeto deprimido acerca de sí mismo, su mundo y su futuro, es disfuncional y negativo. El sujeto se califica así mismo como incapaz, sus problemas imposibles de resolver, y un futuro sin esperanza.

La disfuncionalidad de los esquemas cognitivos genera pensamientos negativos y errores en la manera en la que se procesa la información, activados por estímulos estresantes.

Por otra parte, los modelos cognitivo-conductuales se centran más en la interacción “Persona - Situación” e incluyen procesos cognitivos, e incluso estructuras cognitivas, en la conceptualización de la depresión (Vázquez y Sanz, 1991).

Por ello, los modelos de autocontrol, hacen énfasis en la retroalimentación, y en la posibilidad del ajuste, adaptación y readaptación de la conducta de la persona.

También, la Organización Mundial de la Salud (2017) en la nota descriptiva de abril de este año, describió a la depresión como una psicosis afectiva en la que el ánimo se muestra marcadamente deprimido por la tristeza e infelicidad con algún grado de ansiedad. También, en el marco del día mundial de la salud, la Organización Mundial de la Salud (2012) escogió el lema “La depresión, una crisis global” enfatizando que es un trastorno que afecta a muchas personas, que llega a ser discapacitante, que afecta el entorno de la familia y la comunidad, que es más común en las mujeres que en los hombres, que afecta a casi 350 millones de personas en el mundo y que por lo menos seis de cada diez personas en América Latina la padecen.

Las manifestaciones de la depresión incluyen, en el aspecto emocional: sentimientos de abatimiento, desesperanza, pesimismo, tristeza e irritabilidad y en el aspecto cognitivo, la valoración que hace una persona deprimida de sí misma, de

su entorno, y de su futuro es negativa; existe pérdida de la autoestima; y en el aspecto físico: insomnio, fatiga, pérdida del sueño, del apetito, dolor de espalda, vómito.

El aspecto conductual radica en la pérdida de iniciativas, toma de decisiones erróneas, abandono de responsabilidades, descuido personal, apatía, e incluso intento y consumación de suicidio, entre otros.

Para la calificación de la Depresión, existe un sistema de clasificación diagnóstica denominado el DSM-IV (López-Ibor y Valdés, 2002). En el que los trastornos depresivos se dividen en: trastornos de depresión mayor, en el que puede tratarse de un único episodio o de varios episodios depresivos, trastorno Distímico, que es una forma crónica de la depresión no bipolar por períodos prolongados de tristeza, con síntomas como baja autoestima, trastornos de alimentación y de sueño, pesimismo, fobia social, y el Trastorno Depresivo no Especificado.

Justificación e importancia de la práctica profesional

La importancia que esta investigación tiene, es que además de confirmar la relación que existe entre la ansiedad, la depresión y la patogenia del bruxismo, es poner en práctica el modelo y la terapia cognitivo-conductual, utilizando algunas técnicas que apoyarán en la reducción de los estresores, a través de una herramienta relativamente moderna, que es la atención a distancia.

Entre las razones de carácter social para la definición del estudio de caso es que más de la mitad de las personas que sufren ansiedad o una depresión, no piden ayuda especializada porque ignoran que la padecen, la consideran una condición de vida, por lo que, en el caso del bruxismo, no son diagnosticadas de trastorno depresivo al enmascarse como algún tipo de patología orgánica.

Científicamente, explicar, comprender, predecir y controlar un fenómeno es un objetivo básico de la ciencia, y en el campo experimental, confirmar las leyes de estímulo-respuesta, modificando la influencia de las variables a fin de generar

cambios en la conducta, significa que al probar los modelos y técnicas cognitivo-conductuales, se permitirá afianzar la teoría y la práctica.

Por ello, con base en la terapia cognitivo-conductual, se pondrá en práctica que los procesos cognitivos: actitudes, creencias, expectativas, y constructos en general, son tratados como formas de conducta sujetas a las leyes del aprendizaje, y por lo tanto, susceptibles de modificarse.

Este estudio permitirá demostrar que las personas con bruxismo pueden aprender cogniciones que les permitan afrontar de mejor manera la ansiedad y la depresión, de que sí se puede vivir mejor, y que la terapia cognitivo-conductual pone de relevancia la importancia de la persona y la necesidad de vivir con calidad de vida, previniendo y erradicando conductas que le generarán más dolor.

El que una persona reciba tratamiento, y vea los resultados, es importante, ya que los resultados de la investigación científica serán socializados de persona en persona.

La importancia de realizar una práctica clínica, también es de carácter formativo, ya que a través de una evaluación y una intervención cognitivo-conductual, del análisis funcional y monitoreo de los cambios fisio-psicológicos, y lograr un cambio clínico deseado, siguiendo una metodología, ayudan a entender de manera práctica por qué aparecen y permanecen ciertos síntomas, cuáles son los factores ambientales o estímulos interpersonales que desencadenan la problemática, así como la toma de decisiones para su tratamiento, que son básicos para la formación profesional. Desde el punto de vista profesional, realizar un estudio de caso es formativo, ya que al aplicar la teoría cognitivo-conductual, se usan diferentes instrumentos y técnicas asociadas a la TCC y la reestructuración cognitiva de Ellis y su técnica A-B-C.

Albert Ellis (1913-2007), fue uno de los psicólogos más influyentes de Estados Unidos, ya que es el creador de la Terapia Racional Emotiva Conductual (TREC), el origen de lo que hoy es la Terapia Cognitivo Conductual.

Según Ellis, la perturbación emocional no es creada por las situaciones sino por las interpretaciones de esas situaciones. Cuando las personas se enfrentan a adversidades, pueden elegir entre sentir emociones negativas saludables (molestia, frustración, decepción) o malsanas (ansiedad, depresión, cólera).

En Reguera, J. (2017), Ellis desarrolló un modelo llamado ABC que explica cómo a partir de cualquier acontecimiento, podemos generar emociones saludables o dañinas, según la interpretación que hagamos de esa situación. En donde "A" es el acontecimiento activador (a adverso), como un fracaso o el rechazo de alguien, "B" (del inglés Belief) representa las creencias de la persona. Estas creencias pueden ser racionales o irracionales. El punto "C" se refiere a las consecuencias que la persona genera como resultado de A y B.

Por otra parte, el hecho de que esta práctica sea supervisada y con orientación, es trascendente porque aporta al futuro terapeuta razonamientos necesarios para evitar errores o confusiones de razonamiento clínico.

Otro aspecto significativo es el que un sinnúmero de personas no tienen tiempo, o condición económica para asistir a terapia psicológica, por lo que, la terapia a distancia vía electrónica puede ser una alternativa para muchos pacientes que no cuentan con el tiempo o la economía suficiente para atender y resolver su problemática. Esta situación puede hacer la diferencia entre permanecer o abandonar un tratamiento. Por ello, se considera importante demostrar la funcionalidad y eficacia en los tratamientos a distancia.

Estos dos aspectos: el costo-beneficio y la mejora de la calidad de vida fueron considerandos importantes en la definición de este estudio de caso, y que como resultado de la práctica profesional, haya un aporte a la comunidad.

Objetivo General:

A través de la intervención cognitivo-conductual a distancia, reducir la ansiedad y la depresión en un caso de bruxismo.

Objetivos específicos:

Enseñar con el modelo cognitivo conductual técnicas de afrontamiento para reducir la ansiedad y la depresión.

Reducir el índice de ansiedad a través de la intervención a distancia.

Reducir el índice de depresión a través de la intervención a distancia.

Reducir los síntomas del bruxismo asociados a trastornos psicológicos.

Variable independiente: intervención cognitivo-conductual a distancia.

Variable dependiente: reducción de la ansiedad y depresión.

ESTUDIO DE CASO:**Descripción del escenario:**

En el Campus Iztacala de la Universidad Nacional Autónoma de México se encuentra el Centro de Apoyo Psicológico y Educativo a Distancia (CAPED), que otorga apoyo psicológico al alumnado del Sistema de Universidad Abierta y Educación a Distancia (SUAYED) en sus diversas profesiones de la FES Iztacala, con el propósito de atender y disminuir sus problemas emocionales y reducir su impacto negativo en el rendimiento académico.

El CAPED funciona con la colaboración de psicólogos que atienden los casos, brindando auxilio y apoyo a problemáticas de carácter emocional, (como la ansiedad y la depresión), sexual, o conductas adictivas entre otras a través, de video llamadas.

Los psicólogos que dan atención, son alumnos de los últimos semestres de la licenciatura, prestadores de servicio social y postulantes de posgrados que atienden en horarios distintos. Existe un entrenamiento previo para fortalecer las habilidades y captar el interés de la persona que necesita apoyo. Por ello, los psicólogos reciben supervisión de forma individual y en sesiones grupales a fin de orientarlos y apoyarlos para fortalecer sus técnicas de intervención.

La metodología implementada por el CAPED se basa en la terapia a distancia salvo en ocasiones como medida emergente, se llega a realizar vía telefónica.

El uso de las tecnologías de información ofrece actualmente muy diversos ámbitos de aplicación, impactando en nuestras vidas de muchas formas y haciendo de ellas algo imprescindible para nuestra vida cotidiana (Botella, García y Quero, 2007).

Y aunque el uso del internet y otros espacios electrónicos en general parecieran servir sólo para obtener información diversa o entretenimiento, los beneficios de las intervenciones psicológicas están probados de múltiples formas, mejorando la calidad de vida de los usuarios.

Por su parte Vázquez, Torres, Blanco, Otero y Hermida (2014), mencionan que dentro de la psicología, las tecnologías de información y comunicación (TIC) han sido aplicadas con éxito en numerosos ámbitos como la psicología experimental, clínica, educativa, social y evaluación psicológica con el objetivo de promocionar, monitorear y potenciar el estado de salud y ayudar a los profesionales de la salud a alcanzar este objetivo.

De la misma manera, estos autores en Vázquez, Torres, Blanco, Otero y Hermida (2014) mencionan que “los psicoterapeutas se han ido adecuando a esta tecnología que promueve la autonomía en los pacientes, la accesibilidad de un mayor número de población, una mayor apertura y honestidad y, a través de un trato de respeto, tolerancia, es posible atender con altos niveles de calidad diversas problemáticas”.

Cárdenas, Serrano, De la Rosa y Flores (2008) refieren que esta modalidad a distancia ofrece una serie de beneficios tanto para psicoterapeutas como a usuarios superando los diversos retos que se presentan en el campo de la salud mental, la modalidad de tratamiento vía internet no representó ningún impedimento y facilitó el acercamiento de un servicio clínico de calidad, lo que apoya los resultados obtenidos en otras investigaciones”.

Existen otros retos a superar como el grado de importancia que las y los usuarios le dan al tratamiento, precisamente en razón de su bajo costo y mayor accesibilidad

en tiempo y distancia, pero que seguramente se irán diseñando estrategias para hacer más atractivo este servicio a distancia.

Por lo anterior y siendo el CAPED una herramienta favorable para brindar apoyo terapéutico a distancia es que se tuvo el acceso al caso único de una estudiante de psicología quien solicitó el servicio derivado de un dolor crónico que la aqueja desde hace varios años, el cual es diagnosticado como bruxismo, que se corresponde con dolor en la mandíbula superior derecha, y la usuaria refiere que esta condición se asocia, según algunos médicos y familiares, a problemas psicológicos de ansiedad, estrés, sumado a un cuadro de depresión que la paralizan en muchas formas y que está afectando su vida personal y sus estudios profesionales porque le cuesta trabajo concentrarse.

Título del caso:

“El bruxismo como consecuencia de la ansiedad y depresión”.

Identificación del paciente:

Mujer de 43 años de edad, de nacionalidad colombiana, que vive con su esposo de 48 años, de nacionalidad mexicana, en la ciudad de Tehuacán, Puebla. Con el antecedente de haber sido madre soltera. Estudiante de la carrera de Psicología del Universidad Abierta y Educación a Distancia (SUAYED) de la UNAM. Cursa el tercer semestre de la carrera con un promedio de 8.1.

Análisis del motivo de la consulta:

La usuaria solicita apoyo pues refiere que tiene un dolor crónico diagnosticado desde que tenía 23 años, llamado bruxismo, que es el movimiento involuntario de apretar los dientes, lo que le produce dolor constante en la mandíbula superior derecha. Se enteró de los servicios del CAPED, y solicita el apoyo con asesoría u orientación sobre lo que puede hacer para evitar su malestar. Previamente, estuvo atendiéndose con un psiquiatra en Canadá por seis meses, pero lo dejó porque no quería tomar medicamentos. Explica que ha recibido comentarios de que el hecho de apretar las mandíbulas es por estrés. Manifiesta sentirse sola y sin apoyo, razón

por la cual ha asistido a otras sesiones con psicólogos pero las abandona a consecuencia de la actividad profesional de su esposo quien requiere cambiar de domicilio constantemente.

Historia del problema:

La usuaria refiere que su familia le dio la espalda a raíz de haberse embarazado a los 18 años, situación que provocó que dejara de estudiar la carrera de ingeniería. De ser una persona viviendo con un nivel económico alto, tuvo que irse a vivir con un tío quien se ofreció a apoyarla, pero surgieron problemas con su esposa y entonces decidieron internarla en una casa de madres solteras, atendida por monjas para que allí pasara su embarazo y naciera su hijo. La usuaria decide escaparse con su hijo porque no le gustaba el trato que recibía en ese lugar, se va a vivir con la familia del padre de su hijo, pero el trato es aún peor, por lo que considera irse de allí y es así como comienza a resolverse sola la vida, pidiendo apoyo a una amiga para que le cuidara a su hijo y poder trabajar para mantenerse porque aunque su familia tuviera la posibilidad de hacerlo nunca la apoyaron.

La usuaria ocupa el segundo lugar de dos hermanos, cuando ella nace fallece su madre, a quien le habían advertido que si se volvía a embarazarse le podría ir la vida en ello, y así fue, su madre falleció al darla a luz. Por lo que a la usuaria y a su hermano los educaron sus dos abuelas y la bisabuela paterna hasta la edad de 4 años, hasta que el padre decide vivir con otra persona que tenía dos hijos de otra relación. La usuaria comenta que su niñez fue buena pues le compraban de todo, viajaban, acudían a colegios privados, aunque su madrastra era muy estricta con ella y con su hermano no así con sus propios hijos, pero esto a ella no le afectaba. Siempre fue buena alumna hasta que en el bachillerato comenzó a hacerse muy rebelde debido a que se dio cuenta que su padre tenía una amante, situación que provocó en ella enojo y desilusión. Derivado de esto, comenzó a bajar sus notas en la escuela y a salir con el chico más rebelde y osado de la universidad quien también gozaba de una buena posición económica y de quien se embarazó. La usuaria se da cuenta que estaba embarazada hasta que tenía 5 meses, nunca se imaginó la reacción de rechazo por parte de toda su familia. Su padre y madrastra la corrieron

de su casa y dejaron de apoyarla económicamente por lo que tuvo que abandonar sus estudios.

Refiere que su vida no fue fácil pues sin estudios completos, sin dinero y sin contactos no era posible encontrar trabajo. Además, la falta de afecto por parte de todos los suyos, nunca lo entendió y generó un sentimiento de soledad.

La usuaria, actualmente está casada con un consultor de empresas inversionistas en diferentes países, por lo que tienen que cambiar de residencia muy seguido, situación que le ha provocado mucho estrés y amistades poco duraderas. Cabe mencionar que su hijo vive en Canadá, y no tienen mucha comunicación con ella.

Análisis Secuencial Integrativo

ANTECEDENTES	ORGANISMO	RESPUESTAS	CONSECUENCIAS
<p>EXTERNOS: Pasa mucho tiempo sola (Solo se relaciona con su esposo y la empleada doméstica; su hijo vive en Canadá y su única amiga también vive en otra ciudad)</p> <p>Continuo cambio de lugar de residencia</p> <p>Discusiones con su padre cuando habla con él</p> <p>Los comentarios ofensivos que hace o que ha hecho la familia de su esposo con respecto a ella (colombiana prostituta, trepadora)</p> <p>Falta de respuesta de su hijo cuando le llama por teléfono.</p>	<p>HABILIDADES o HISTORIA DE REFORZAMIENTO: Se considera una persona inteligente y capaz de ser independiente</p> <p>Siempre quiso estudiar psicología, se siente motivada a concluir la carrera.</p> <p>Habla tres idiomas</p> <p>Ha trabajado para mantenerse a ella y a su a hijo desde que él tenía seis meses de nacido</p> <p>Mantiene su casa muy limpia, y cuida su alimentación</p> <p>Se dedicó a las ventas</p>	<p>Queja: Quisiera establecerse en un solo lugar, se siente sola, Desea entender porque su papá la rechazó tanto y no la apoyó cuando más lo necesitaba, Porque su familia la consideró como una persona “mala” por el hecho de ser rebelde y no dejarse de nadie</p> <p>Conductuales: Quejas verbales, Llanto, Verbalizaciones aceleradas, Descuido personal. Aislamiento social Reclamos a su pareja por sus propias condiciones.</p>	<p>A corto plazo: Tomar medicamentos que la hacen dormir hasta muy tarde</p> <p>Falta de concentración para realizar las actividades de la universidad.</p> <p>Atención de su esposo: Come con ella todos los día para hacerle compañía.</p> <p>La apoya con el pago de sus cirugías</p> <p>Le da obsequios constantemente</p> <p>A mediano plazo:</p>

<p>INTERNOS: Dolor continuo en la base del cuello (bruxismo)</p> <p>HISTORIA H. Pasada Siempre se ha sentido sola y rechazada por su familia, por culparla de la muerte de su mamá al nacer y su embarazo temprano Desde niña fue rebelde y su padre le pegaba mucho Con su hermano ha tenido muy mala relación</p> <p>H. Contemporánea Sentir que no cuenta con nadie (su hijo está en Canadá; su padre está en Colombia, cuando hablan solo discuten, el esposo cambia de lugar de residencia cada año por lo que no establece relaciones sociales) Actualmente no trabaja Comenzó a estudiar psicología por línea porque se le facilita el sistema a distancia</p>	<p>por lo que su aspecto físico lo había cuidado siempre</p> <p>Desde niña la hicieron sentir que nada le pertenecía</p> <p>Fue educada por sus abuelas de manera muy disciplinada</p> <p>VARIABLES BIOLÓGICAS: Padece bruxismo Insomnio Operaciones: busto, liposucción, reducción de párpados, por su necesidad de aceptación social Falta de adherencia tratamientos médicos para evitar el dolor Aletargamiento (originado por el medicamento)</p> <p>VARIABLES COGNITIVO CULTURALES: Victimización para obtener satisfactorios o atención.</p>	<p>Cognitivas: Pensamientos automáticos negativos (por qué me embaracé tan joven, por qué mi familia ha sido tan indiferente conmigo, por qué me golpeaba tanto mi papá si solo era una niña) Tristeza Rumiaciones sobre fracasos pasados y futuros. Molestia hacia su esposo Irritable</p> <p>Fisiológicas: Incremento del dolor mandibular, Aumento del apetito cuando está inactiva, desgano. Cansancio</p>	<p>Carecer de redes de apoyo social (p. ej. Amigos)</p> <p>Deserción de la universidad.</p> <p>A largo plazo: Aislamiento social.</p> <p>Ruptura de sus vínculos familiares (particularmente con su padre e hijo).</p> <p>Pérdida de la autonomía personal.</p>
---	---	--	--

Delimitación de la conducta problema: la ansiedad y la depresión son los trastornos que generan en la usuaria el bruxismo.

Con el modelo secuencial integrativo (E-O-R-C), Fernández y Corrales (1987): Antecedente, Organismo, Respuesta y Consecuencias anterior, fue posible comprender la conducta problema de la usuaria, en el que la ansiedad y la depresión le generaron el bruxismo que la aqueja y por la que se acercó al CAPED.

Análisis funcional

Solicita consulta B, mujer de 43 años, refiriendo tener malestar físico y dolor continuo en la base del cuello. Le fue diagnosticado bruxismo desde hace 20 años, no quiere operarse y tampoco quiere tomar medicamentos pues considera que son tóxicos para su cuerpo. Por lo que acude a sesión a fin de que se le oriente sobre cómo manejar su dolor, ya que familiares y amigos le han comentado que su bruxismo es de tipo psicológico.

Actualmente vive en provincia, solo con su esposo con quien se lleva muy bien pues él es muy tranquilo. Por el empleo de su esposo tienen que cambiar constantemente de residencia, lo que provoca no tener amistades duraderas y el hecho de pasar mucho tiempo sola la hace sentir que no pertenece a ningún lugar. La relación con su familia es muy mala y con la de su marido no le gusta convivir pues se ha expresado mal de ella. Cuando habla con su padre siempre terminan peleando lo que le provoca, tristeza, llanto, ansiedad e incremento de su dolor mandibular.

Manifiesta que siempre se ha sentido rechazada, con abandono y falta de atención y cariño por parte de su familia, ya que la culpan por la muerte de su mamá al nacer y su embarazo temprano. Siente que no cuenta con nadie (porque su hijo está en Canadá). Por otra parte no entiende porque su familia la consideró como una persona “mala” por solo el hecho de ser rebelde y no dejarse de nadie.

El bruxismo, insomnio, ansiedad y depresión son problemas que se han incrementado a raíz de su último cambio de residencia a la ciudad de Tehuacán Puebla. No tiene adherencia a ningún tipo de tratamiento médico para el bruxismo,

por lo que cuando toma el medicamento para evitar el dolor este le provoca aletargamiento.

A nivel conductual la usuaria manifiesta su malestar a través de quejas verbales, llanto, verbalizaciones aceleradas, descuido personal, aislamiento social y reclamo a su pareja por sus propias condiciones pues quisiera establecerse en un solo lugar.

A nivel cognitivo, B presenta pensamientos automáticos negativos como: por qué mi familia ha sido tan indiferente conmigo, por qué me golpeaba tanto mi papá si solo era una niña, tristeza, rumiaciones sobre sus fracasos pasados (por qué me embaracé tan joven) y futuros, molestia hacia su esposo, y como consecuencia se muestra irritable.

A nivel fisiológico, presenta incremento de dolor mandibular, aumento de apetito frente a la inactividad, cansancio y por ende desgano.

Cabe mencionar que B se considera como una persona inteligente e independiente que ha sabido aprovechar sus capacidades como el de aprender a hablar otros idiomas, trabajar para mantenerse a ella y a su hijo gracias a las ventas. Desde niña la hicieron sentir que nada le pertenecía pues fue educada por sus abuelas de manera muy disciplinada, situación que ahora agradece ya que esto la obligó a buscarse la vida ella sola.

Espera que su tratamiento, la ayude a tomar decisiones que le faciliten su estabilidad emocional, a mejorar su nivel académico y concluir por fin una carrera, ya que por su embarazo no pudo continuar sus estudios. Se muestra optimista con el cambio que quiere realizar en sus actitudes ahora que puede tener el apoyo de una terapia a distancia.

De acuerdo con el análisis se consideró trabajar en la disminución de pensamientos disfuncionales, incrementar sus habilidades de autocontrol, aumentar sus habilidades sociales, interpersonales y académicas a fin de disminuir sus

efectos fisiológicos como son su depresión y ansiedad que han derivado en un dolor crónico de bruxismo.

Por otra parte, podemos mencionar que es posible que se mantengan pensamientos ocultos, ya que la entrevista puede tener limitaciones para valorar la severidad o gravedad de la situación actual.

Establecimiento de las metas del tratamiento:

De acuerdo con Nezu, Nezu & Lombardo (2016) las principales metas de resultados finales son el mejoramiento del estado de ánimo negativo y de la pérdida del interés en actividades placenteras, si el estado de ánimo sostenido provocó un debilitamiento significativo de funcionamiento, las metas de resultados finales adicionales pueden abarcar el mejoramiento de las relaciones ocupacionales, académicas y sociales.

- Disminuir el pensamiento disfuncional.
- Disminuir la depresión y ansiedad y sus efectos fisiológicos.
- Incrementar sus habilidades de autocontrol.
- Aumentar sus habilidades sociales, interpersonales y académicas.

Objetivos terapéuticos:

Generales:

1. Modificar su comportamiento en cada sesión de manera progresiva para disminuir la ansiedad, la depresión y la parafunción del bruxismo.
- 2.- Incrementar la percepción de control sobre su vida y el aprendizaje de las conductas positivas.

Particulares:

- Que la usuaria conozca que es el tratamiento cognitivo-conductual.

- Que la usuaria aprenda la técnica de reestructuración cognitiva.
- Que la usuaria practique las técnicas de relajación y activación física.
- Que la usuaria desarrolle más control sobre sus emociones.

Instrumentos de evaluación.

Para el diagnóstico e identificación de la línea base, se utilizaron los inventarios de ansiedad y depresión de Beck (BAI y BDI) y la Escala de Dificultades en Regulación Emocional (DERS).

De acuerdo a Antón, V. Menárguez, P., García, P. & García, B. (2016), el Inventario de depresión más utilizado es la adaptación al castellano del Inventario de Beck, el BDI (por sus siglas en inglés), es un inventario de autoinforme de 21 preguntas que distinguen diversos síntomas de la depresión. Es una herramienta en la que cada pregunta tiene cuatro rangos alternativos de respuesta a fin de identificar la intensidad del síntoma, que puede ir de normal a extremo; los cortes son: de 0 a 10 puntos, en el que se considera que la persona tiene rasgos normales, de 10 a 19, existe riesgo de tener depresión, mayor a 20, depresión moderada y mayor a 30, depresión severa.

RANGOS DE LA DEPRESIÓN	
Normal	1-10
Leve	11-16
Moderada	17-30
Extrema	+ 40

En el inventario de Ansiedad de Beck (BAI) Los puntos de corte para clasificar el nivel de ansiedad van de mínima a grave. De acuerdo a Quintera A, et al (2017), en la escala de ansiedad de Beck se suman todos los puntajes obtenidos en cada uno de los 21 ítems, y el grado de ansiedad se califica de 0 a 3: que va desde 0, cuando está ausente, hasta 3, cuando es grave. La ansiedad se clasifica en cuatro rangos

previamente establecidos, de la siguiente manera: mínima, de 0 a 7; leve, de 8 a 15, moderada, de 16 a 25, y grave, de 26 a 63.

RANGOS DE LA ANSIEDAD	
Mínima	0-7
Leve	8-15
Moderada	16 a 25
Grave	26 a 63

De acuerdo a Gratz y Roemer (2004), mencionado en Hervás, G. y Jódar, R. (2008), la Escala de Dificultades en Regulación Emocional (DERS)¹, “evalúa diferentes aspectos de la desregulación emocional a través de 36 ítems con una escala Likert de 5 puntos: de “casi nunca/0-10% de las veces” a “Casi siempre/90-100% de las veces”.

En este estudio de caso los valores identificados al principio de la intervención fueron:

1. Depresión BDI: 14 (Leve)
2. Ansiedad BAI: 8 (Leve)
3. Escala DERS: 55 puntos.²

Selección y aplicación de las técnicas de evaluación y resultados obtenidos antes del tratamiento:

Se definió la Línea Base con los Inventarios de Ansiedad y Depresión de Beck (BAI-BDI) y la Escala de Dificultades en Regulación Emocional (DERS),

¹ Se anexa el formato de la Escala de dificultades en regulación emocional

² Se anexan los formatos.

presentando los siguientes valores: depresión 14, ansiedad 8 y la escala fue de 55 puntos.

También se desarrolló un autorregistro diario, observando las conductas antes y después del tratamiento que se pretendían cambiar, ubicando los signos y síntomas que existen entre el estrés, la ansiedad y la depresión en el bruxismo que presenta la usuaria. (Anexo 4). Se insistió en que los autorregistros son muy importantes para observar cambios y prevenir recaídas.

Se estableció un modelo de comunicación con la usuaria a fin de que la herramienta tecnológica del internet permitiera la constancia y claridad de lo que se estaba tratando.

Se proporcionó un entrenamiento a la usuaria para las secuencias, y se programaron tareas entre sesiones, (esta estrategia es muy importante, ya que las actividades diarias también se jerarquizaron con base en la importancia que la misma paciente le dio).

En la interacción con la paciente, se mantuvo una actitud activa, directiva y didáctica, en la que la flexibilidad, la comprensión, e incluso el sentido del humor permitió disminuir la distancia emocional para que la usuaria aprendiera que tratar los problemas y solucionarlos no es una tarea ni difícil ni imposible.

Aplicando la técnica de reestructuración cognitiva (TREC), se consideraron las siguientes fases y técnicas a aplicarse:

Cuadro 1.- Fases

Fases	Técnicas	Instrumentos
Evaluación de los problemas, explicación del método terapéutico que se va a seguir	Esquema ABC de la Terapia Racional Cognitiva Esquema ABC de la TREC	Entrevista de Evaluación.
Detección de pensamientos irracionales.	Listado de ideas irracionales Análisis	Autorregistro

Identificación del efecto de los pensamientos irracionales en los trastornos emocionales y conductuales		
Debate y cambio de las Ideas Irracionales	Analizar la verdad de los pensamientos irracionales	Autorregistro
Aprendizaje de una nueva filosofía de Vida	Toma de decisiones Respiración Diafragmática	Tareas en casa Autorregistro

Cuadro 2.- Desarrollo

Desarrollo de la Intervención		
Objetivos Terapéuticos	Técnicas	Instrumentos
Que la usuaria conozca el tratamiento cognitivo-conductual	Técnicas cognitivo-conductuales reestructuración cognitiva y	Autorregistro.
Que la usuaria aprenda el significado de la toma de decisiones	Autoverballización Toma de decisiones Aplicación del esquema A-B-C de Ellis en su cotidianidad.	Autorregistro.
Que la usuaria aprenda y practique las técnicas de relajación	Técnicas de relajación. Entrenamiento en relajación Progresiva. Técnicas de respiración	Autorregistro.
Enseñar a la usuaria cómo la activación física ayuda en el decremento de la ansiedad y la depresión	Ejercicios de relajación focalizada bajo el modelo de Jacobson	Autorregistro.
Que la usuaria identifique de manera más específica los cambios con la reestructuración cognitiva, desarrollando más control	Técnicas de autocontrol	Autorregistro.
Que la usuaria reconozca las emociones negativas y aplicar en el momento la reestructuración cognitiva.	Reestructuración cognitiva Autocontrol	Autorregistro.

Que la usuaria identifique los cambios conductuales y cognitivos.	Monitoreo, y autoevaluación	Autorregistro.
---	-----------------------------	----------------

Tratamiento.

Observación de la conducta durante ocho sesiones.

Primera sesión.-

Se realizó la entrevista (screening), y a través de ella se obtuvieron los registros para la evaluación del caso. Se aplicaron los instrumentos de medición definidos en los inventarios de Beck, y la Escala de Dificultades en la Regulación Emocional. Se comentó sobre las expectativas que tiene la usuaria con el tratamiento.

Segunda sesión.-

Objetivo terapéutico: que la usuaria conozca el tratamiento cognitivo-conductual que servirá para modificar su comportamiento progresivamente para reducir la ansiedad, la depresión y la parafunción del bruxismo, e incrementar la percepción de control sobre su vida.

Desarrollo: Se dio a conocer el análisis funcional de su problemática. Se explicaron las técnicas cognitivo-conductuales que serían utilizadas a lo largo de la intervención. Se explicó que es la reestructuración cognitiva y cómo llevar su autorregistro, se le expresó que se trabajaría en sus habilidades de autocontrol, habilidades sociales, asertividad, ideas irracionales y el manejo de la ansiedad y depresión. La usuaria comentó que se percibe como una persona inteligente, pero que en ese momento dice ya no tener la misma capacidad de aprender, por lo que quiere que le ayuden en sus problemas somáticos pues considera que su bruxismo es por cuestiones emocionales como le han dicho otros especialistas. Y refiere que esto, sumado a las experiencias de su infancia y su maternidad precoz, se incrementó a raíz de que mataran al padre de su hijo en 1999. Comentó que a partir

de que se embaraza muy joven, fue rechazada por su familia, sufriendo maltrato y una vida precaria económicamente. Hasta la fecha, no perdona a su familia.

Detalló experiencias a lo largo de su vida y de las circunstancias por las que ha pasado, comentó que tanto su padre como su hermano, con quienes no tiene buena relación, la culpan por la muerte de su mamá al nacer ella. Y ella, por su parte, se ha sentido sola, sin atención y sin cariño.

Tarea en casa: documentarse sobre que es la reestructuración cognitiva y el llenado del autorregistro. Reconocer rasgos fisio-psicológicos de la ansiedad y depresión.

Tercera sesión.-

Objetivo Terapéutico: que la usuaria aprenda el significado de la toma de decisiones y cómo impactan en su ansiedad y depresión, y autocontrol.

Desarrollo: La usuaria reiteró que ha tomado actitudes negativas con su familia derivado de que no los perdona, por el rechazo recibido, pero también con la familia de su esposo, ya que es demasiado crítica con lo que considera sus defectos y que ello la ha llevado a sentirse irritable y enojada. Se muestra receptiva sobre la toma de decisiones. Se trabajó sobre sus pensamientos automáticos a través de las autoverbalizaciones, se enseñó a operacionalizar sus emociones a través del autorregistro, y que ella puede decidir cómo sentirse en cada situación, enumerando de cuáles no tiene control y de cuales si, y a partir de ello decidir cómo sentirse. Se enseñó la técnica de detención de pensamientos y se enseñó y practicó la técnica ABC.

Con las técnicas aprendidas, se analizó la toma de decisiones, identificando aquellas que le generan ansiedad y depresión, y que ella puede controlar y detener sus pensamientos negativos.

Tarea en casa: se proporcionaron lecturas de documentos del internet sobre toma de decisiones, y se sugirió que los tratara de aplicar en su cotidianidad, registrando los cambios emocionales y cognitivos que fuera teniendo conforme los iba aplicando.

Cuarta sesión.-

Objetivo terapéutico: que la usuaria aprenda las técnicas de relajación y cómo contribuyen con el objeto terapéutico.

Desarrollo de la sesión: Se revisa su autorregistro. Ella informó de otras situaciones que afectaron su estabilidad emocional, ya que por el tipo de trabajo de su esposo, se mudan de manera constante, lo cual impacta en amistades de poca duración y un sentimiento de soledad, y el malestar de no sentirse de ningún lugar. Se practicó la técnica de respiración controlada o relajación, para que percibiera la reducción de su ansiedad excesiva antes de aplicar un evento de Reestructuración Cognitiva. Se enseñó a la usuaria a identificar qué músculos de su cuerpo estaban contraídos, identificando la base del cuello y sus músculos masticatorios. Se le instruyó sobre la manera de relajar de manera progresiva sus grupos musculares. Con base en algunas indicaciones de la Universidad de Almería, se enseñó el método Jacobson con ejercicios en diferentes partes del cuerpo. Se practicaron ejercicios para la boca, comisuras y cuello.

Tarea en casa: practicar las técnicas de relajación y anotar en su autorregistro los cambios a nivel físico y de emociones que fuera teniendo.

Quinta sesión.-

Objetivos terapéuticos: enseñar a la usuaria cómo la activación física ayuda en el decremento de la ansiedad y la depresión.

Desarrollo: la usuaria refirió que aunque cuida su alimentación y su vestuario, hay temporadas en que no se arregla o se arregla de manera sencilla e informal. También que cuando se siente deprimida duerme mucho, y deja de hacer sus actividades de la universidad. Se explicó a la usuaria que para tener un efecto tranquilizante, es muy importante el ejercicio, es decir, caminar, correr, saltar obstáculos o andar en bicicleta, debe ser manteniendo una duración de 5 a 30 minutos diarios, lo que le representaría un desahogo de ansiedad y depresión al hacerlo como parte de una rutina diaria dentro de sus actividades cotidianas.

Tarea en casa: se solicita realice actividad deportiva y registre su estado de ánimo. Hacer una lista de actividades que disfruta.

Sexta sesión.-

Objetivos terapéuticos: identificar de manera más específica los cambios con la reestructuración cognitiva.

Desarrollo: se realizó un diálogo de reestructuración cognitiva, confrontando las emociones con los pensamientos de manera real. Se analizó en cada uno nuevos pensamientos. La usuaria refirió que derivado de su dolor y sentimientos de tristeza, toma medicamentos sugeridos por doctores, pero que no cuida la adherencia al tratamiento farmacológico sugerido, en razón de que la aletargan y se siente mal, además de que piensa que son tóxicos. También comentó que ha suspendido intermitentemente sus estudios, lo que le genera estrés y ansiedad reflejados en mayor dolor por el bruxismo. Se confrontó a la usuaria para ver si identifica de mejor manera sus pensamientos irracionales, se indujo a hacerlo de manera más rápida ante distintos escenarios, pero lo comentado por ella fue que todavía le cuesta trabajo controlar sus pensamientos irracionales suficientemente.

Tarea en casa: se sugirió realizar una observación de cómo resuelve sus situaciones cotidianas, cómo distribuir su tiempo y como hacer una planeación para atender sus actividades y registrar los cambios.

Séptima sesión:

Objetivo terapéutico: Que la usuaria reconozca los avances en el control de sus emociones negativas y aplique en el momento la reestructuración cognitiva.

Desarrollo: la usuaria trabajó con sus sentimientos de enojo, tristeza, rencor, melancolía, y refirió que ya es más consciente de sus emociones, que ya identifica incluso cuando se empieza a enojar o sentirse triste. Refirió que ha tenido cambios positivos y que ahora es más tolerante con su familia y con ella misma. Se trabajó en identificar y cuestionar los pensamientos desadaptativos, en sustituir pensamientos negativos, y revisar que exista reducción de su perturbación emocional y/o conductual.

La usuaria refirió que ya puede controlar sus emociones de mejor manera y sustituir los pensamientos negativos por otros más apropiados, y que siente que ha avanzado en el autocontrol, porque percibe que ha reducido su ansiedad. Sobre la depresión, se muestra positiva.

Tarea en casa: anotar en su autorregistro cuántas veces pudo sustituir sus emociones negativas, cómo aplicó la TREC, las otras técnicas y los resultados obtenidos.

Octava sesión.-

Objetivo terapéutico: que la usuaria identifique los cambios conductuales y cognitivos.

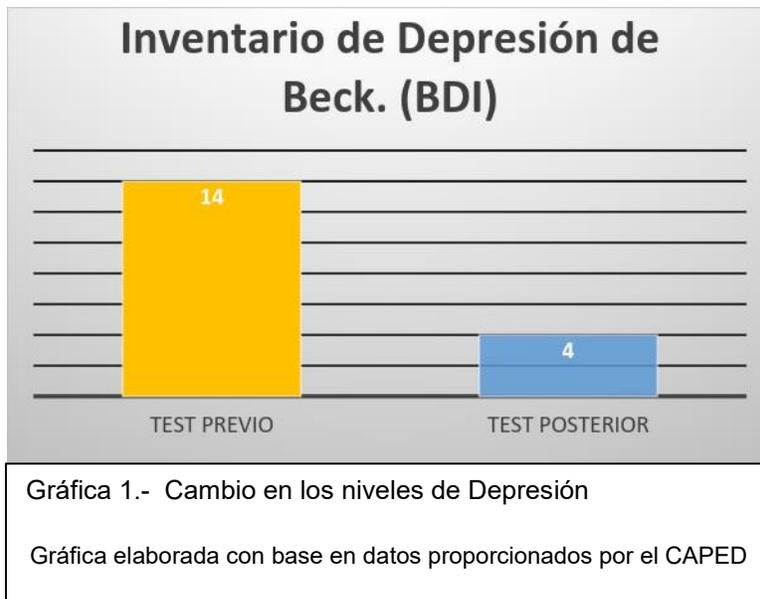
Desarrollo: En esta última sesión se aplicaron nuevamente los inventarios y la escala de ansiedad. La usuaria refirió que ya implementa la reestructuración cognitiva ante sus emociones negativas, que ha practicado de mejor manera la toma de decisiones, y que es más consciente de los cambios cognitivos que ha tenido durante el tratamiento. Se siente más relajada, informa que ha disminuido considerablemente el bruxismo y por consiguiente su dolor casi desapareció, e informa de la evolución que ella misma ha manifestado en su autorregistro. Se sugiere a la usuaria seguir trabajando la técnica de reestructuración cognitiva, practicar sus ejercicios, realizar sus autorregistros y a autoevaluarse de manera constante para revisar sus avances.

Cierre de sesión: se invitó a la usuaria a continuar con la reestructuración cognitiva que aprendió, para que una vez que ha concluido el tratamiento, continúe trabajando aquellas conductas y emociones que requieren de un mayor tiempo. Se felicita por sus nuevas habilidades y fortalezas.

Evaluación de la Eficacia del Tratamiento

Cuadro 1.- Comparación de Resultados de la intervención: Inventario de Depresión de Beck (BDI)

Ítem	Categoría	Pretest	Postest
1	Yo no me siento triste	1	0
2	Yo no disfruto de las cosas de la manera como solía hacerlo	0	0
3	Yo no me siento como un fracasado/a	0	0
4	En realidad yo no me siento culpable	1	0
5	Sentimiento de culpa	0	0
6	Yo no tengo pensamientos suicidas	1	0
7	Yo no me siento que esté siendo castigado/a	0	0
8	Me critico a mí mismo por mis debilidades y errores	0	1
9	En general no me siento descorazonado/a por el futuro	0	0
10	Yo no estoy más irritable de lo que solía estar	1	0
11	Tomo decisiones tan bien como siempre lo he hecho	0	0
12	Yo no he perdido el interés en la gente	1	0
13	Requiero de más esfuerzo para iniciar algo	1	0
14	Estoy preocupado de verme viejo/a o poco atractivo/a	0	1
15	Me canso más fácilmente de lo que solía hacerlo	1	1
16	Puedo dormir tan bien como antes	1	0
17	He perdido más de dos kilogramos	2	1
18	Cambios en el apetito	0	0
19	Mi apetito no es peor de lo habitual	2	0
20	Yo no he notado ningún cambio recientemente en mi interés por el sexo	2	0
21	Yo no estoy más preocupado de mi salud que antes	0	0
Resultado		14	4



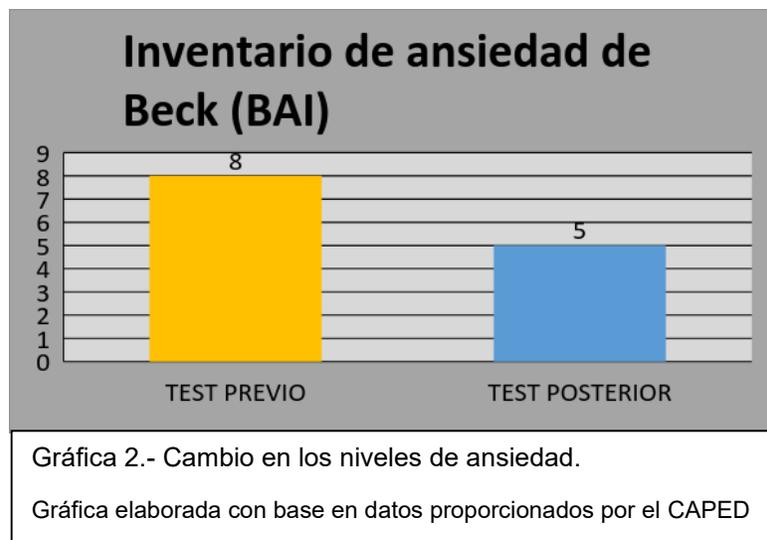
Los resultados del Inventario de Depresión de Beck muestran una disminución considerable en el trastorno de depresión, con los valores de 14, que se redujeron a 4.

Sentimientos como la tristeza, la culpabilidad, el desinterés, la pasividad, el insomnio, se redujeron en un 50%, lo cual evidencia la eficacia del Tratamiento cognitivo-conductual. Fue importante la disposición de la usuaria, aunque ésta ya había tenido acercamientos previos, pero sin concluir sus tratamientos. Por ello, se puede afirmar que la intervención a distancia se convierte en una poderosa herramienta para la adherencia.

Cuadro 2.- Resultados de la intervención: inventario de ansiedad de Beck (BAI)

Ítem	Categoría	Pretest	Postest
1	Hormigueo entumecimiento	0	0
2	Sensación de calor	0	0
3	Temblor en las piernas	0	0
4	Incapacidad de relajarse	0	1
5	Miedo a que suceda lo peor	2	0
6	Mareo o entumecimiento	1	0
7	Palpitaciones y taquicardia	0	0
8	Sensación de inestabilidad e inseguridad física	0	0
9	Terrores	0	1
10	Nerviosismo.	1	1

11	Sensación de ahogo	1	0
12	Temblores de manos.	0	0
13	Temblores generalizados o estremecimiento	0	0
14	Miedo a perder el control.	0	0
15	Dificultad para respirar	0	0
16	Miedo a morir	1	1
17	Sobresalto	2	0
18	Molestias digestivas o abdominales	0	1
19	Palidez	0	0
20	Rubor facial.	0	0
21	Sudoración (no debida al calor)	0	0
Resultado		8	5



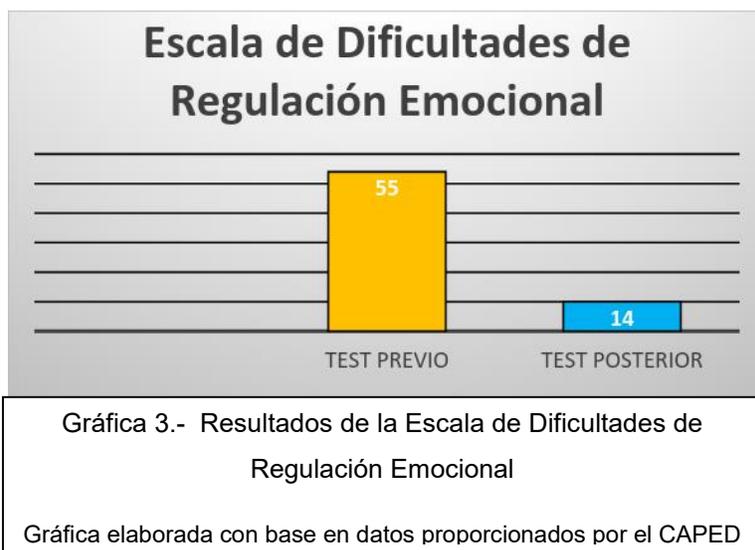
Los resultados del Inventario de ansiedad también se consideran positivos, ya que de la valoración previa de 8, el nuevo valor es de 5. Ello implica que la usuaria utiliza de mejor manera sus habilidades para confrontar sus sentimientos de enojo, irritabilidad, temores y pensamientos irracionales, reflejándose en una menor ansiedad.

Las técnicas cognitivas permitieron que la usuaria se reconozca y de manera sistematizada continúe con la reestructuración cognitiva.

Cuadro 3.- Comparación de resultados de la Gráfica DERS

	Calificación
--	---------------------

Ítems	Pre	Post
1. Tengo dificultad para encontrar el significado a mis sentimientos.	4	1
2. Yo me siento confundido acerca de cómo me siento.	3	1
3. Cuando estoy alterado, tengo dificultad para realizar el trabajo.	4	1
4. Cuando estoy molesto, quedo fuera de control	4	1
5. Cuando estoy alterado, creo que seguirá siendo así durante mucho tiempo.	4	2
6. Cuando estoy alterado, creo que voy a terminar sintiéndome muy deprimido.	3	1
7. Cuando estoy alterado, tengo dificultad para concentrarme en otras cosas.	4	1
8. Cuando estoy alterado, me siento fuera de control.	4	0
9. Cuando estoy alterado, me siento avergonzado de mí mismo por sentir de esa manera.	4	0
10. Cuando estoy alterado, yo tengo dificultades concentrándome.	4	1
11. Cuando estoy alterado, tengo dificultades controlando mis comportamientos.	4	1
12. Cuando estoy alterado, creo que no hay nada que pueda hacer para sentirme mejor.	4	0
13. Cuando estoy alterado, pierdo el control sobre mis conductas.	4	0
14. Cuando estoy alterado, encuentro difícil pensar en algo más.	4	0
15. Yo estoy atento a mis sentimientos (r).	1	4
TOTAL	55	14



La Escala de Dificultades de Regulación Emocional, también presenta la disminución de rasgos y síntomas de la paciente con trastorno de ansiedad y depresión, observándose en la usuaria la capacidad para realizar reestructuraciones cognitivas, y un mayor autocontrol de sus pensamientos y actitudes.

Seguimiento

Tal como propone la reestructuración cognitiva o la Terapia Racional Emotiva, la conducta, incluidas las cogniciones, se rige por un sistema de reglas que pueden ser explícitas mediante el análisis de los antecedentes y consecuencias de un determinado comportamiento. Para ello, se requiere la focalización activa de la atención en las verbalizaciones de estados internos. Desde el punto de vista práctico, este principio conlleva un aumento de la auto-atención focal del paciente en sus propias creencias y meta-cogniciones.

La propuesta de intervención que incluyó la reestructuración cognitiva, es una de las más utilizadas en la terapia cognitivo-conductual. Esta técnica tiene como objetivo modificar la manera en que las personas interpretan lo que sucede a su alrededor, encauzando los tipos de pensamiento y las valoraciones subjetivas que se hacen de las vivencias, y el medio ambiente que les rodea. Se enfoca en los pensamientos automáticos, que son un tipo de ideas o percepciones que las personas tienen involuntariamente y que, cuando existe trastorno de ansiedad, afecta muchas situaciones de sus vidas.

Con esta técnica se pretendió que la usuaria cambie su forma de pensar distorsionada que le produce malestar emocional: ansiedad, estrés, frustración, depresión y que físicamente le genera el bruxismo.

La toma de decisiones es otra técnica que se utilizó durante la intervención, permitiendo revisar el grado de seguridad o inseguridad al tomar decisiones, y el

impacto que esto genera en su trastorno de ansiedad, y el estrés. Por lo que con esta técnica se pretendió fortalecer sus habilidades para tomar decisiones, trabajando con su motivación y su sentimiento de exigencia consigo misma o de los demás.

Esta técnica promueve que una vez que la usuaria percibe que puede controlar las situaciones, entonces tendrá mayor seguridad, autoconfianza, vivir con mayor plenitud, disminuyendo con ello la ansiedad y depresión. Ello implica responsabilizarse de su propia vida, sin delegar en otros sus sentimientos de tristeza o felicidad.

Adicionalmente, Hastie, R. (2001) plantea una serie de definiciones que sirven perfectamente para aclarar el proceso de toma de decisiones, que es una parte de la resolución de problemas:

- Decisiones. Son combinaciones de situaciones y conductas que pueden ser descritas en términos de tres componentes esenciales: acciones alternativas, consecuencias y sucesos inciertos.
- Resultado. Son situaciones descriptibles públicamente que ocurrirían si se llevasen a cabo las conductas alternativas que se han generado en el proceso de toma de decisiones. Como todas las situaciones son dinámicas, según avanza y continúa la acción el resultado puede variar.
- Consecuencias. Son las reacciones evaluativas subjetivas, medidas en términos de bueno o malo, ganancias o pérdidas, asociadas con cada resultado.
- Incertidumbre. Se refiere a los juicios de quien toma la decisión de la propensión de cada suceso de ocurrir. Se describe con medidas que incluyen probabilidad, confianza, y posibilidad.
- Preferencias. Son conductas expresivas de elegir, o intenciones de elegir, un curso de acción sobre otros.

- Tomar una decisión se refiere al proceso entero de elegir un curso de acción.
- Juicio. Son los componentes del proceso de decisión que se refieren a valorar, estimar, inferir que sucesos ocurrirán y cuáles serán las reacciones evaluativas del que toma la decisión en los resultados que obtenga.

Por otro lado, la relajación frágica, dentro de la selección del tratamiento, se consideró como una técnica de relajación asociada a la reestructuración cognitiva, al ser una estrategia terapéutica útil en la intervención cognitivo-conductual. Se promovió también la activación física.

Esta técnica se utilizó junto a otras, tales como el entrenamiento en asertividad, revisión de los pensamientos irracionales, entrenamiento en toma de decisiones, y sumadas, se consideraron eficaces porque coadyuvaron en la disminución de la ansiedad y el estrés.

Por ello, estas técnicas formaron parte de la intervención en cada una de las ocho sesiones.

Observaciones:

La observación en 8 sesiones junto con los autorregistros, arrojaron el siguiente resultado:

La conducta de enojo generó el mayor número de registros observados, en el que de ocho sesiones, en siete refirió haberlo sentido, significando un 87% de afectación.

El cansancio, se contabilizó cuatro veces durante las sesiones, ocupando un 50% de afectación en su vida cotidiana ya que la paciente manifestó que sentirse así era recurrente.

El llanto se registró 3 veces, afectando en un 37% su bienestar emocional.

La tensión mandibular y el dolor (bruxismo) se observó en dos ocasiones, sin embargo, al presentarse de manera simultánea afectan en mayor medida su bienestar físico. Además, el dolor de mandíbula le produce un dolor crónico. Representando un 25%.

Las emociones de estrés, ansiedad y depresión también se presentaron a lo largo de las sesiones iniciales. En razón de lo anterior, y con base en las conductas observadas, se establece que hay una relación directa entre ansiedad, estrés, depresión y el bruxismo que aqueja a la usuaria.

Por lo que, se considera que existe una línea estable y descendente, ya que la usuaria refirió en el autorregistro de comportamiento, varias conductas positivas, no obstante, los problemas psicológicos y fisiológicos pueden persistir en razón del breve tiempo para su tratamiento, la intervención cognitivo-conductual a través de las técnicas que fueron detalladas, permitieron minimizar las consecuencias que más afectación le han generado la ansiedad, el estrés y la depresión que es concretamente el bruxismo, siendo responsabilidad de la usuaria al término de la intervención seguir aplicando las Técnicas.

La línea base ofrece cambios en las conductas observadas, ya que fueron medidas de manera paralela durante la intervención y tratamiento, monitoreando sus resultados a partir de sus respuestas iniciales; se prevé que con base en las nuevas cogniciones, irán disminuyendo todavía más su carga emotiva y mejorando su calidad de vida, aún si el medio-ambiente se mantiene constante.

CONCLUSIONES

La reestructuración cognitiva que se trabajó con la usuaria, arrojó resultados positivos, ya que aprendió a sustituir sus emociones o pensamientos desadaptativos por otros más apropiados. En la segunda aplicación de los inventarios de ansiedad y depresión de Beck, y la Escala de Dificultades en Regulación Emocional, se

observa una reducción notable del trastorno de ansiedad y depresión, lo que sumado a las técnicas de relajación, el dolor del bruxismo también se redujo considerablemente de acuerdo a lo que ella misma manifestó.

Competencias desarrolladas:

Como terapeuta, se desarrollaron nuevos tipos de competencias, tales como:

Aprender a definir el problema y el tratamiento, con base en los inventarios de Beck.

Desarrollar el análisis funcional, como una herramienta central del proceso de evaluación.

Utilizar los autorregistros y la intervención, como coadyuvantes en el cumplimiento de las metas terapéuticas

Identificar y cuestionar los pensamientos desadaptativos de la usuaria, sustituirlos y reducir su perturbación emocional y/o conductual.

Implementar técnicas de autocontrol.

Enseñar las técnicas de Reestructuración Cognitiva y de Autocontrol, a fin de que la usuaria fuera capaz de identificar aquellos pensamientos, actitudes y creencias que le generaban trastornos.

Se promovió la toma de decisiones en la usuaria que le permitieran encauzar de manera más responsable sus acciones.

Se reconoció que las técnicas de respiración diafragmática y relajación ayudan a la intervención cognitiva-conductual.

Comprobar que la intervención de la terapia a distancia, la videoconferencia, e incluso el celular son tecnologías de información y comunicación, que sirven para el desarrollo profesional de los terapeutas.

La usuaria, por su lado, también incrementó sus habilidades y competencias, ya que aprendió a identificar la reestructuración cognitiva, a tener mayor control de sus

emociones, pensamientos y conductas frente a distintos eventos, realizando autorregistros y listados de sus cambios. (Anexo 5)

Identificación de los elementos que se deben considerar para producir cambios en los fenómenos de interés:

Hacer ver al usuario que el valor del trabajo del terapeuta está en lo que se le ayuda a conseguir, y no en el tiempo que le lleva.

Enfatizar que las tareas en casa tienen el objetivo de fortalecer lo aprendido durante la sesión, y que el realizarlos permitirá cumplir en tiempo y forma con la intervención, y que ayudarán a obtener mejores resultados en la evaluación final.

Concientizar al usuario sobre la importancia de asistir constantemente. Es decir, crear conciencia de que todo forma parte de un trabajo continuo, en progreso, y que perder una sesión les puede hacer retrasar sus objetivos.

Se sugiere la firma de una carta responsiva en la que el usuario se compromete a estar presente en las sesiones del tratamiento, avisando con anticipación cualquier cambio, y en la que se expresen los comentarios anteriormente anotados.

Integrar un listado de videos o películas para que el usuario los vea en casa con el fin de visualizar y sensibilizar sobre las consecuencias de las emociones irracionales.

Responsabilidad social de su quehacer profesional:

Cualquier intervención que se realice debe considerar el factor humano, y si bien la disposición al cambio es un elemento que favorece, el psicólogo debe de tomar en cuenta que las personas tienen diversos niveles de pensamientos irracionales y que su modificación es diferente en todos los casos, que el terapeuta debe estar al

pendiente de los avances (en especial los muy rápidos), para identificar que la usuaria está siendo honesta.

El apoyo psicológico a distancia, permite acercar a los usuarios, ya que es una herramienta que acorta distancias y costos, y eso no lo hace de menor importancia. El psicólogo debe dar a todos sus usuarios el trato profesional que ellos esperan, ser empático, respetuoso y de alto nivel profesional es su obligación.

Las habilidades que se adquirieron con esta práctica incluyen: mayor escucha, ya que el tamaño de la pantalla no permite enfocar todo el cuerpo; el uso de la técnica de reestructuración cognitiva y los instrumentos de evaluación. Y la capacidad de evaluar, diagnosticar, e intervenir a un usuario a distancia.

Limitaciones de la práctica realizada:

Si bien existe un costo-beneficio mayor, el internet ofrece retos que los psicólogos deben tomar en cuenta, tales como el grado de importancia que el usuario le dé, en razón de su fácil y económico acceso.

Otro factor a considerar, es que el terapeuta recibe una capacitación para conocer el lenguaje corporal, y el tamaño reducido de la pantalla lo limita. También deberá estar al pendiente de si el usuario maneja adecuadamente las tecnologías de información.

Las fallas del servicio de red presentaron deficiencias, ya que en ocasiones no se tuvo acceso al servicio de internet, por lo que el terapeuta deberá prever esta situación e informar al paciente de la acción inmediata a la caída del sistema.

Propuesta y Recomendaciones para mejorar la práctica del servicio:

Durante la terapia, el terapeuta se mueve entre el significado verbal y la experiencia o expresión no verbal, entre la sensación corporal y la imaginación visual, situación que se limita en razón de que no se alcanza a ver suficientemente tras la pantalla, por lo que es muy importante el establecimiento de un vínculo inicial

de respeto y responsabilidad, ya que por el hecho de ser un servicio virtual no es menos importante ni menos formal sino por el contrario, se debe generar en el usuario el reconocimiento de que la intervención a distancia es un sistema alternativo, eficiente y con buenos resultados.

Que si ya tiene la posibilidad de acceder a un servicio terapéutico sin tener que trasladarse a ninguna parte, debe tomar conciencia de que su participación puede significar un porcentaje de 75 % por un 25% del terapeuta, de contribución para su tratamiento y recuperación.

Por lo que es importante responsabilizar al usuario sobre su sincera participación pues es él quien tendrá la solución a sus problemas y los terapeutas solo son asesores que los apoyarán en el manejo de sus pensamientos, sensaciones y actitudes expresados durante las sesiones.

REFERENCIAS:

- Alba, A. (2016) Evaluación de estrategias psicoterapéuticas eficaces en intervención breve: El caso del CAPEd. (Tesis de Licenciatura inédita) Universidad Nacional Autónoma de México, Los Reyes Iztacala, México.
- Antón, V., Menàrguez, P., García, P. & García, B. (2016) Intervención Cognitivo Conductual en un caso de depresión de una adolescente tardía España, Revista de Psicología clínica con niños y adolescentes, Vol. 3, Núm. 1 pp 46-52. Ver en:
http://www.revistapcna.com/sites/default/files/antonmenarguez_et_al_2016_tcc_depresion_adolescente_tardia.pdf. Última visita: 23 de octubre
- Bados, A. y García, E. (2010) La Técnica de la reestructuración cognitiva. Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos Facultad de Psicología, Universidad de Barcelona. Ver en:
<http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/12302/1/Reestructuraci%C3%B3n.pdf> Última visita: 20 de octubre.
- Batista, M. y García-Roco, O. (2012). Repercusión estomatognática del Bruxismo como somatización del estrés. Ver en:
<http://www.monografias.com/trabajos46/bruxismo-y-estres/bruxismo-y-estres.shtml> Última visita: 27 de octubre de 2017
- Bermejo A. (2008). *Desordenes temporomandibulares*. Madrid: Science Tools, S.L.
- Bernstein, (1999) Entrenamiento en relajación progresiva. Editorial DDB. Bilbao,
- Beck A. (1988) Inventario de Ansiedad.

Caballo, V. (1998) Manual para el Tratamiento Cognitivo-Conductual de los Trastornos Psicológicos. Vol. 1. Pág. 46. Siglo XXI de España Editores, S. A. Príncipe de Vergara, 78. 28006 Madrid. Ver en: <https://mmhaler.files.wordpress.com/2012/08/caballo-2007-manual-para-el-tratamiento-cognitivo-conductual-de-los-trastornos-psicolc3b3gicos-vol-1.pdf> Última visita: 20 de octubre de 2017.

Caballo, V. (1998) Manual para el Tratamiento Cognitivo-Conductual de los Trastornos Psicológicos. Vol. 2. Siglo XXI de España Editores, S. A. Príncipe de Vergara, 78. 28006 Madrid. Ver en: <http://cideps.com/wp-content/uploads/2015/04/CaballoV.-Manual-para-el-tratamiento-cognitivo-conductual-de-los-trastornos-psicol%C3%B3gicos-Vol.2-ebook.pdf> Última visita: 20 de octubre de 2017

Cano, A. (2002). La Naturaleza del Estrés. Sociedad Española para el estudio del estrés. Ver: http://www.ucm.es/info/seas/estres_lab/index.htm y http://pendientedemigracion.ucm.es/info/seas/estres_lab/el_estres.htm Fecha de consulta: 22 de octubre de 2010.

Cano-Videl, A. (s.f). La naturaleza de los trastornos de ansiedad. En Sociedad Española para el Estudio de la Ansiedad y el Estrés – SEAS. Ver en: <http://pendientedemigracion.ucm.es/info/seas/ta/introduc.htm> Última visita: 20 de octubre de 2017.

Cárdenas, Serrano, De la Rosa y Flores (2008). Psicoterapia vía internet: aplicación de un programa de intervención cognitivo-conductual para pacientes con depresión. Revista de Psicología Iberoamericana (enero-junio, 2014), vol. 22, no. 1, pp. 7-15. Ver en: <http://www.redalyc.org/html/1339/133944229002/> Última visita 28 de octubre de 2017

Casassus, et al.(2007). Revista Dental de Chile. Ver en: http://www.revistadentaldechile.cl/temas_nov07/PDF%20NOV%2007/Etiologia.pdf. Última visita: 27 de octubre de 2017.

Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos (2013) Evaluación del Inventario BAI. Conde Peñalver, 45 5ª izquierda 28006 Madrid, España. Pp.3, 5. Ver en: <https://www.cop.es/uploads/PDF/2013/BAI.pdf> Última visita: 29 de octubre de 2017.

Chacín de González, M. (2009). Índices Psicopatológicos, Estrés y Desgaste Profesional crónico en los residentes de los postgrados clínicos de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad de Carabobo. Tesis Doctoral Universidad Autónoma de Madrid. España. Ver en:

<http://digitooluam.greendata.es:1801/view/action/singleViewer.do?dvs=1359563140532~241&locale=es>

_MX&VIEWER_URL=/view/action/singleViewer.do?&DELIVERY_RULE_ID=4&frameId=1&usePid1=true&usePid2=true©RIGHTS_DISPLAY_FILE=copyrightsTESIS&side_by_side=false&show_metadata=true&metadata_object_ratio=25 Última visita: 20 de octubre de 2017.

Da Costa, A. y Alchieri, J. (2012). Niveles de la Ansiedad y el impacto social de las personas con Bruxismo. 13º Congreso Virtual de Psiquiatría.com. Interpsiquis 2012. Ver en: www.interpsiquis.com Última visita: 21 de octubre de 2017.

Dawson, P. (2009). *Oclusión funcional: diseño de la sonrisa a partir de la ATM*. Caracas, Venezuela: Amolca.

Domínguez Medina, Flora María, (2013), Trastornos psicológicos y su correlación etiopatogénica con el bruxismo. Universidad Autónoma de Madrid. Publicado en:

<http://biblioteca.posgraduacaoredentor.com.br/link/?id=11179958> Fecha de consulta: 22 de octubre de 2010.

Ellis, Albert; Abrahms, Eliot (2005). *Terapia Racional Emotiva*. México. Editorial Pax.

Esteve Laboratorios (s.f.). ¿Cuáles son los síntomas de la depresión? Ver en: http://www.psiquiatrialdia.com/eWebs/GetDocumento.do?doc=212927&accion=acc_listar Última visita: 21 de octubre de 2017.

Fernández, R., y Carrobles, J.A.I. (1987). *Evaluación conductual*. Madrid: Pirámide

Freud, S. (1964). *A disturbance of memory on the Acropolis*. London: Hogarth.

Frugone, R. y Rodríguez, C. (2003). Bruxismo. *Avances en Odontoestomatología*. Vol.19 no.3 Madrid may./jun. Ver en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-12852003000300003

Galimberti, U. (2008). *Diccionario de Psicología*. Siglo XXI Editores, Primera edición en español. Cerro del Agua 248, Delegación Coyoacán, 04310, México, Distrito Federal. Página 154. Ver en: <https://saberepsi.files.wordpress.com/2016/09/galimberti-umberto-diccionario-de-psicologc3ada.pdf> Última visita 20 de octubre de 2017.

Gállego Pérez-Larraya, et al (2007). Clasificación de los trastornos del sueño. *Anales Sis San Navarra vol.30 supl.1 Pamplona*. Revista SCielo. Ver en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272007000200003

García Campayo J., Lou Salvador (2006) *Trastornos afectivos y género*. Claves en Salud Mental, nº 6, Monografía. Zaragoza. P. 3

- García y Rivera (1992). Cambios fisiológicos durante los ejercicios de meditación y relajación profunda. *Psiquis* 13 (6-7): 279-286.
- Goldman, H. (2001). *Psiquiatría General*. 5ta edición. México: Editorial El Manual Moderno.
- González de Rivera J. y Rodríguez-Abuin M. (1998). Psicoterapia autógena y psicoterapia cognitivo-conductual. *Revista Psiquis*. Instituto de Psicoterapia e Investigación Psicosomática .Madrid. Ver en:
http://www.psicoter.es/ arts/98_004_157.pdf Última visita: 23 de octubre de 2017.
- González, F. (2007). *Instrumentos de Evaluación Psicológica*. La Habana, Cuba: Editorial Ciencias Médicas. Ver en:
http://newpsi.bvpsi.org.br/ebooks2010/en/Acervo_files/InstrumentosEvaluacionPsicologica.pdf Última visita: 22 de octubre de 2017.
- Grinspan, D. (1983). *Enfermedades de la Boca: Semiología, Patología, Clínica y Terapéutica de la Mucosa Bucal*. Vol. I. Buenos Aires: Editorial Mundo.
- Guzmán M, et al (2014). Validez y Confiabilidad de la Versión Adaptada al Español de la Escala de Dificultades de Regulación Emocional (DERS-E) en Población Chilena en:
http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-48082014000100002 Última visita 28 de octubre de 2017.
- Hastie, R. (2001). Problems for Judgement and Decision Making. *Annual Review of Psychology*. 52:653-83. Citado en *Psicoterapeutas.com* “La toma de decisiones”, Dr. José Antonio García Higuera.
<http://www.cop.es/colegiados/m-00451/tomadeciones.htm>
- Hernández, B. et al (2017) Bruxismo: panorámica actual. *Revista Archivo Médico de Camagüey*. Vol. 21 No. 1 enero-febrero de 2017. Pp. 915, 926. Ver en:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552017000100015 última visita 18 de octubre de 2017.

Hervás, G. y Jódar, R. (2008) Adaptación al castellano de la Escala de Dificultades en la Regulación Emocional. *Clínica y Salud*, 2008, vol. 19 n.º 2. Pag. 139
Ver en: <http://scielo.isciii.es/pdf/clinsa/v19n2/v19n2a01.pdf> Última actualización 28 de octubre de 2017.

Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud (2014) Terapias de Análisis de Comportamiento Aplicado ABA, para el tratamiento de personas con diagnóstico de trastornos del espectro autista y trastorno de hiperactividad y déficit de atención. Colombia. Página 11.

Kampe, T. Edman, G. Bader, G. Tagdae, T. Karlsson, S. (1997) Personality traits in a group of subjects with long-standing bruxing behavior. *J Oral Rehab. Revista Neurociencias*. Volumen 15 Número 1. Enero a marzo.

Lazarus, R. y Folkman, S. (1986): *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Ediciones Martínez Roca.

Lega, L. Caballo, V. Ellis, A. (1997). *Teoría y Práctica de la Terapia Racional Emotiva Conductual*. Madrid: Siglo XXI.

Marín, M. Robles, R. González-Forteza, C. & Andrade, P. (2012). Propiedades Psicométricas de la Escala "Dificultades en la Regulación Emocional" en español (DERS-E) para adolescentes mexicanos. *Salud Mental*, 35, 521-526.

Medrano, L. & Trógolo, M. (2014). Validación de la escala de dificultades en la regulación emocional en la población universitaria de Córdoba, Argentina. *Universitas Psychologica*, 13, 15-26.

Nezu, Nezu & Lombardo (2016). *Formulación de casos y diseño de tratamientos cognitivo conductuales*. Manual Moderno. 1ª. Edición. Página 321.

Tobal, M. Cano, V. (2002). Inventario de situaciones y respuestas de ansiedad (ISRA): Manual. 5a. edición. Madrid: TEA (1a. ed. 1986).

Muñoz-Martínez y Vargas (2016) Escala de dificultades en regulación emocional (ders): Análisis factorial en una muestra colombiana. Acta. colomb. psicol. 19 Pags. 225-236 Ver en: <https://outlook.live.com/owa/?mkt=es-es&path=/attachmentlightbox> Última visita 29 de octubre de 2017.

Olthuis, J. Watt MC. Bailey, K. Hayden, JA, & Steward SH. (2015) Therapist supported Internet cognitive behavioural therapy for anxiety disorders in adults. Department of Psychology and Neuroscience, Dalhousie University, Canada Ver en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25742186> Última visita: 22 de octubre de 2017.

Organización Mundial de la Salud (2017) Trastornos Mentales. Nota descriptiva. Centro de Prensa. Ver en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs396/es/> Última visita 28 de octubre de 2017.

Organización Mundial de la Salud (2012) Día Mundial de la Salud Mental: la depresión es el trastorno mental más frecuente. Ver en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=7305%3A2012-dia-mundial-salud-mental-depresion-trastorno-mental-mas-frecuente&Itemid=1926&lang=es Última visita 28 de octubre de 2017.

Organización Mundial de la Salud (1994). Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud. Ginebra. Edición 2008.

Organización Mundial de la Salud (1992): Clasificación de la CIE-IO de los trastornos mentales y del comportamiento: descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico (DCPD). OMS, Ginebra.

Peñate, W. Roca, M. Del Pino, T. (2014) Los nuevos desarrollos tecnológicos aplicados al tratamiento Psicológico. Acta Colombiana de Psicología. Pp 91-

100 Ver en: <http://www.redalyc.org/html/798/79832492010/> Última visita: 22 de octubre de 2017

Psicología on line. Psicología Experimental: Diseños factoriales y diseños de caso único Recurso. Diseños A-B-A. (2017) Ver en: <http://www.psicologia-online.com/pir/disenos-a-b-a.html> Última visita 24 de octubre de 2017.

Quiroga, S. (2010). Valoración de Signos Radiológicos en Bruxistas mediante Ortopantomografía. Tesis Doctoral Universidad Complutense de Madrid. España. Ver en: <http://eprints.ucm.es/9901/1/T31521.pdf> Última visita 28 de octubre de 2017.

Quintera, A. et al (2017), Ansiedad en el paciente prequirúrgico: un problema que nos afecta a todos. Revista Colombiana de Cirugía. vol.32 no.2 Bogotá Apr./June 2017. Ver en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2011-75822017000200006 Última visita: 28 de octubre de 2017.

Real Academia Española (2017) Diccionario de la Real Academia Español. 23^a Edición. Felipe IV, 4 - 28014 Madrid Ver en: <http://dle.rae.es/?id=6CR25yq> Última visita 20 de octubre de 2017.

Reguera, J. (2017) El ABC Emocional de Albert Ellis. Revista de Psicología Online. Ver: http://www.psicologia-online.com/monografias/6/abc_emocional.shtml Última visita 29 de octubre de 2017.

Reiz, Pinto y Oliveira (2015) Relación del Bruxismo del sueño con el consumo de cafeína. Acta Odontológica Venezolana. Vol. 53 Numero 2.

Riva, R. Sanguinetti, M. Rodríguez, A. Guzzetti, L. Lorenzo, S. Álvarez, R. y Massa, F. (2011). Prevalencia de trastornos témporomandibulares y bruxismo en Uruguay: Parte I. Odontoestomatología. 131(7), Montevideo, mayo 2011.

Ver en:

http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?pid=S168893392011000100007&script=sci_arttext&lng=en Última visita 20 de octubre de 2017.

Rodríguez F. (2008). Facultad de Odontología, Coordinación de prótesis dental parcial, fija y removible. Ver en:

<http://www.odonto.unam.mx/pdfs/glosariofinalEsp.pdf> Última visita 20 de octubre de 2017.

Schultz, JH. (1980) El entrenamiento autógeno: autorrelajación concentrativa. Editorial Científico-médica. Barcelona.

Siegmund, G. (2015) Orientación Psicológica en línea: la percepción de los profesionales acerca de la relación con los clientes. Brasil, vol. 35 No. 1 Ver en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414- Última visita: 22 de octubre de 2017.

Sierra, J., Ortega, V. y Zubeidat, I. (2003). Ansiedad, angustia y estrés: tres conceptos a diferenciar. *Revista electrónica. Mal-Estar Subjetividad. Vol.3 n.1* Véase en: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1518-61482003000100002&script=sci_arttext Última visita 22 de octubre de 2017.

Programa Aplicado para el control de la ansiedad ante los exámenes. Relajación Progresiva de Jacobson. Universidad de Almería. Ministerio de Educación y Ciencia. Ver en:

<https://w3.ual.es/Universidad/GabPrensa/controlExamenes/pdfs/capitulo08.pdf> Última visita 24 de octubre de 2017.

Valenzuela, M. (2001) Bruxismo. Pontificia Universidad Católica de Chile. Ver en: <http://publicacionesmedicina.uc.cl/cuadernos/2001/16.html>. Última visita 23 de octubre de 2017.

Vázquez, F., Muñoz, R. y Becoña, E. (2000). Depresión: diagnóstico, modelos teóricos y tratamiento a finales del siglo XX. *Revista. Psicología Conductual*. 8 Número 3. Pp. 417-449.

Vázquez, M. (2012) Reflexión sobre cómo los psicólogos perciben las intervenciones psicológicas online. Medellín, Colombia. *Revista Virtual Universidad Católica del Norte*. No. 35. Ver en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=194224362018> Última visita 22 de octubre de 2017.

Vázquez, Torres, Blanco, Otero y Hermida (2014). Eficacia de las intervenciones psicológicas breves para reducir los síntomas depresivos en cuidadores: Revisión sistemática y meta-análisis. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 20, 173-188, 2015. Véase en http://www.aepp.net/arc/01_2015_n3_varios.pdf Última visita 30 de octubre de 2017.

Velayos, J. (2009) *Medicina del sueño: un enfoque multidisciplinario*. Buenos Aires; Madrid. Médica Panamericana. Ver en: https://books.google.com.mx/books?id=zN-fZaRv_csC&pg=PA102&dq=clasificaci%C3%B3n+internacional+de+los+trastornos+del+sue%C3%B1o.+bruxismo&hl=es&sa=X&ved=0ahUKEwjpuKzfpZ_XAhUI0IMKHY-NAflQ6AEIQzAF#v=onepage&q=clasificaci%C3%B3n%20internacional%20de%20los%20trastornos%20del%20sue%C3%B1o.%20bruxismo&f=false Última visita 22 de octubre de 2017.

ÁPENDICE

Instrumentos de evaluación

Anexo 1

Formato de Inventario de ansiedad de Beck (BAI)

En este cuestionario hay una lista de síntomas comunes de la ansiedad. Lea cada uno de los ítems atentamente, e indique cuánto le ha afectado en la última semana incluyendo hoy:

ITEM	CATEGORÍA	En absoluto	Levemente	Moderadamente	Severamente
1	Torpe o entumecido.				
2	Acalorado.				
3	Con temblor en las piernas				
4	Incapaz de relajarse				
5	Con temor a que ocurra lo peor				
6	Mareado, o que se le va la cabeza				
7	Con latidos del corazón fuertes y acelerados.				
8	Inestable.				
9	Atemorizado o asustado.				
10	Nervioso.				
11	Con sensación de bloqueo.				
12	Con temblores en las manos.				
13	Inquieto, inseguro.				
14	Con miedo a perder el control.				
15	Con sensación de ahogo				
16	Con temor a morir.				
17	Con miedo.				
18	Con problemas digestivos.				
19	Con desvanecimientos.				
20	Con rubor facial.				
21	Con sudores, fríos o calientes.				

Anexo 2

Formato de Inventario de Depresión de Beck.

En este cuestionario se encuentran grupos de oraciones. Lee cada una cuidadosamente, y escoge una oración de cada grupo que mejor describa la manera en que te sentiste la semana pasada, inclusive el día de hoy.

- 1.- * Yo no me siento triste
 - Me siento triste
 - Me siento triste todo el tiempo y no puedo evitarlo
 - Estoy tan triste o infeliz que no puedo soportarlo

- 2.- * Obtengo tanta satisfacción de las cosas como solía hacerlo
 - Yo no disfruto de las cosas de la manera como solía hacerlo
 - Ya no obtengo verdadera satisfacción de nada
 - Estoy insatisfecho/a o aburrido/a con todo

- 3.- * Yo no me siento como un fracasado/a
 - Siento que he fracasado más que las personas en general
 - Al repasar lo que he vivido, todo lo que veo son muchos fracasos
 - Siento que soy un completo fracaso como persona

- 4.- * En realidad yo no me siento culpable
 - Me siento culpable una gran parte del tiempo
 - Me siento culpable la mayor parte del tiempo
 - Me siento culpable todo el tiempo

- 5.- * Yo no me siento desilucionado de mí mismo
 - Estoy desilucionado de mí mismo
 - Estoy disgustado conmigo mismo

- Me odio
- 6.- * Yo no tengo pensamientos suicidas
 - Tengo pensamientos suicidas pero no los llevaría a cabo
 - Me gustaría suicidarme
 - Me suicidaría si tuviera la oportunidad
- 7.- * Yo no me siento que esté siendo castigado/a
 - Siento que podría ser castigado/a
 - Espero ser castigado/a
 - Siendo que he sido castigado/a
- 8.- * Yo no me siento que sea peor que otras personas
 - Me critico a mi mismo por mis debilidades y errores
 - Me culpo todo el tiempo por mis fallas
 - Me culpo por todo lo malo que sucede
- 9.- * En general no me siento descorazonado/a por el futuro
 - Me siento descorazonado/a por mi futuro
 - Siento que no tengo nada que esperar del futuro
 - Siento que el futuro no tiene esperanza y que las cosas no pueden mejorar
- 10.- * Yo no estoy más irritable de lo que solía estar
 - Me enojo o irrito más facilmente que antes
 - Me siento irritado todo el tiempo
 - Ya no me irrito de las cosas por las que solia hacerlo
- 11.- * Tomo decisiones tan bien como siempre lo he hecho
 - Pospongo tomar decisiones más que antes
 - Tengo más dificultad en tomar decisiones que antes
 - Ya no puedo tomar decisiones

- 12.- * Yo no he perdido el interés en la gente
- Estoy menos interesado en la gente de lo que solía estar
 - He perdido en gran medida el interés de la gente
 - He perdido todo el interés en la gente
- 13.- * Puedo trabajar tan bien como ante
- Requiero de más esfuerzo para iniciar algo
 - Tengo que obligarme a hacer algo
 - Yo no puedo hacer ningún trabajo
- 14.- * Yo no siento que me vea peor de cómo me veía
- Estoy preocupado de verme viejo/a o poco atractivo/a
 - Siento que hay cambios permanentes en mi apariencia que me hacen ver poco atractivo/a
 - Creo que me veo feo/a
- 15.- * Yo no me canso más de lo habitual
- Me canso más fácilmente de lo que solía hacerlo
 - Con cualquier cosa que haga me canso
 - Estoy muy cansado para hacer cualquier cosa
- 16.- * Puedo dormir tan bien como antes
- Ya no duermo tan bien como solía hacerlo
 - Me despierto una o dos horas más temprano de lo normal y me cuesta trabajo volveré a dormir
 - Me despierto muchas horas antes de lo que solía hacerlo y no me puedo volver a dormir
- 17.- * Yo no he perdido mucho peso últimamente
- He perdido más de dos kilogramos
 - He perdido más de cinco kilogramos
 - He perdido más de ocho kilogramos

17.1 A propósito estoy tratando de perder peso comiendo menos *

- Si
 - No
18. * Mi apetito no es peor de lo habitual
- Mi apetito no es tan bueno como solía serlo
 - Mi apetito está muy mal ahora
 - No tengo apetito de nada
- 19.- * Yo no he notado ningún cambio recientemente en mi interés por el sexo
- Estoy menos interesado en el sexo de lo que estaba
 - Estoy mucho menos interesado en el sexo ahora
 - He perdido completamente el interés por el sexo
- 20.- * Yo no estoy más preocupado de mi salud que antes
- Estoy preocupado acerca de problemas físicos tales como dolores, malestar estomacal o constipación
 - Estoy muy preocupado por problemas físicos y es difícil pensar en algo más
 - Estoy tan preocupado por mis problemas físicos que no puedo pensar en ninguna otra cosa
- 21.- * Yo no lloro más de lo usual
- Llora más ahora de lo que solía hacerlo
 - Actualmente lloro todo el tiempo
 - Antes podía llorar, pero ahora no lo puedo hacer a pesar de que lo deseo

Anexo 3

Escala de Dificultades en Regulación Emocional (DERS). Español-Colombia. (Muñoz-Martínez, Vargas, & Hoyos-González, 2016)

Por favor indique con qué frecuencia las siguientes afirmaciones a continuación aplican para usted, mencionando el número que considere más apropiado de

acuerdo con la escala que encuentra abajo. Escriba el número correspondiente en la casilla junto a cada ítem.

1	2	3	4	5
Casi nunca	Algunas veces	Cerca de la mitad del tiempo	La mayoría del tiempo	Casi siempre
(0-10%)	(11-35%)	(36-65%)	(66-90%)	(91-100%)

Ítems	Calificación
1. Tengo dificultad para encontrar el significado a mis sentimientos.	
2. Yo me siento confundido acerca de cómo me siento.	
3. Cuando estoy alterado, tengo dificultad para realizar el trabajo.	
4. Cuando estoy molesto, quedo fuera de control	
5. Cuando estoy alterado, creo que seguirá siendo así durante mucho tiempo.	
6. Cuando estoy alterado, creo que voy a terminar sintiéndome muy deprimido.	
7. Cuando estoy alterado, tengo dificultad para concentrarme en otras cosas.	
8. Cuando estoy alterado, me siento fuera de control.	
9. Cuando estoy alterado, me siento avergonzado de mí mismo por sentir de esa manera.	
10. Cuando estoy alterado, yo tengo dificultades concentrándome.	
11. Cuando estoy alterado, tengo dificultades controlando mis comportamientos.	
12. Cuando estoy alterado, creo que no hay nada que pueda hacer para sentirme mejor.	
13. Cuando estoy alterado, pierdo el control sobre mis conductas.	
14. Cuando estoy alterado, encuentro difícil pensar en algo más.	
15. Yo estoy atento a mis sentimientos (r).	

Calificación Factores

1. Estrategias (ítems 1-14): Acceso limitado a estrategias de regulación emocional percibidas como efectivas.

2. Conciencia (ítem 15): Falta de conciencia emocional. Este ítem debe ser calificado en reverso.

Anexo 4

Formato de autorregistro de comportamiento

Semana del ___al_____ de 2017.

Fecha Hora	Descripción de la situación	¿Qué siento? Intensidad (0-100 %)	¿Qué pienso? Creencia (0-100 %)	¿Qué hago?
	<i>Describe Lo que ha pasado Los que estaba haciendo, pensando o imaginando</i>	<i>Escriba que emoción, sentimiento o reacción fisiológica (ej., dolor) Valore cuánto ha creído en cada uno de ellos</i>	<i>Especifique que ha sentido (tristeza, ansiedad, rabia, etc.) Valore la intensidad de cada emoción</i>	<i>Especifique lo que hace Cuánto dura su conducta Qué consecuencias tiene su comportamiento, qué pasa después.</i>
Día xxx				

Anexo 5

Ejemplo del manejo de la reestructuración cognitiva al pre-cierre del Tratamiento. Lista elaborada por la usuaria.

Emocional	Reestructuración Cognitiva, Monitoreo y Autorregistro, Autoverbalizaciones, Detención de pensamiento irracional, Control de reacciones, esquema ABC,	Emocional
Tristeza		Satisfacción
Dolor		Sanación
Apatía		Activación
Miedo		Seguridad
Desgano		Energía
Frustración		Aceptación
Rencor		Perdón
Conductual		Conductual

Aislamiento social	Relajación, Activación, Autocontrol.	Me relaciono mejor
Aislamiento familiar		Soy Tolerante
Descuido en apariencia		Me quiero y me cuido
Insomnio		Técnicas de relajación
Desatención académica		Planifico y priorizo
Cognitivo		Cognitivo
Me siento rechazada		Yo controlo mis pensamientos
Soy Infeliz		Yo controlo mis sentimientos
No puedo perdonar		Yo decido cambiar
Me falta afecto		Soy positiva
No me quieren		Soy inteligente
Fallo en la escuela		Soy asertiva

Anexo 6

Cartas Descriptivas

CARTA DESCRIPTIVA PRIMERA SESIÓN

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN: Intervención psicológica a distancia para reducir la ansiedad y depresión en un caso de bruxismo.			
LUGAR: Centro de Apoyo Psicológico y Educativo a Distancia de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala	FECHA: Miércoles 23 agosto de 2017	HORA DE INICIO: 11:00	HORA DE FINALIZACIÓN: 12:00
ASESORA: María del Rosario Sansón Estrada		NO. DE ASISTENTES: una persona.	
SUPERVISORA: Mtra. Lizbeth Escobedo Pedraza			
OBJETIVO GENERAL: Reducir a través de la intervención psicológica a distancia, los síntomas del bruxismo relacionados con la ansiedad y la depresión.			
OBJETIVO ESPECÍFICO: Enseñar con el modelo cognitivo conductual técnicas de afrontamiento para reducir la ansiedad y la depresión e incrementar la percepción de control sobre su vida y el aprendizaje de las conductas positivas			
Objetivo Terapéutico: informar el Tratamiento y los objetivos terapéuticos		INSTRUMENTOS: Inventarios de Ansiedad y Depresión de Beck (BAI-BDI) y la Escala de Dificultades en Regulación Emocional (DERS)	
Actividades	Desarrollo	Rasgos identificados	Tareas en casa
Recogida de información	Se realizó la entrevista (Screening)	Ansiedad	Elaborar un listado de las situaciones que le generan estrés
Aplicación de Instrumentos de evaluación	Se aplicaron los inventarios de ansiedad y depresión de Beck, y la Escala de Dificultades en la Regulación Emocional.	Estrés	Elaborar un listado de las situaciones que le generan ansiedad.
Se informó sobre los criterios de la intervención a distancia.	Se platicó sobre las expectativas que tiene la usuaria con el tratamiento.	Bruxismo	Elaborar un listado de las veces en la semana que ha tenido emociones negativas
Conocer cuál es la problemática de la usuaria para solicitar tratamiento	Se escuchó a la usuaria sobre sus problemas de ansiedad, tristeza y bruxismo	Enojo	Elaborar un listado de las veces que tiene dolor por el bruxismo a la semana.
		Tristeza	
OBSERVACIONES: A través de los instrumentos de evaluación, se obtuvieron los registros para el diagnóstico, se definieron los objetivos terapéuticos y la selección del Tratamiento y técnicas de evaluación.			

CARTA DESCRIPTIVA SEGUNDA SESIÓN

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN: Intervención psicológica a distancia para reducir la ansiedad y depresión en un caso de bruxismo.			
LUGAR: Centro de Apoyo Psicológico y Educativo a Distancia de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala	FECHA: Miércoles 30 de agosto de 2017	HORA DE INICIO: 11:00	HORA DE FINALIZACIÓN: 12:00
ASESORA: María del Rosario Sansón Estrada		NO. DE ASISTENTES: una persona.	
SUPERVISORA: Mtra. Lizbeth Escobedo Pedraza			
OBJETIVO GENERAL: Reducir a través de la intervención psicológica a distancia, los síntomas del bruxismo relacionados con la ansiedad y la depresión.			
OBJETIVO ESPECÍFICO: Enseñar con el modelo cognitivo conductual técnicas de afrontamiento para reducir la ansiedad y la depresión e incrementar la percepción de control sobre su vida y el aprendizaje de las conductas positivas			
Objetivo Terapéutico: que la usuaria conozca el Tratamiento Cognitivo-Conductual		INSTRUMENTOS Y TÉCNICAS: Técnicas cognitivo-conductuales, reestructuración cognitiva, monitoreo y autoregistro	
Actividades	Desarrollo	Rasgos identificados	Tareas en casa
<p>Se le presenta el análisis funcional sobre su problemática.</p> <p>Se escucha a la paciente.</p> <p>Se explican las técnicas cognitivo-conductuales que serán utilizadas.</p> <p>Se explica que es la reestructuración cognitiva.</p>	<p>La usuaria se mostró receptiva al análisis funcional.</p> <p>Enfatiza que se percibe como una persona inteligente, pero que en este momento dice ya no tener la misma capacidad de aprender.</p> <p>Considera que su bruxismo es por cuestiones emocionales como le han dicho otros especialistas.</p> <p>Comentó que espera que las técnicas cognitivas le ayuden a superar sus sentimientos de tristeza por el rechazo de su familia por su maternidad precoz También espera cambiar sus emociones negativas y su sentimiento de soledad y falta de cariño</p>	<p>Ansiedad</p> <p>Tristeza</p> <p>Depresión</p> <p>Dolor físico</p> <p>Enojo</p> <p>Soledad</p>	<p>Documentarse sobre que es la reestructuración cognitiva y la Terapia Racional Emotiva.</p> <p>Leer sobre el Cuadro ABC</p> <p>Llenado del Autorregistro con las indicaciones dadas en la sesión.</p> <p>Reconocer rasgos fisio-psicológicos de la ansiedad y depresión.</p> <p>Elaborar un listado de cosas que le gustan.</p>
<p>Se explica cómo llevar su autoregistro.</p>	<p>Se solicitó que apunte las situaciones que le perturban, grado de emoción que tuvo, sus pensamientos negativos, la reestructuración de los mismos, el grado de emoción posterior, y la conducta realizada.</p>		
OBSERVACIONES: La usuaria se mantuvo receptiva, aunque trata de explicar más las causas que los efectos de su ansiedad y depresión.			

CARTA DESCRIPTIVA TERCERA SESIÓN

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN: Intervención psicológica a distancia para reducir la ansiedad y depresión en un caso de bruxismo.			
LUGAR: Centro de Apoyo Psicológico y Educativo a Distancia de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala	FECHA: Miércoles 6 de septiembre de 2017	HORA DE INICIO: 11:00	HORA DE FINALIZACIÓN: 12:00
ASESORA: María del Rosario Sansón Estrada		NO. DE ASISTENTES: una persona.	
SUPERVISORA: Mtra. Lizbeth Escobedo Pedraza			
OBJETIVO GENERAL: Reducir a través de la intervención psicológica a distancia, los síntomas del bruxismo relacionados con la ansiedad y la depresión.			
OBJETIVO ESPECÍFICO: Enseñar con el modelo cognitivo conductual técnicas de afrontamiento para reducir la ansiedad y la depresión e incrementar la percepción de control sobre su vida y el aprendizaje de las conductas positivas			
Objetivo Terapéutico: que la usuaria aprenda el significado de la toma de decisiones y autocontrol.		INSTRUMENTOS Y TÉCNICAS: Autoverballización, Detención de pensamientos, Control de las reacciones, Aplicación del esquema A-B-C de Ellis en su cotidianeidad.	
Actividades	Desarrollo		
Se trabajaron las autoverballizaciones	La usuaria aprendió a reconocer sus pensamientos automáticos.	Rasgos identificados Rencor Tristeza Ansiedad Melancolía Descontrol Inseguridad	Tareas en casa
Se trabajó con la detención de pensamientos	La usuaria aprendió a reconocer el momento en que sus pensamientos le generan emociones negativas, y que tiene la capacidad de detenerlos.		Se proporcionan lecturas de documentos sobre toma de decisiones
Se enseñó a realizar control de sus reacciones.	La usuaria aprendió a operacionalizar sus pensamientos para controlarlos. Se enumeraron brevemente todas las situaciones que han estado fuera de su control y bajo su control.		Se sugiere que los trate de aplicar en su cotidianeidad
Se enseñó y permitió que practicara la técnica ABC	La usuaria practicó imaginando un acontecimiento, después que creencia tiene sobre él, y las consecuencias emocionales de su interpretación.		Registrar los cambios emocionales y cognitivos que vaya teniendo conforme vaya aplicando la toma de decisiones
OBSERVACIONES: La usuaria, aunque se mostró receptiva, acepta en lo general que el dolor que todavía le generan los acontecimientos pasados, son producto de sus interpretaciones. En lo particular sigue culpando a otras personas de su tristeza y depresión.			

CARTA DESCRIPTIVA CUARTA SESIÓN

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN: Intervención psicológica a distancia para reducir la ansiedad y depresión en un caso de bruxismo.			
LUGAR: Centro de Apoyo Psicológico y Educativo a Distancia de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala	FECHA: Miércoles 20 de septiembre de 2017	HORA DE INICIO: 11:00	HORA DE FINALIZACIÓN: 12:00
ASESORA: María del Rosario Sansón Estrada		NO. DE ASISTENTES: una persona.	
SUPERVISORA: Mtra. Lizbeth Escobedo Pedraza			
OBJETIVO GENERAL: Reducir a través de la intervención psicológica a distancia, los síntomas del bruxismo relacionados con la ansiedad y la depresión.			
OBJETIVO ESPECÍFICO: Enseñar con el modelo cognitivo conductual técnicas de afrontamiento para reducir la ansiedad y la depresión e incrementar la percepción de control sobre su vida y el aprendizaje de las conductas positivas			
Objetivo Terapéutico: que la usuaria aprenda las técnicas de relajación y cómo contribuyen con el objetivo del tratamiento		INSTRUMENTOS Y TÉCNICAS: Técnicas de relajación, Entrenamiento en relajación Progresiva, Técnicas de respiración diafragmática	
Actividades	Desarrollo		
		Rasgos identificados	Tareas en casa
Explicación de cómo funcionan las técnicas de relajación para disminuir la ansiedad	Se practicó la técnica de respiración controlada o relajación, para que percibiera la reducción de su ansiedad excesiva antes de aplicar un evento de Reestructuración Cognitiva.	Ansiedad Estrés Relajamiento Descanso Más segura Menos deprimida	Realizar conscientemente estímulo de contacto emocional y visual con su esposo y familia
Entrenamiento en relajación progresiva	Se enseña a la usuaria a identificar cuales músculos de su cuerpo están contraídos, identifica la base del cuello y sus músculos masticatorios Se enseña a relajar de manera progresiva por grupos musculares. Se enseña a identificar los estados de contracción y los estados de relajación. Se le enseñan posiciones de relajación. Se enseña el método Jacobson con ejercicios en brazo, antebrazo, bíceps, hombros, pecho, espalda, cuello, frente y cuero cabelludo. Específicamente de boca y mandíbulas, Se aprietan los dientes mientras se llevan las comisuras de la boca hacia las orejas, se aprieta la boca hacia fuera y se abre la boca. La usuaria se sintió muy relajada.		Realizar ejercicios de relajación y respiración cuando se sienta estresada y con ansiedad. Anotar en su autorregistro los cambios sensoriales y emocionales a partir de la relajación.
Técnicas de respiración	Durante los ejercicios de relajación se enseña técnicas de respiración. Se enseñó cómo impacta la relajación a la cobertura de las necesidades humanas básicas físicas.		Realizar técnicas de respiración cuando tenga pensamientos negativos
OBSERVACIONES: La usuaria identificó que puede relajarse y reducir su ansiedad y se muestra positiva en sus cambios cognitivos.			

CARTA DESCRIPTIVA QUINTA SESIÓN

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN: Intervención psicológica a distancia para reducir la ansiedad y depresión en un caso de bruxismo.			
LUGAR: Centro de Apoyo Psicológico y Educativo a Distancia de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala	FECHA: Miércoles 27 de septiembre de 2017	HORA DE INICIO: 11:00	HORA DE FINALIZACIÓN: 12:00
ASESORA: María del Rosario Sansón Estrada		No. DE ASISTENTES: una persona.	
SUPERVISORA: Mtra. Lizbeth Escobedo Pedraza			
OBJETIVO GENERAL: Reducir a través de la intervención psicológica a distancia, los síntomas del bruxismo relacionados con la ansiedad y la depresión.			
OBJETIVO ESPECÍFICO: Enseñar con el modelo cognitivo conductual técnicas de afrontamiento para reducir la ansiedad y la depresión e incrementar la percepción de control sobre su vida y el aprendizaje de las conductas positivas			
Objetivo Terapéutico: enseñar a la usuaria cómo la activación física ayuda en el decremento de la ansiedad y la depresión		INSTRUMENTOS Y TÉCNICAS: Ejercicios focalizados	
Actividades	Desarrollo	Rasgos identificados	Tareas en casa
Análisis de su conducta cuando se siente deprimida	La usuaria refiere que aunque cuida su alimentación y su vestuario, hay temporadas en que no se arregla o se arregla de manera sencilla e informal.	Sueño irregular	Se solicita realice actividad deportiva y registre su estado de ánimo.
	La usuaria comentó que cuando se siente deprimida duerme mucho, deja de hacer sus tareas de la universidad.	Desaliño	Hacer una lista de actividades deportivas que disfruta.
Explicación de cómo la activación ayuda en reducir la ansiedad y la depresión	Se explica a la usuaria que para tener un efecto tranquilizante debe ser constante, es decir, caminar, correr, saltar obstáculos o andar en bicicleta, manteniendo una duración de 5 a 30 minutos	Menor ansiedad.	
OBSERVACIONES: La usuaria refiere que cuida su salud y come sanamente, pero ahora considera al ejercicio como un aliado contra la ansiedad y la depresión.			

CARTA DESCRIPTIVA SEXTA SESIÓN

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN: Intervención psicológica a distancia para reducir la ansiedad y depresión en un caso de bruxismo.			
LUGAR: Centro de Apoyo Psicológico y Educativo a Distancia de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala	FECHA: Miércoles 11 de octubre de 2017	HORA DE INICIO: 11:00	HORA DE FINALIZACIÓN: 12:00
ASESORA: María del Rosario Sansón Estrada		No. DE ASISTENTES: una persona.	
SUPERVISORA: Mtra. Lizbeth Escobedo Pedraza			
OBJETIVO GENERAL: Reducir a través de la intervención psicológica a distancia, los síntomas del bruxismo relacionados con la ansiedad y la depresión.			
OBJETIVO ESPECÍFICO: Enseñar con el modelo cognitivo conductual técnicas de afrontamiento para reducir la ansiedad y la depresión e incrementar la percepción de control sobre su vida y el aprendizaje de las conductas positivas			
Objetivo Terapéutico: que la usuaria identifique de manera específica los cambios con la reestructuración cognitiva. (TREC)		INSTRUMENTOS Y TÉCNICAS: Técnicas de autocontrol	
Actividades	Desarrollo	Rasgos identificados	Tareas en casa
Diálogo de reestructuración cognitiva	Se confrontaron las emociones y los pensamientos para observar los irracionales. Todavía refiere pensamientos irracionales.	Más confiada	realizar una observación de cómo resuelve sus situaciones cotidianas,
Análisis de los pensamientos irracionales	La usuaria ya identifica de mejor manera sus pensamientos irracionales, se induce a hacerlo de manera más rápida ante distintos escenarios.	Menos emociones negativas	Se solicitó elaborar una planeación para atender mejor sus actividades.
Análisis de los cambios que se están teniendo por la RE	La usuaria refiere en su autorregistro que ya puede controlar un poco más sus emociones, que aplica las técnica de TREC, el ABC y se siente mejor	Menos dolor	Anotar en su autorregistro cómo siente al controlar mejor sus emociones.
OBSERVACIONES: Aunque la usuaria identifica mejor sus pensamientos irracionales, todavía hace falta reforzar el autocontrol.			

CARTA DESCRIPTIVA SEPTIMA SESIÓN

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN: Intervención psicológica a distancia para reducir la ansiedad y depresión en un caso de bruxismo.			
LUGAR: Centro de Apoyo Psicológico y Educativo a Distancia de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala	FECHA: Miércoles 18 de octubre de 2017	HORA DE INICIO: 11:00	HORA DE FINALIZACIÓN: 12:00
ASESORA: María del Rosario Sansón Estrada		No. DE ASISTENTES: una persona.	
SUPERVISORA: Mtra. Lizbeth Escobedo Pedraza			
OBJETIVO GENERAL: Reducir a través de la intervención psicológica a distancia, los síntomas del bruxismo relacionados con la ansiedad y la depresión.			
OBJETIVO ESPECÍFICO: Enseñar con el modelo cognitivo conductual técnicas de afrontamiento para reducir la ansiedad y la depresión e incrementar la percepción de control sobre su vida y el aprendizaje de las conductas positivas			
Objetivo Terapéutico: que la usuaria reconozca los avances en el control de sus emociones negativas y aplique en el momento la reestructuración cognitiva.		INSTRUMENTOS Y TÉCNICAS: Reestructuración cognitiva Autocontrol	
Actividades	Desarrollo		
Identificar y cuestionar los pensamientos desadaptativos.	Se realizaron experimentos con escenarios para que la usuaria identifique sus pensamientos desadaptativos.		Rasgos identificados
Sustituir pensamientos negativos	La usuaria refiere que ya puede controlar sus emociones de mejor manera y sustituir los pensamientos negativos por otros más apropiados.		Menos ansiedad
Reducir la perturbación emocional y/o conductual	La usuaria refiere que siente que ha avanzado en el autocontrol, porque percibe que ha reducido su ansiedad. Sobre la depresión, se muestra positiva.		Menos emociones negativas
	Su bruxismo ha disminuido		Menos dolor
OBSERVACIONES: La usuaria ya presenta cambios cognitivos y de autocontrol.			

CARTA DESCRIPTIVA OCTAVA SESIÓN

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN: Intervención psicológica a distancia para reducir la ansiedad y depresión en un caso de bruxismo.			
LUGAR: Centro de Apoyo Psicológico y Educativo a Distancia de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala	FECHA: Miércoles 25 de octubre de 2017	HORA DE INICIO: 11:00	HORA DE FINALIZACIÓN: 12:00
ASESORA: María del Rosario Sansón Estrada		No. DE ASISTENTES: una persona.	
SUPERVISORA: Mtra. Lizbeth Escobedo Pedraza			
OBJETIVO GENERAL: Reducir a través de la intervención psicológica a distancia, los síntomas del bruxismo relacionados con la ansiedad y la depresión.			
OBJETIVO ESPECÍFICO: Enseñar con el modelo cognitivo conductual técnicas de afrontamiento para reducir la ansiedad y la depresión e incrementar la percepción de control sobre su vida y el aprendizaje de las conductas positivas			
Objetivo Terapéutico: que la usuaria identifique los cambios conductuales y cognitivos y se autoevalúe constantemente. Cierre de Sesión.		INSTRUMENTOS Y TÉCNICAS: autoevaluación.	
Actividades	Desarrollo	Rasgos identificados	Tareas en casa
Continuidad de los experimentos conductuales	La usuaria refiere que hace ejercicios de preguntas tal como se dieron en la terapia, cada vez que quiere revisar sus pensamientos irracionales	Seguridad	Seguir trabajando en la TREC
Evaluar y someter a prueba sus pensamientos negativos	La usuaria ha puesto a prueba sus cambios cognitivo-conductuales con su familia. Se siente mejor, ya que la invitan a reuniones	Control	Seguir practicando la sustitución de pensamientos
Verificar la validez o utilidad de la Técnica de reestructuración.	La usuaria confirma que ha tenido cambios positivos, se siente mejor y más contenta.	Relajamiento	Seguir realizando sus técnicas de relajación en distintos escenarios
Segunda evaluación con los inventarios de Beck y la Escala DERS	Se aplicaron nuevamente los inventarios de ansiedad y depresión de Beck y la Escala DERS. Se comenta con la usuaria sus cambios positivos, y se confirma que ha reducido su ansiedad y su depresión considerablemente. Se siente contenta.	Positiva	Seguir realizando sus autorregistros y autoevaluarse.
OBSERVACIONES: La usuaria se siente contenta por sus cambios, no obstante se sugiere seguir trabajando en aquellos pensamientos que la llevan a la depresión. Al cierre del tratamiento se muestra optimista.			