



Universidad de la República
Facultad de Psicología

**Cuerpo y emoción: Un proceso terapéutico cognitivo-conductual en la clínica
de bruxismo y TTM.**

Trabajo Final de Grado
Producción empírica: Articulación teórico-clínica
Junio, Montevideo.

Estudiante:
Martina Espínola Curbelo
C.I.: 5.257.303-3

Tutor:
Mag. Vicente Chirullo

Revisora:
Mag. Beatriz Falero

Agradecimientos

A mi familia, por su apoyo inquebrantable, el amor incondicional y el cuidado en todas sus formas. Sin ellos, nada de esto habría sido posible. Gracias por ser los pilares de quien soy hoy.

A mi madre, en especial, por ser raíz y abrigo. Por su confianza incondicional y por acompañarme, con su ejemplo y motivación, a lo largo de todo este camino.

A mis amigas, por ser red y refugio. Su amistad es un lugar al que siempre puedo volver. Gracias por ser mis camaradas del tiempo.

A mi compañero, por su presencia, su sostén y su paciencia infinita.

A mi psicóloga, por la escucha, por construir un espacio seguro y por ayudarme a confiar en mí.

A mi tutor, por su acompañamiento y por transmitir el entusiasmo por esta disciplina.

A todos los compañeros y docentes que hicieron de la formación un proceso colectivo, y que volvieron este recorrido mucho más ameno.

A esta casa de estudios, la Facultad de Psicología de la Universidad de la República, por abrir caminos, propiciar encuentros y fomentar el pensamiento crítico. Por enseñarme que el acompañamiento no es neutral, y que toda mirada está atravesada por la cercanía o la distancia con aquello que se observa.

Resumen

El presente Trabajo Final de Grado consiste en una producción empírica en formato de articulación teórico-clínica, desarrollada en el marco de la práctica de graduación “Clínica Odontológica Bruxismo y TTM” de la Licenciatura en Psicología de la Universidad de la República. El análisis se centra en un proceso terapéutico cognitivo-conductual breve realizado en un dispositivo universitario interdisciplinario, en articulación con la Clínica Odontológica de Bruxismo y Trastornos Temporomandibulares de la Facultad de Odontología. Se aborda el caso de una paciente adulta con bruxismo, sintomatología ansioso-depresiva, elevada reactividad emocional y rasgos compatibles con el espectro límite de la personalidad, en un contexto de vulnerabilidad socioeconómica y comorbilidad médica. Para ello, se integran datos cualitativos provenientes de entrevistas clínicas y registros del tratamiento, junto con datos cuantitativos obtenidos mediante instrumentos psicométricos estandarizados. Asimismo, se incorporan datos provenientes de una fase posterior de seguimiento clínico y reevaluación como insumos complementarios para profundizar la formulación clínica, sin que ello implique analizar el proceso terapéutico correspondiente a dicha etapa. Los resultados muestran una disminución significativa de la sintomatología ansiosa y depresiva, acompañada por una reducción en el reporte verbal del bruxismo, una mayor incorporación de estrategias de regulación emocional y un incremento de la flexibilidad cognitiva. La reevaluación posterior evidenció variaciones asociadas a estresores contextuales, así como una estabilización sintomática en rangos de menor severidad, lo que pone de manifiesto el carácter dinámico y contextual de la evolución clínica. En este marco, el trabajo destaca la importancia de una formulación clínica que integre aspectos cognitivos, emocionales, de personalidad y corporales, favoreciendo una comprensión más amplia del funcionamiento psicológico y de las manifestaciones de malestar observadas en el caso.

Palabras clave: *terapia cognitivo-conductual, bruxismo, regulación emocional, flexibilidad cognitiva.*

Índice

1. Introducción	6
1.1 Contextualización del dispositivo universitario	6
1.2 Fundamentación de la elección del caso	6
1.3 Objetivos del TFG	7
1.3.1 Objetivo general	7
1.3.2 Objetivos específicos	7
2. Marco teórico de referencia	9
2.1 Fundamentación del marco teórico	9
2.2 Psicología de la salud y comprensión biopsicosocial del bruxismo	10
2.3 Terapias Cognitivo-Conductuales de Segunda Generación	12
2.3.1 Bases conceptuales de la Terapia Cognitiva: cognición, emoción y conducta	12
2.3.2 Terapia Cognitiva de los trastornos de personalidad	14
2.3.3 Terapia Racional Emotiva Conductual	16
2.3.4 Terapia de Esquemas	17
2.4 Terapias de Tercera Generación	18
2.4.1 Mindfulness	19
2.4.2 Modelo Biosocial	20
3. Metodología	20
3.1 Diseño del estudio	21
3.2 Procedimiento clínico	22
3.3 Planteamiento del problema	23
3.4 Propositiones o hipótesis orientadoras	23
3.5 Unidad de análisis	24
3.6 Fuentes de información	24
Tabla 1	25
3.7 Consideraciones éticas	27
4. Presentación y análisis del caso	28
4.1 Presentación de la paciente y motivo de consulta	28
4.1.1 Problemáticas que presenta y funcionamiento actual	28
4.2 Contexto vital y antecedentes relevantes para la comprensión del caso	29
4.2.1 Historia personal y contexto familiar	29
4.2.2 Trayectoria educativa, laboral y antecedentes de salud	30
4.2.3 Relaciones interpersonales y acontecimientos significativos	30
4.3 Formulación clínica	31
4.3.1 Hipótesis diagnóstica	31
4.3.2 Organización de la personalidad	31
4.3.3 Conceptualización cognitiva desde la TCC	32
4.3.4 Hipótesis dinámica integradora	35
4.4 Estrategia de trabajo	36
4.4.1 Fundamentación y objetivos terapéuticos	36
4.4.2 Técnicas implementadas	36
Tabla 2	37
4.5 Reporte del caso	39

4.5.1 Resultados psicométricos y sintomatología clínica	39
Tabla 3	39
4.5.2 Resultados cualitativos y cambios observacionales	41
5. Discusión	42
5.1 Hallazgos	42
5.2 Alcances y límites	43
Referencias bibliográficas	45

Índice de Tablas

Tabla 1 <i>Instrumentos psicométricos administrados y resultados iniciales obtenidos</i>	26
Tabla 2 <i>Técnicas psicoterapéuticas utilizadas durante la intervención</i>	38
Tabla 3 <i>Evolución clínica psicométrica 2024–2025</i>	40

1. Introducción

1.1 Contextualización del dispositivo universitario

En el marco de la Licenciatura en Psicología de la Universidad de la República, el presente Trabajo Final de Grado¹ se inscribe en un dispositivo universitario interdisciplinario articulado con la Clínica de Bruxismo y Trastornos Temporomandibulares (TTM) de la Facultad de Odontología. Esta propuesta se desarrolla desde una perspectiva biopsicosocial de la salud y se orienta al abordaje de problemáticas complejas que requieren la integración de diferentes saberes disciplinares.

La relevancia de este dispositivo se sustenta, entre otros aspectos, en la elevada prevalencia de los TTM y el bruxismo en Uruguay (Riva et al., 2011), así como en la evidencia que señala la participación de factores psicológicos —como la ansiedad, el estrés y la depresión— en su aparición y mantenimiento (Domínguez Medina, 2013; Soto, 2021). En este contexto, el dispositivo incorpora instancias de evaluación psicológica y procesos terapéuticos orientados a explorar la relación entre las manifestaciones corporales del malestar y variables emocionales, cognitivas y contextuales, favoreciendo una comprensión más amplia de las problemáticas abordadas.

La integración entre Psicología y Odontología amplía las posibilidades de abordaje de problemáticas complejas como el bruxismo y los trastornos temporomandibulares, al favorecer una comprensión más amplia de los procesos de salud y enfermedad. No obstante, el trabajo interdisciplinario también plantea desafíos vinculados a las diferencias entre encuadres disciplinares, modalidades de atención y posibilidades de articulación entre equipos. Estas condiciones forman parte del contexto institucional en el que se desarrolló el caso analizado y constituyen elementos relevantes para comprender el encuadre del proceso terapéutico.

1.2 Fundamentación de la elección del caso

La elección del caso clínico responde al interés de analizar la relación entre procesos cognitivos, emocionales y manifestaciones somáticas en el campo de la salud,

¹ En adelante T.F.G.

particularmente en situaciones clínicas donde el malestar psicológico se expresa tanto a través de síntomas emocionales como de registros corporales.

Asimismo, el caso resulta de especial interés por las características identificadas durante la evaluación inicial, a partir de entrevistas clínicas e instrumentos psicométricos. Estas permitieron reconocer la presencia de sintomatología ansioso-depresiva, elevada reactividad emocional, dificultades en la regulación afectiva y manifestaciones somáticas asociadas al malestar, configurando una situación clínica pertinente para explorar la interacción entre dichos fenómenos desde el modelo cognitivo-conductual.

La elección de este caso también se fundamenta en la posibilidad de examinar, a partir de una experiencia clínica concreta desarrollada en un dispositivo interdisciplinario de salud, los alcances y desafíos de la formulación clínica cognitivo-conductual en el abordaje de problemáticas complejas. En este sentido, el análisis del caso permite reflexionar sobre la articulación entre variables cognitivas, emocionales, contextuales y corporales, así como sobre los procesos de cambio observados durante el proceso terapéutico.

Con el fin de resguardar la identidad y la confidencialidad de la paciente, los datos personales y algunos elementos contextuales potencialmente identificatorios fueron modificados u omitidos, sin afectar los aspectos clínicamente relevantes para el análisis del caso. Asimismo, la utilización del material clínico se encuentra respaldada por el consentimiento informado firmado al ingresar al dispositivo, en el que se establece la posibilidad de emplear la información obtenida durante las consultas con fines académicos y de investigación científica, preservando en todo momento la confidencialidad y el anonimato.

1.3 Objetivos del TFG

1.3.1 Objetivo general

Analizar, mediante una articulación teórico-clínica, un proceso terapéutico cognitivo-conductual breve en una paciente adulta atendida en un dispositivo universitario interdisciplinario.

1.3.2 Objetivos específicos

- Describir la formulación clínica del caso, considerando la interacción entre antecedentes relevantes, estructura cognitiva, regulación emocional, manifestaciones somáticas y condiciones contextuales.
- Analizar las intervenciones implementadas desde el enfoque cognitivo-conductual, explicitando su fundamentación teórica y su aplicación en el proceso terapéutico.
- Examinar la evolución clínica a partir de indicadores psicométricos y registros observacionales, identificando cambios en la sintomatología, la regulación emocional, la flexibilidad cognitiva y el funcionamiento interpersonal.

2. Marco teórico de referencia

2.1 Fundamentación del marco teórico

Las características del caso analizado requieren considerar la interacción entre procesos psicológicos, condiciones contextuales y manifestaciones corporales asociadas al malestar. En este sentido, se retoman aportes de la Psicología de la Salud y del enfoque biopsicosocial, los cuales permiten comprender el bruxismo y la sintomatología ansioso-depresiva como fenómenos interrelacionados que no pueden explicarse exclusivamente desde una dimensión biológica o psicológica.

Para el análisis del caso se adopta el paradigma Cognitivo-Conductual, el cual considera que los procesos cognitivos participan activamente en la regulación emocional y conductual, y que las interpretaciones que las personas realizan de los acontecimientos influyen en la experiencia subjetiva y en las respuestas observables (Keegan, 2010). Desde esta perspectiva, las distintas formulaciones teóricas incluidas en este trabajo comparten el supuesto de que los significados atribuidos a la experiencia desempeñan un papel central en la comprensión y modificación del malestar psicológico.

Se prioriza el modelo cognitivo de Beck como eje organizador de la conceptualización del caso, en tanto permite analizar la relación entre pensamientos automáticos (PA), creencias intermedias (CI) y creencias centrales (CC) como mediadores del malestar emocional y de las respuestas conductuales. Este marco resultó adecuado para examinar la activación de creencias de desamparo y desvalorización, así como la influencia de interpretaciones distorsionadas en la intensificación afectiva.

Asimismo, se incorporan aportes de la Terapia Racional Emotiva Conductual (TREC) de Ellis, particularmente el modelo ABC y el análisis de creencias irracionales de tipo absolutista, útiles para comprender la rigidez cognitiva, la autoexigencia y la persistencia de culpa.

Para profundizar en la comprensión de patrones interpersonales persistentes y estrategias de afrontamiento desadaptativas, se retoman desarrollos de la Terapia Cognitiva aplicada a los trastornos de personalidad y de la Terapia de Esquemas. Complementariamente, se incorporan aportes de los enfoques basados en Mindfulness, orientados a comprender y promover una relación más flexible con pensamientos y emociones difíciles. En relación con la desregulación emocional, se integran aportes del

modelo biosocial desarrollado por Linehan, que permiten conceptualizar la interacción entre vulnerabilidad emocional y contextos invalidantes.

2.2 Psicología de la salud y comprensión biopsicosocial del bruxismo

La Psicología de la Salud surge como un campo específico de desarrollo durante las décadas de 1970 y 1980, en el contexto de las transformaciones producidas por la progresiva incorporación de factores psicológicos y sociales a la comprensión de los procesos de salud y enfermedad. Este desarrollo se consolidó institucionalmente con la creación de la División 38 (Health Psychology) de la American Psychological Association en 1979 y con las contribuciones posteriores de autores como Matarazzo, quien amplió el campo de acción de la Psicología hacia la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad y la mejora de los sistemas de atención (Fortuna, 2018).

En este contexto, Morales Calatayud (1997) la define como una rama aplicada de la psicología centrada en el estudio de los procesos psicológicos implicados en el proceso salud-enfermedad, incluyendo su papel en la determinación del estado de salud, el riesgo de enfermar, la condición de enfermedad y la recuperación, así como en las interacciones que se producen en el contexto de la atención en salud. En este marco, la salud y la enfermedad no constituyen estados opuestos y excluyentes, sino procesos dinámicos en los que interactúan múltiples determinantes biológicos, psicológicos y contextuales.

En su desarrollo, este campo ha integrado aportes de diversas corrientes —como la psicología clínica, la medicina conductual y la psicología comunitaria— (Morales Calatayud, 1999), ampliando la comprensión del proceso salud-enfermedad más allá de enfoques reduccionistas. En esta línea, autores como Menéndez (1988) han cuestionado los modelos biologicistas por su tendencia a reducir estos procesos a su dimensión orgánica, dejando por fuera los determinantes sociales, históricos y culturales que intervienen en su configuración. Estas críticas contribuyeron al desarrollo de enfoques que cuestionan la separación entre mente y cuerpo y promueven una comprensión más amplia de los procesos de salud y enfermedad. En consecuencia, la salud deja de concebirse exclusivamente como ausencia de enfermedad y pasa a entenderse como un fenómeno multideterminado, influido por factores biológicos, psicológicos, sociales e históricos.

Frente a estas limitaciones, el enfoque biopsicosocial propuesto por Engel (1977) permite comprender los procesos de salud y enfermedad como configuraciones complejas resultantes de la articulación entre variables biológicas, psicológicas y sociales. Este marco

resulta especialmente pertinente para el estudio de los trastornos temporomandibulares (TTM) y el bruxismo, cuya etiología involucra componentes estructurales, funcionales, emocionales y conductuales. A nivel epidemiológico, en Uruguay se observa una alta prevalencia de estos cuadros, lo que refuerza la necesidad de abordarlos desde una perspectiva integrada en el campo de la salud (Riva et al., 2011).

Los TTM constituyen un conjunto heterogéneo de alteraciones psicofisiológicas que se manifiestan a través de dolor orofacial, disfunción masticatoria o ambas, y han sido definidos como patologías de origen multifactorial, en las que intervienen variables predisponentes y perpetuantes (McNeill, 1993; Okeson, 2003, 2008). En este contexto, el bruxismo se vincula no solo con hábitos orales, sino también con factores psicológicos como la ansiedad, el estrés y la depresión, que influyen tanto en su aparición como en su mantenimiento (Soto, 2021; Domínguez Medina, 2013).

Desde esta perspectiva, su abordaje no puede agotarse en intervenciones aisladas, sino que requiere la articulación entre distintos saberes. En esta línea, Stolkiner (2005) plantea que la interdisciplina surge frente a problemas que no pueden ser abordados desde una única lógica, sino como demandas complejas que implican múltiples dimensiones.

Esta concepción se vincula con los desarrollos del pensamiento complejo en el campo sanitario, que enfatizan la necesidad de integrar distintos niveles de análisis en el abordaje de fenómenos clínicos multideterminados. Desde esta perspectiva, la interdisciplina puede comprenderse no sólo como una estrategia operativa, sino como una orientación que reconoce la complejidad de los procesos de salud (Souza Minayo, 2008).

En este marco, el abordaje del bruxismo desde la Psicología de la Salud requiere una transición desde el modelo biomédico tradicional —caracterizado por su carácter reduccionista— hacia una perspectiva que contemple la complejidad del fenómeno. Diversas investigaciones han documentado una asociación significativa entre el bruxismo, particularmente en su forma de vigilia, y factores psicosociales como la ansiedad y el estrés (Alesi et al., 2018).

No obstante, como señala Gutiérrez (2022), incluso el modelo biopsicosocial puede resultar insuficiente si mantiene el foco exclusivamente en el individuo, omitiendo los determinantes sociales y económicos que atraviesan los procesos de salud y enfermedad. Desde esta perspectiva, la comprensión del bruxismo requiere situarlo en una trama más

amplia de condiciones contextuales, evitando reducirlo tanto a un fenómeno exclusivamente orgánico como a un proceso psicológico individual.

La comprensión del bruxismo desarrollada desde la Psicología de la Salud y el enfoque biopsicosocial permite situar este fenómeno en la intersección entre procesos corporales, psicológicos y contextuales. Desde esta perspectiva, resulta posible reconocer la complejidad de los factores implicados en su aparición y mantenimiento, así como la necesidad de abordajes que contemplen dicha multideterminación. En este marco, el paradigma Cognitivo-Conductual aporta herramientas teóricas y clínicas que permiten profundizar en la comprensión de los procesos cognitivos, emocionales y conductuales involucrados, aspecto que se desarrolla en los apartados siguientes.

2.3 Terapias Cognitivo-Conductuales de Segunda Generación

Las terapias cognitivo-conductuales constituyen el principal marco de referencia para la conceptualización y el abordaje del caso analizado. En continuidad con la perspectiva desarrollada previamente desde la Psicología de la Salud y el enfoque biopsicosocial, este paradigma aporta herramientas específicas para comprender la relación entre procesos cognitivos, emocionales y conductuales, así como su papel en la aparición y mantenimiento del malestar psicológico.

A lo largo de su desarrollo histórico, el paradigma cognitivo-conductual ha experimentado diversas transformaciones teóricas y clínicas. Estas suelen describirse en términos de generaciones u "olas", denominación que alude a la incorporación progresiva de nuevos modelos explicativos y estrategias de intervención sin que ello implique el reemplazo completo de los desarrollos previos (Keegan, 2010). Entre estos desarrollos, las terapias cognitivo-conductuales de segunda generación resultan especialmente relevantes para el presente trabajo, ya que proporcionan los principales fundamentos conceptuales utilizados para analizar el funcionamiento de la paciente.

Según Keegan (2010), la segunda generación surge durante las décadas de 1960 y 1970 a partir de la incorporación sistemática de variables cognitivas a los modelos conductuales previos. Este desarrollo supuso la introducción de una perspectiva mediacional para comprender las perturbaciones emocionales, reconociendo que las interpretaciones, creencias y significados atribuidos a los acontecimientos intervienen

activamente en la relación entre las experiencias vividas y las respuestas emocionales y conductuales.

2.3.1 Bases conceptuales de la Terapia Cognitiva: cognición, emoción y conducta

Entre los desarrollos más influyentes de las terapias cognitivo-conductuales de segunda generación se encuentra la Terapia Cognitiva (TC) propuesta por Aaron T. Beck. Este modelo otorga un lugar central a los procesos cognitivos en la comprensión del malestar psicológico, al considerar que las interpretaciones que las personas realizan de los acontecimientos intervienen activamente en sus respuestas emocionales y conductuales (Beck, 1979). El modelo cognitivo sostiene que:

La forma en que los individuos organizan e interpretan su experiencia cumple un rol central en la regulación emocional y la conducta. En esta línea, se asume que las percepciones o interpretaciones de la realidad no son idénticas a la misma realidad, que dichas interpretaciones dependen de procesos cognitivos que son, en sí mismos, falibles, y que las creencias constituyen hipótesis susceptibles de ser negadas y modificadas (Caro, 2007, p. 59). Esta formulación introduce un posicionamiento epistemológico central del modelo, según el cual el malestar no deriva directamente de los acontecimientos, sino del significado atribuido a los mismos.

La propuesta de Beck, centrada inicialmente en la identificación y reestructuración de distorsiones cognitivas, incorporó progresivamente técnicas conductuales, dando paso a la denominada Terapia Cognitivo-Conductual (TCC). Para este trabajo se toma el término TCC en sentido amplio, como el conjunto de desarrollos del paradigma cognitivo-conductual, mientras que TC alude específicamente al modelo original formulado por Beck.

Beck (1993) definió la TC como la aplicación sistemática del modelo cognitivo para la comprensión de problemas clínicos específicos, mediante técnicas orientadas a identificar, evaluar y modificar creencias disfuncionales y sesgos en el procesamiento de la información.

Desde esta perspectiva, el malestar psicológico se organiza en distintos niveles cognitivos. En el plano más superficial se encuentran los pensamientos automáticos, evaluaciones rápidas y cargadas de afecto que influyen directamente en la respuesta emocional y conductual. Tal como se describe, “los pensamientos automáticos son fruto

directo de nuestros esquemas. Pueden tomar una forma verbal o ideativa, son conclusiones, juicios e interpretaciones que aparecen automáticamente como pensamientos sin ningún razonamiento anterior que explique cómo pueden formarse. Son involuntarios (...) y cualquier paciente con pensamientos automáticos se los va a creer, por completo, mientras que un observador externo los negará” (Caro, 2007, p. 147). Esta característica explica su potente impacto clínico y la dificultad inicial para someterlos a examen crítico. En un nivel un poco más profundo, operan las creencias intermedias, expresadas como reglas, actitudes, y supuestos condicionales (“si... entonces...”), que orientan la interpretación de la experiencia cotidiana; por último, se sitúan las creencias centrales, esquemas globales y relativamente estables acerca de uno mismo, los otros y el mundo, que tienden a activarse en contextos de estrés o vulnerabilidad. Cuando estas creencias adoptan contenidos negativos —vinculados al desamparo o a la falta de valía— organizan la percepción de forma selectiva, favoreciendo sesgos confirmatorios y ciclos de activación emocional intensa (Beck et al., 1990).

La conceptualización cognitiva constituye un elemento central del modelo. Implica comprender cómo las experiencias tempranas contribuyen a la formación de creencias nucleares acerca de uno mismo, los otros y el mundo, que se organizan en esquemas relativamente estables. Estos esquemas, al activarse en situaciones emocionalmente significativas, influyen en la generación de pensamientos automáticos y en la interpretación de la experiencia actual. Bajo condiciones de estrés, esta activación tiende a intensificarse, favoreciendo distorsiones cognitivas, respuestas emocionales desproporcionadas y patrones conductuales rígidos (Beck et al., 1990).

Un principio metodológico clave del modelo es el empirismo colaborativo, entendido como un proceso de exploración conjunta entre terapeuta y paciente orientado a examinar evidencias, generar hipótesis alternativas y poner a prueba interpretaciones disfuncionales (Beck, 2011). Esta modalidad de trabajo supone una alianza terapéutica activa, estructurada y orientada a objetivos, en la que el vínculo constituye un medio para facilitar el cambio cognitivo y conductual. A través de este proceso, el paciente aprende a tomar distancia de sus interpretaciones iniciales y a considerar explicaciones alternativas más ajustadas a la evidencia.

Desde esta perspectiva, la regulación emocional se comprende en estrecha relación con los procesos de evaluación e interpretación, en lugar de concebirse como un fenómeno independiente de la cognición. Beck (1979) sostuvo que la respuesta emocional está mediada por el significado atribuido a los acontecimientos, por lo que la modificación de

creencias disfuncionales y de estilos de pensamiento rígidos contribuye a disminuir la intensidad afectiva, ampliar repertorios conductuales y favorecer una mayor flexibilidad psicológica.

2.3.2 Terapia Cognitiva de los trastornos de personalidad

Aunque la Terapia Cognitiva (TC) no fue diseñada originalmente para el Trastorno Límite de la Personalidad (TLP), las Terapias Cognitivo-Conductuales (TCC) se han consolidado como una de las aproximaciones más utilizadas para el trabajo con rasgos de personalidad límite. Desde una perspectiva diagnóstica, el TLP se caracteriza por un patrón persistente de inestabilidad en las relaciones interpersonales, la autoimagen y la afectividad, junto con impulsividad en diversos contextos (American Psychiatric Association, 2014). Beck y Freeman (1990) señalan que estos pacientes suelen sostener supuestos disfuncionales como: “El mundo es peligroso y malo”, “Soy impotente y vulnerable” y “Soy inherentemente inaceptable”.

Diversos autores (Linehan, 1987; Young, 1999; Millon, 1987) coinciden en que el abordaje terapéutico requiere intervenciones orientadas al fortalecimiento del sentido de identidad, la regulación emocional, la modificación de creencias disfuncionales profundas y la reducción del pensamiento dicotómico, entendidos como dimensiones interrelacionadas del funcionamiento psicológico.

Desde el modelo de la TCC, Beck y cols. (1990) señalan que el trabajo inicial con pacientes del espectro límite suele centrarse en la identificación y cuestionamiento del pensamiento dicotómico, dado que este tipo de procesamiento cognitivo amplifica la intensidad emocional, rigidiza las interpretaciones interpersonales y dificulta la resolución de problemas. La reducción temprana de este estilo cognitivo favorece una mayor flexibilidad mental, disminuye la reactividad afectiva y habilita, en etapas posteriores, un trabajo más profundo sobre los supuestos nucleares y los esquemas de base.

En términos de planificación, la TCC aplicada a los trastornos de personalidad se organiza en fases, priorizando inicialmente la estabilización emocional, la disminución de conductas impulsivas y el fortalecimiento de la alianza terapéutica. Beck y Freeman (1990) subrayan que en estos casos “la relación entre terapeuta y paciente desempeña un papel mucho más importante que lo habitual en terapia cognitiva...” (p. 161), ya que muchos de los problemas nucleares se despliegan en el vínculo terapéutico, constituyendo material clínico relevante para la intervención. En este sentido, destacan que estas manifestaciones

no deben ser evitadas ni interpretadas exclusivamente como resistencia, sino comprendidas como material clínico relevante para el análisis y la intervención.

Una vez establecida esta base, el tratamiento incorpora técnicas dirigidas a la identificación de pensamientos automáticos extremos, la generación de interpretaciones alternativas, el entrenamiento en habilidades de afrontamiento emocional y la puesta a prueba de creencias mediante experimentos conductuales. Este proceso favorece cambios tanto cognitivos como interpersonales más estables (Beck y cols., 1990).

Finalmente, diversos desarrollos han señalado que el funcionamiento límite no constituye una entidad estática, sino una configuración clínica dinámica. Estudios longitudinales muestran que los síntomas pueden fluctuar e incluso remitir parcialmente en función de condiciones contextuales y del acceso a recursos terapéuticos (Zanarini et al., 2003). En esta línea, enfoques dimensionales proponen comprender estos cuadros dentro de un continuo de funcionamiento, que incluye desde presentaciones más leves hasta formas más graves, permitiendo una lectura más flexible de la clínica y su evolución (Tous Ral, 2008).

2.3.3 Terapia Racional Emotiva Conductual

Dentro de los desarrollos de segunda generación la Terapia Racional Emotiva Conductual², desarrollada por Albert Ellis, constituye otro aporte relevante para la comprensión de la relación entre cognición, emoción y conducta, destacándose por el énfasis en las creencias rígidas y absolutistas como generadoras y mantenedoras del sufrimiento emocional.

El modelo explicativo central de la TREC se organiza a partir del esquema ABC, según el cual un acontecimiento activador (A) no produce de forma directa una consecuencia emocional o conductual (C), sino que esta se encuentra mediada por el sistema de creencias del individuo (B) acerca de dicho acontecimiento (Ellis, 1962). Desde esta perspectiva, las respuestas emocionales varían en función de las interpretaciones cognitivas que se sostienen sobre una misma situación.

Ellis identificó un conjunto de creencias irracionales caracterizadas por su formulación en términos de exigencias absolutistas, expresadas frecuentemente mediante formulaciones como “debo”, “tengo que” o “no debería ocurrir”. Estas demandas rígidas

² En adelante TREC.

pueden dirigirse hacia uno mismo, hacia los otros o hacia las circunstancias de la vida, organizando la experiencia en categorías extremas y poco flexibles. A partir de estas evaluaciones absolutistas suelen derivarse distintas formas de valoración disfuncional de la experiencia, entre las que se destacan la catastrofización de los acontecimientos, la baja tolerancia a la frustración y la evaluación global negativa de uno mismo o de los otros (Ellis, 1980). Estas interpretaciones rígidas tienden a amplificar la intensidad afectiva y a favorecer respuestas emocionales desadaptativas.

A nivel terapéutico, la TREC propone intervenir sobre estas creencias mediante un proceso de debate cognitivo, orientado a examinar su coherencia lógica, su evidencia empírica y su utilidad pragmática. A través de este procedimiento, el paciente es invitado a cuestionar el carácter absoluto de determinadas interpretaciones y a construir creencias más flexibles y racionales, capaces de disminuir la intensidad emocional y ampliar las posibilidades de afrontamiento.

En este marco, Ellis desarrolló instrumentos para evaluar la presencia de creencias irracionales, como el Test de Ideas Irracionales, que permite identificar patrones de pensamiento caracterizados por exigencias absolutistas, catastrofización, intolerancia a la incertidumbre y autoexigencias rígidas (Ellis, 1980), facilitando la aplicación clínica del modelo ABC.

La conceptualización propuesta por Ellis resulta complementaria al modelo cognitivo de Beck, en tanto ambos enfoques coinciden en señalar el papel mediador de las creencias en la generación de las respuestas emocionales. No obstante, la TREC pone un énfasis particular en el carácter demandante y absolutista de determinadas evaluaciones cognitivas, aportando herramientas conceptuales útiles para analizar patrones de autoexigencia, culpa persistente y catastrofización de la experiencia.

2.3.4 Terapia de Esquemas

La Terapia de Esquemas³, desarrollada por Young, surge como una ampliación del modelo cognitivo clásico ante las limitaciones observadas en el tratamiento de pacientes con trastornos de personalidad y problemáticas persistentes que no respondían de manera suficiente a las TCC tradicionales (Young, 1999, 2003). Aunque conserva los fundamentos cognitivo-conductuales, especialmente la centralidad de las creencias como organizadoras

³ En adelante TE.

de la experiencia, incorpora aportes de otros desarrollos clínicos y se configura como un enfoque integrador orientado a problemáticas de mayor complejidad y duración.

El concepto de esquema tiene antecedentes en la obra de Beck (1967), quien lo definió como una estructura cognitiva que permite filtrar, codificar y evaluar los estímulos del entorno. Young retoma y amplía esta noción, conceptualizando los esquemas como principios organizadores globales que otorgan coherencia y significado a la experiencia vital (Young et al., 2003). Cuando se desarrollan en contextos tempranos marcados por privación, abandono, invalidación o sobreexigencia, pueden adquirir la forma de Esquemas Precoces Desadaptativos⁴.

Los EPD constituyen patrones amplios y persistentes que integran recuerdos, emociones, cogniciones y sensaciones corporales (Young, 1999). Se originan en la infancia o adolescencia, se consolidan a lo largo del desarrollo y operan como marcos relativamente estables para el procesamiento de la experiencia posterior, activándose con especial intensidad en situaciones interpersonales significativas, especialmente cuando se perciben señales de rechazo, pérdida o desvalorización.

Young (1999) plantea que estos esquemas se desarrollan a partir de la frustración crónica de necesidades emocionales nucleares, tales como el apego seguro, la autonomía y competencia, la validación emocional, la espontaneidad y el establecimiento de límites realistas. Cuando estas necesidades no son adecuadamente satisfechas, se consolidan patrones de interpretación rígidos que contribuyen tanto a trastornos de personalidad como a la cronicidad de otros cuadros clínicos.

2.4 Terapias de Tercera Generación

A partir de la década de 1990 se consolidaron distintos desarrollos conocidos como Terapias de Tercera Generación o Terapias Contextuales, inscriptos dentro de la evolución del paradigma cognitivo-conductual. Estos enfoques ampliaron el modelo clásico desplazando parcialmente el foco desde la modificación directa del contenido cognitivo hacia el análisis funcional de los procesos psicológicos en contexto, enfatizando la relación que las personas establecen con su experiencia interna, la regulación emocional y la flexibilidad conductual.

⁴ En adelante EPD.

Entre los desarrollos que forman parte de las Terapias de Tercera Generación se encuentran los enfoques basados en Mindfulness, que introducen herramientas orientadas a modificar la relación con pensamientos y emociones, más que intervenir directamente sobre su contenido (Kabat-Zinn, 1990; Hayes et al., 1999). En esta línea, algunos aportes teóricos sobre regulación emocional, como el modelo biosocial propuesto por Linehan (1993), han contribuido a ampliar la comprensión de los procesos emocionales implicados en distintos cuadros clínicos.

2.4.1 Mindfulness

Dentro de los desarrollos de tercera generación, las prácticas basadas en mindfulness cumplen un papel relevante al favorecer una mayor conciencia del momento presente y una observación menos reactiva de los propios estados internos (Kabat-Zinn, 1990). Estas herramientas permiten desarrollar habilidades de regulación atencional y emocional que facilitan la interrupción de patrones automáticos de reacción y promueven una relación más flexible con la experiencia interna.

En este marco, se han desarrollado diversas estrategias clínicas destinadas a favorecer una relación más flexible con los pensamientos y emociones. Entre ellas se incluyen prácticas de atención plena y ejercicios de observación de pensamientos, que permiten tomar distancia respecto de los contenidos cognitivos y habilitar nuevas formas de comprensión de la experiencia psicológica (Kabat-Zinn, 1990). Estas intervenciones no buscan eliminar pensamientos o emociones difíciles, sino modificar la forma en que la persona se relaciona con ellos, favoreciendo procesos de mayor apertura y regulación emocional.

En este sentido, la práctica de la atención plena contribuye a interrumpir patrones de escalada afectiva, facilitando una respuesta más regulada ante estados emocionales intensos (Kabat-Zinn, 2003). Asimismo, los ejercicios centrados en la conciencia corporal permiten disminuir la activación fisiológica sostenida, particularmente en relación con la hiperactivación del sistema nervioso autónomo. Al dirigir la atención hacia las sensaciones corporales, el sujeto puede identificar señales tempranas de activación —como tensión muscular o aceleración del pensamiento— antes de que estas deriven en un desborde afectivo, favoreciendo intervenciones regulatorias más tempranas (Baer, 2003). Estos procesos adquieren especial relevancia en el abordaje de manifestaciones somáticas, en tanto permiten intervenir sobre el circuito de retroalimentación entre activación emocional y respuesta corporal. En este sentido, las intervenciones basadas en mindfulness han

mostrado efectos beneficiosos en la reducción de síntomas psicológicos —como ansiedad y depresión— y en la mejora de la calidad de vida en diversas patologías somáticas, lo que refuerza su pertinencia en este tipo de abordajes (León-Quismondo et al., 2019). La conciencia corporal mediada por el mindfulness no se limita a la relajación, sino que favorece el desarrollo de una mayor conciencia de los estados internos, promoviendo una relación más flexible con la experiencia.

2.4.2 Modelo Biosocial

Para comprender los procesos de desregulación emocional presentes en determinados cuadros clínicos, resulta relevante el modelo biosocial propuesto por Linehan (1993). Este modelo plantea que las dificultades en la regulación de las emociones pueden comprenderse como el resultado de la interacción entre una vulnerabilidad biológica a la alta sensibilidad emocional y la exposición a contextos invalidantes durante el desarrollo.

Según esta teoría, la vulnerabilidad emocional se caracteriza por tres componentes principales: alta sensibilidad ante estímulos emocionales, intensidad afectiva elevada y una recuperación más lenta del equilibrio fisiológico una vez activada la respuesta emocional. Cuando estas características se desarrollan en entornos donde las experiencias emocionales son minimizadas, castigadas o invalidadas, la persona puede presentar dificultades para identificar, comprender y modular adecuadamente sus estados afectivos.

Desde esta perspectiva, la desregulación emocional no es concebida como una falla individual ni como una característica exclusivamente intrapsíquica, sino como el resultado de la interacción entre una vulnerabilidad emocional y determinados contextos de desarrollo. Linehan (1993) sostiene que las personas con elevada sensibilidad emocional tienden a experimentar respuestas afectivas más intensas, activarse con mayor rapidez frente a estímulos emocionales y presentar un retorno más lento a niveles basales de activación. Cuando estas características se desarrollan en contextos invalidantes, donde las experiencias emocionales son minimizadas, desestimadas o castigadas, pueden consolidarse dificultades persistentes para identificar, comprender y regular adecuadamente los estados emocionales.

En este sentido, el modelo biosocial permite comprender cómo determinadas estrategias de afrontamiento inicialmente adaptativas pueden transformarse en factores de mantenimiento del malestar. La inhibición emocional, la evitación de situaciones percibidas como conflictivas o la tendencia a priorizar las necesidades ajenas por sobre las propias

pueden funcionar como intentos de reducir el impacto inmediato de emociones intensas. Sin embargo, a largo plazo estas estrategias suelen dificultar el procesamiento emocional y favorecer la acumulación de tensión psicológica y fisiológica, contribuyendo a la persistencia de ciclos de malestar y desregulación emocional (Linehan, 1993).

3. Metodología

3.1 Diseño del estudio

El presente TFG se inscribe en la modalidad de producción empírica, específicamente bajo el formato de articulación teórico-clínica. Esta modalidad procura integrar el análisis de un proceso clínico singular con desarrollos conceptuales provenientes del marco teórico seleccionado, favoreciendo una comprensión situada de los fenómenos estudiados.

Para la organización y análisis del material clínico se toman como referencia algunos lineamientos metodológicos del estudio de caso. Según Stake (1995), el estudio de caso permite comprender la particularidad y complejidad de un caso singular en su contexto, mientras que Hernández Sampieri et al. (2014) lo describen como una estrategia adecuada para explorar y comprender fenómenos contemporáneos a partir de múltiples fuentes de información. En este sentido, dichos aportes resultan pertinentes para orientar la sistematización y el análisis del material clínico presentado.

La utilización de lineamientos metodológicos propios del estudio de caso resulta consistente con antecedentes académicos desarrollados en el campo de la Psicología Clínica y la Terapia Cognitivo-Conductual, en los que esta estrategia ha sido empleada para sistematizar procesos de evaluación, formulación clínica, intervenciones y análisis de casos singulares (Filippini Márquez, 2023; Barreto, 2025).

Desde esta perspectiva, el trabajo adopta un enfoque cualitativo y exploratorio, centrado en la comprensión y análisis de un caso clínico a partir de la integración de diferentes fuentes de información y de un marco teórico consistente con el paradigma cognitivo-conductual y con los aportes de la Psicología de la Salud. El interés del presente trabajo radica en profundizar la comprensión del funcionamiento psicológico de la paciente, de los procesos implicados en el mantenimiento de su malestar y de los cambios observados durante el proceso terapéutico, más que en la producción de generalizaciones estadísticas o el establecimiento de relaciones causales. En este sentido, se privilegia el análisis en profundidad de un caso singular y situado, atendiendo a la complejidad de las interacciones entre variables cognitivas, emocionales, conductuales, somáticas y contextuales.

3.2 Procedimiento clínico

Como se ha señalado anteriormente, el caso se desarrolló en el dispositivo universitario interdisciplinario “Clínica Odontológica Bruxismo y TTM”, llevado adelante en articulación entre la Facultad de Psicología y la Facultad de Odontología de la Universidad de la República. La paciente ingresó al dispositivo tras completar una batería de instrumentos psicométricos orientada a evaluar distintos indicadores clínicos, entre ellos sintomatología ansiosa y depresiva, estrés percibido y conductas asociadas al bruxismo. Los resultados obtenidos evidenciaron puntajes significativos que motivaron su derivación para evaluación psicológica.

Durante la etapa inicial se realizaron entrevistas semiestructuradas, observación clínica y análisis de los resultados obtenidos en los instrumentos administrados. Asimismo, se recabó información relativa al motivo de consulta, antecedentes relevantes y condiciones contextuales asociadas al malestar. La información obtenida permitió identificar las principales problemáticas presentes, construir una formulación clínica inicial desde el modelo cognitivo-conductual y orientar la planificación del proceso terapéutico.

Posteriormente se desarrolló un proceso terapéutico cognitivo-conductual breve compuesto por 12 sesiones, enmarcado en las condiciones institucionales de la práctica de graduación. A partir de la formulación clínica elaborada durante la evaluación inicial, se establecieron objetivos orientados a la comprensión del malestar, el fortalecimiento de habilidades de regulación emocional y la incorporación de estrategias de afrontamiento más adaptativas.

Para la elaboración del presente trabajo se utilizaron los registros clínicos correspondientes a la evaluación inicial y al proceso terapéutico desarrollado en dicha etapa. Asimismo, se incorporaron datos provenientes de una instancia posterior de seguimiento clínico, que incluyó una nueva instancia de evaluación psicológica realizada en el mismo dispositivo, y que fueron considerados como insumos complementarios para ampliar la comprensión clínica del caso y contextualizar la evolución observada. Estos elementos se utilizan con fines de profundización clínica y no constituyen un análisis del proceso terapéutico correspondiente a dicha etapa.

3.3 Planteamiento del problema

La consulta por bruxismo plantea el desafío de comprender cómo las manifestaciones corporales del malestar pueden vincularse con procesos cognitivos, emocionales y contextuales más amplios. Desde el paradigma cognitivo-conductual, resulta relevante analizar de qué manera los patrones de pensamiento, las modalidades de regulación emocional y las estrategias de afrontamiento participan en la configuración y mantenimiento del sufrimiento psicológico.

En este marco, la pregunta orientadora que guía el presente trabajo es: ¿Cómo pueden comprenderse, desde el modelo cognitivo-conductual, los cambios observados en una paciente adulta con bruxismo y sintomatología emocional asociada, a partir de un proceso terapéutico breve desarrollado en un dispositivo universitario interdisciplinario?

3.4 Propositiones o hipótesis orientadoras

Con el fin de organizar el análisis clínico, el trabajo se estructura en torno a cuatro proposiciones orientadoras. Estas proposiciones no constituyen hipótesis sometidas a contrastación experimental, sino ejes analíticos que organizan la lectura del material clínico en coherencia con el marco teórico adoptado:

- La activación de creencias centrales vinculadas a desvalorización, abandono y vulnerabilidad contribuye a la intensificación de la sintomatología ansioso-depresiva y a la desregulación emocional observada en la paciente.
- Las distorsiones cognitivas identificadas actúan como filtros interpretativos que confirman y fortalecen creencias centrales de desamparo y de no ser querible. Este procesamiento sesgado incrementa la activación emocional y promueve estrategias compensatorias disfuncionales, tales como la evitación del conflicto o la regulación de la ansiedad mediante conductas impulsivas.
- El proceso terapéutico cognitivo-conductual, centrado en la identificación y modificación de pensamientos automáticos, el cuestionamiento de creencias disfuncionales y el fortalecimiento de estrategias de regulación emocional, puede favorecer una disminución del malestar subjetivo y una mayor flexibilidad cognitiva y conductual.

- La articulación del caso con la perspectiva de la Psicología de la Salud, en clave interdisciplinaria, permite integrar la dimensión somática (bruxismo) con los procesos cognitivos, emocionales y contextuales implicados en su mantenimiento.

3.5 Unidad de análisis

La unidad de análisis del presente trabajo corresponde al funcionamiento psicológico de una paciente adulta atendida en el dispositivo anteriormente descrito. Dicho funcionamiento es comprendido como un sistema dinámico en el que interactúan procesos cognitivos, emocionales, conductuales, somáticos y contextuales.

Desde esta perspectiva, la sintomatología observada —incluyendo las manifestaciones ansioso-depresivas y el bruxismo— no es considerada de manera aislada, sino como expresión de patrones más amplios de interpretación de la experiencia, regulación emocional y afrontamiento. En consecuencia, el análisis se centra en la relación entre creencias, pensamientos automáticos, respuestas emocionales, estrategias conductuales y manifestaciones somáticas, atendiendo asimismo a las condiciones contextuales que contribuyen al mantenimiento o modificación del malestar.

Asimismo, se consideran los cambios observados a lo largo del proceso terapéutico, con especial atención a la evolución de los indicadores clínicos, las estrategias de regulación emocional y las modalidades de afrontamiento identificadas en la paciente.

3.6 Fuentes de información

La comprensión y análisis del caso se construyeron a partir de la integración de múltiples fuentes de información clínica, con el propósito de obtener una visión amplia del funcionamiento psicológico de la paciente y de los cambios observados durante el proceso terapéutico. Para ello se combinaron datos cualitativos y cuantitativos provenientes de entrevistas clínicas, registros de sesión, observaciones clínicas e instrumentos psicométricos.

La utilización de diversas fuentes permitió contrastar y complementar la información obtenida a lo largo del proceso, favoreciendo una comprensión más consistente de las problemáticas presentadas, de los recursos disponibles y de la evolución clínica observada.

a. Entrevistas clínicas y registros del proceso terapéutico:

Las entrevistas clínicas estuvieron orientadas a la evaluación inicial de las dificultades referidas por la paciente y a la construcción de una formulación clínica cognitivo-conductual. A través de ellas se exploraron antecedentes relevantes, acontecimientos vitales significativos, motivo de consulta, patrones de afrontamiento, modalidades de regulación emocional, pensamientos automáticos, creencias y conductas asociadas al malestar.

Asimismo, los registros clínicos elaborados durante las sesiones aportaron información sobre la evolución del proceso terapéutico, las técnicas implementadas y los cambios observados en el funcionamiento emocional, cognitivo y conductual de la paciente.

b. Pruebas psicométricas:

Las pruebas psicométricas se utilizaron con el objetivo de complementar la evaluación clínica, explorar características relevantes del funcionamiento psicológico y monitorear la evolución de distintos indicadores a lo largo del proceso. Los resultados obtenidos fueron integrados con la información proveniente de las entrevistas y de los registros clínicos para la construcción de la formulación del caso y el análisis de los cambios observados.

Los instrumentos administrados y sus principales resultados se presentan en la Tabla 1:

Tabla 1 <i>Instrumentos psicométricos administrados y resultados iniciales obtenidos</i>			
Instrumento	Objetivo de evaluación	Referencia	Resultados obtenidos
Cuestionario de Bruxismo Autoinformado (CBA)	Evaluar presencia y frecuencia de conductas asociadas al bruxismo	Cruz Fierro et al., 2019	Puntaje: 32. Indicativo de elevada frecuencia del hábito.
Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI E-R)	Evaluar ansiedad situacional (estado) y disposición estable a la ansiedad (rasgo)	Spielberger et al., 1970	Ansiedad Estado: 46 (percentil 85). Ansiedad Rasgo: 37 (percentil 85).

Tabla 1			
<i>Instrumentos psicométricos administrados y resultados iniciales obtenidos</i>			
Escala de Estrés Percibido (EEP)	Medir la percepción subjetiva de estrés	Cohen & Williamson, 1988	Puntaje: 38. Nivel elevado de estrés percibido.
Inventario de Depresión de Beck (BDI-II)	Evaluar presencia e intensidad de síntomas depresivos	Beck et al., 1996	Puntaje: 36. Compatible con depresión grave.
Escala de Autoeficacia General (EAG)	Evaluar percepción de la propia capacidad para afrontar demandas cotidianas.	Bäbler & Schwarzer, 1996; Chirullo et al., 2022	Puntaje: 33. Percepción normal-alta de autoeficacia.
Cuestionario Exploratorio de Personalidad III (CEPER-III)	Exploración de rasgos de personalidad clínicamente relevantes.	Caballo et al., 2011	Elevaciones en los estilos esquizoide (5,5), dependiente (5,1) y límite (4,8).
Test de Ideas Irracionales	Identificar creencias disfuncionales asociadas al malestar emocional.	Ellis, 1980	Creencias con puntajes elevados: Ansiedad ante lo incierto (8), Perfeccionismo/autoexigencia (5) Evitación de problemas (5)
Cuestionario de Esquemas (CEY) - Segundo período.	Evalúa los esquemas desadaptativos tempranos (patrones emocionales y cognitivos disfuncionales)	Young	Privación emocional (23), Autosacrificio (23), Metas inalcanzables (22), Aislamiento (20), Grandiosidad (19), Inhibición emocional (18), Abuso (16), Vulnerabilidad (14) y Subyugación (14).

En conjunto, los resultados obtenidos permitieron identificar un cuadro caracterizado por elevados niveles de ansiedad, estrés percibido y sintomatología depresiva, junto con una alta frecuencia de conductas asociadas al bruxismo. Asimismo, la evaluación aportó información relevante sobre rasgos de personalidad, creencias disfuncionales y esquemas tempranos desadaptativos, enriqueciendo la comprensión del funcionamiento psicológico de la paciente y contribuyendo a la construcción de la formulación clínica desarrollada posteriormente.

La incorporación de instrumentos administrados en distintos momentos del proceso posibilitó además complementar la información clínica y valorar la evolución de diversos indicadores a lo largo del tratamiento.

3.7 Consideraciones éticas

La elaboración del presente TFG se realizó respetando los principios éticos que orientan el ejercicio profesional y la formación universitaria en Psicología. En particular, se atendió a los principios de confidencialidad, respeto por la intimidad, derecho a la información y utilización responsable de la información clínica, establecidos en el Código de Ética Profesional del Psicólogo (Coordinadora de Psicólogos del Uruguay, 2001).

La utilización del material clínico contó con el consentimiento informado de la paciente, firmado en el marco de las actividades desarrolladas conjuntamente por la Facultad de Psicología y la Facultad de Odontología de la Universidad de la República. En dicho consentimiento se establecía el carácter voluntario de la participación, el manejo confidencial y anónimo de la información recabada y la posibilidad de utilizar el material obtenido durante las consultas, con las debidas garantías de protección, para fines de investigación científica y académica.

En consonancia con estos principios, para la elaboración del presente trabajo se resguardó la identidad de la paciente mediante la omisión o modificación de datos potencialmente identificatorios, así como de información relativa a terceros mencionados durante el proceso. Asimismo, el acceso al material clínico quedó restringido al equipo interviniente y a los espacios de supervisión correspondientes.

4. Presentación y análisis del caso

4.1 Presentación de la paciente y motivo de consulta

Se trata de una mujer adulta, derivada al espacio psicológico en el marco de la práctica clínica desarrollada en articulación con la Clínica de Bruxismo y Trastornos Temporomandibulares (TTM). La derivación se produjo a partir de la administración inicial de instrumentos psicométricos, cuyos resultados evidenciaron niveles elevados de ansiedad, sintomatología depresiva, estrés percibido y bruxismo.

En ese momento atravesaba una situación de vulnerabilidad socioeconómica caracterizada por inestabilidad laboral y habitacional, así como por importantes responsabilidades de cuidado familiar. Durante las primeras etapas del proceso terapéutico cursó además un evento cardiovascular, en el contexto de antecedentes de cardiopatía, situación que incrementó la percepción de vulnerabilidad física y emocional y produjo modificaciones significativas en sus condiciones de vida.

Si bien los niveles elevados de ansiedad, sintomatología depresiva, estrés percibido y bruxismo constituyeron el motivo de ingreso al dispositivo, la paciente consultó principalmente por dificultades significativas en la regulación de sus emociones y en sus vínculos interpersonales. En las primeras entrevistas manifestó preocupación por la repetición de patrones vinculares que percibía como difíciles de modificar, así como por la intensidad de sus reacciones emocionales en situaciones de conflicto. Asimismo, refirió sentimientos persistentes de culpa y preocupación constante por aspectos económicos, habitacionales y familiares.

4.1.1 Problemáticas que presenta y funcionamiento actual

Al inicio del proceso terapéutico, la paciente enfrentaba múltiples demandas familiares, económicas y de cuidado vinculadas a su estado de salud. Asimismo, presentaba dificultades económicas e incertidumbre habitacional, situación que se vio incrementada tras el evento cardiovascular ocurrido durante el período de atención.

Una de las principales fuentes de malestar se relacionaba con los vínculos interpersonales, particularmente con su expareja y algunos integrantes de su familia. La paciente refería situaciones recurrentes de conflicto, dificultades para expresar desacuerdos y una tendencia a priorizar las necesidades de otras personas por encima de las propias. Con frecuencia postergaba conversaciones o decisiones que le generaban malestar, acumulando tensión y enojo durante períodos prolongados.

También manifestaba preocupación persistente por el bienestar de sus hijos y de su madre, así como por las exigencias cotidianas vinculadas al sostén económico y al cuidado familiar. Estas situaciones eran vividas con una intensa sensación de responsabilidad y sobrecarga, acompañadas de sentimientos de culpa cuando percibía que no lograba responder de la manera esperada.

A nivel emocional predominaban la preocupación constante, la ansiedad ante situaciones de conflicto o incertidumbre y episodios de irritabilidad de intensidad variable. En el plano físico, refería bruxismo, cefaleas tensionales y contracturas musculares, síntomas que se intensificaban en períodos de mayor estrés.

En conjunto, la paciente describía una sensación persistente de agotamiento y la percepción de enfrentar múltiples demandas simultáneamente, con escasos espacios para el autocuidado y la atención de sus propias necesidades.

4.2 Contexto vital y antecedentes relevantes para la comprensión del caso

4.2.1 Historia personal y contexto familiar

La paciente creció en una familia integrada por ambos progenitores y varios hermanos. Durante su infancia se produjeron cambios significativos en la estructura familiar, incluyendo la separación parental y la discontinuidad de los cuidados. En este contexto, asumió tempranamente responsabilidades de cuidado dentro de su entorno familiar, en un escenario caracterizado por dificultades económicas, escaso sostén afectivo y experiencias de violencia física y psicológica.

En la adultez conformó su propia familia y asumió importantes responsabilidades de cuidado, constituyendo este aspecto una dimensión central de su vida cotidiana. Durante el período analizado atravesaba además una situación de vulnerabilidad socioeconómica caracterizada por inestabilidad laboral y habitacional.

4.2.2 Trayectoria educativa, laboral y antecedentes de salud

Realizó estudios formales y capacitaciones vinculadas a un oficio. A nivel laboral se ha desempeñado principalmente de forma independiente, en un contexto de ingresos variables e inestabilidad económica sostenida.

En relación con la salud física, presentó antecedentes de cardiopatía, incluyendo el evento cardiovascular descrito previamente. Asimismo, refirió manifestaciones físicas asociadas al estrés, entre ellas bruxismo, cefaleas tensionales y contracturas musculares.

Respecto a la salud mental, informó antecedentes de anorexia nerviosa y se encontraba en tratamiento farmacológico por sintomatología ansiosa y depresiva. También se registraron episodios de automedicación en contextos de elevado malestar emocional.

4.2.3 Relaciones interpersonales y acontecimientos significativos

Las relaciones tempranas estuvieron marcadas por la ausencia de figuras de cuidado emocionalmente disponibles, así como por experiencias reiteradas de violencia e invalidación emocional. En la actualidad mantenía contacto con integrantes de su familia de origen, aunque los vínculos se describían como inestables y conflictivos en determinados períodos.

En el plano vincular atravesó separaciones significativas y conflictos relacionales persistentes. Durante el período analizado mantenía una relación ambivalente con una expareja, en la que coexistían intentos de distanciamiento y formas parciales de convivencia vinculadas a factores económicos y familiares.

Asimismo, tendía a asumir un rol de elevada responsabilidad y cuidado hacia las personas significativas de su entorno, presentando dificultades para expresar necesidades propias o mostrarse vulnerable. Las redes de apoyo extrafamiliares eran reducidas.

Entre los acontecimientos vitales identificados como clínicamente relevantes se encuentran experiencias tempranas asociadas a la ruptura del núcleo familiar, la discontinuidad de los cuidados y la asunción precoz de responsabilidades familiares. A lo largo de su trayectoria vital se registraron además experiencias de violencia en el ámbito familiar, pérdidas significativas y situaciones de enfermedad de personas cercanas que implicaron responsabilidades de cuidado sostenidas en el tiempo.

4.3 Formulación clínica

4.3.1 Hipótesis diagnóstica

En la evaluación inicial, la paciente cumplía criterios diagnósticos completos para Trastorno de Ansiedad Generalizada, según los criterios del DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013), evidenciado por preocupación excesiva y persistente, dificultad para controlar la preocupación, tensión muscular, irritabilidad y alteraciones del sueño, entre otros síntomas.

En ese mismo período se observaron cinco criterios compatibles con Trastorno Límite de la Personalidad del DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013): esfuerzos para evitar el abandono, patrón de relaciones interpersonales inestables, impulsividad en áreas potencialmente autodestructivas (atracones alimentarios y manejo no supervisado de medicación), inestabilidad afectiva e ira intensa con dificultades de control. Esta configuración permitió formular la hipótesis de Trastorno Límite de la Personalidad.

La consideración de esta hipótesis se realizó con cautela, atendiendo a la influencia de factores contextuales significativos y a la necesidad de integrar la información diagnóstica dentro de una formulación clínica más amplia, desarrollada en los apartados siguientes.

4.3.2 Organización de la personalidad

Más allá de la descripción diagnóstica, la comprensión clínica del caso requirió analizar la organización del funcionamiento psicológico subyacente. En este sentido, la presentación clínica pudo comprenderse como compatible con un funcionamiento límite leve y funcional, caracterizado por predominio de sintomatología ansiosa sobre la depresiva y por la conservación de áreas significativas de desempeño.

En línea con los desarrollos de Zanarini (2003) sobre presentaciones menos graves y evolutivamente variables del Trastorno Límite de la Personalidad, así como con el modelo biosocial de Linehan (1993), este funcionamiento puede comprenderse como una configuración clínica cuya intensidad y manifestación varían en función de condiciones contextuales y regulatorias. Desde esta perspectiva, la desregulación emocional constituye

el núcleo organizador del cuadro, en interacción con vulnerabilidades temperamentales y contextos invalidantes.

Por su parte, el Cuestionario Exploratorio de Personalidad (CEPER-III) —instrumento orientado a la evaluación de rasgos y no de trastornos categoriales— mostró elevaciones en los estilos esquizoide, dependiente y límite. Las puntuaciones esquizoides se interpretaron con cautela debido al frecuente solapamiento con sintomatología depresiva en contextos de elevado malestar emocional. Las dependientes se vincularon principalmente con estrategias de afrontamiento contextuales, especialmente el recurso al apoyo de la expareja, más que con un patrón dependiente estable a lo largo de la vida. Desde una lectura basada en los criterios del DSM-5, no se constató el cumplimiento de suficientes criterios diagnósticos para Trastorno de la Personalidad Esquizoide, Personalidad Dependiente ni para otros trastornos de personalidad. La elevación en el estilo límite resultó la más consistente con la clínica observada.

Como insumo complementario para profundizar la comprensión del funcionamiento de la paciente, la evaluación mediante el Cuestionario de Esquemas de Young permitió identificar esquemas de privación emocional, autosacrificio, metas inalcanzables, aislamiento social e inhibición emocional. Estos esquemas aportaron un nivel explicativo adicional al evidenciar expectativas persistentes de no recibir cuidado, tendencia a priorizar necesidades ajenas, autoexigencia rígida y control afectivo como estrategias para evitar conflicto o rechazo (Young et al., 2003).

En conjunto, la organización de la personalidad se caracterizó por elevada vulnerabilidad emocional, tendencia al autosacrificio y regulación afectiva rígida bajo condiciones de sobrecarga, coexistiendo con recursos reflexivos conservados y capacidad de aprendizaje terapéutico. Esta configuración resulta compatible con una conceptualización dimensional de rasgos del espectro límite, entendiendo que su intensidad y manifestación pueden variar en función del contexto y de los recursos regulatorios disponibles (Tous Ral, 2008).

4.3.3 Conceptualización cognitiva desde la TCC

a) Creencias centrales, creencias condicionales y reglas

El funcionamiento cognitivo de la paciente se organiza en torno a un núcleo de creencias centrales de desamparo y de no valía interpersonal, expresadas en contenidos

como “soy vulnerable”, “soy incapaz” y “no soy suficientemente buena para ser amada”. Estas creencias operan como esquemas globales que orientan la interpretación de las experiencias interpersonales.

A partir de estos núcleos se derivan creencias intermedias en forma de supuestos condicionales orientados a anticipar y prevenir el rechazo, tales como “si expreso lo que siento, me rechazan” o “si no cedo, me abandonan”. Estos supuestos se traducen en reglas rígidas de funcionamiento vinculadas al control, la autosuficiencia y el cuidado de otros, entre ellas “debo cuidar a los demás”, “debo hacer todo sola” y “no debo mostrarme vulnerable”.

En conjunto, este sistema organiza las estrategias de afrontamiento posteriormente descritas, en tanto la activación de creencias centrales da lugar a supuestos que anticipan abandono o desvalorización, orientando conductas destinadas a evitar el conflicto y a sostener el vínculo a costa de las propias necesidades.

b) Pensamientos automáticos y distorsiones cognitivas predominantes

Estas creencias se expresan a través de pensamientos automáticos (PA) breves y evaluativos, asociados a temáticas de soledad, amenaza y responsabilidad excesiva. Entre ellos se identifican formulaciones como “estoy sola para todo”, “no tengo apoyo de nadie” o “si me equivoco, perjudico a mi hija”.

Estos pensamientos se encuentran mediados por distorsiones cognitivas que operan como filtros en el procesamiento de la información. Predominan la sobregeneralización y el filtro negativo (“siempre estoy sola”), la catastrofización y la personalización (“si tomo una mala decisión, todo se arruina”), la lectura de mente (“ya sé lo que me va a decir”) y el pensamiento dicotómico (“o cedo o pierdo todo”), junto con la presencia de imperativos rígidos (“tengo que aguantar”, “no puedo fallar”). De este modo, las distorsiones cognitivas amplifican la respuesta emocional y refuerzan las creencias centrales, en tanto las experiencias son interpretadas de forma consistente con dichos núcleos.

En una instancia posterior de reevaluación se observó la emergencia incipiente de formulaciones de autovaloración —como “no soy tan poca cosa para que me degraden así...”— que introducen una tensión respecto de la autoimagen negativa previamente consolidada. Este cambio sugiere el inicio de una reorganización parcial del sistema de

creencias, en la que la paciente comienza a cuestionar sus interpretaciones automáticas y a ampliar su repertorio de respuestas frente a situaciones interpersonales.

c) Reactividad afectiva

Los pensamientos automáticos previamente descritos se asocian a respuestas emocionales intensas, particularmente ansiedad anticipatoria, irritabilidad, tristeza, sentimientos de culpa y episodios de enojo de difícil modulación. Estas reacciones tienden a intensificarse en situaciones interpersonales en las que la paciente se percibe desconfirmada o ante decisiones vividas como irreversibles, como las vinculadas a la separación, la economía o la vivienda.

Desde el modelo cognitivo, esta reactividad se comprende en relación con la activación de los significados personales ligados al abandono y la desvalorización, lo que incrementa la intensidad afectiva y dificulta la regulación emocional, favoreciendo respuestas evitativas o desreguladas.

Estas respuestas también pueden asociarse a niveles sostenidos de activación fisiológica, particularmente en forma de tensión muscular. En el caso analizado, este patrón se expresó a través de manifestaciones como bruxismo, contracturas y cefaleas tensionales, en un contexto además complejizado por antecedentes cardiovasculares. Desde esta perspectiva, el bruxismo y la sintomatología ansioso-depresiva pueden situarse como expresiones interrelacionadas de un mismo proceso de activación sostenida. Asimismo, la tensión física persistente tiende a incrementar la percepción de vulnerabilidad y malestar, configurando un circuito de retroalimentación entre activación emocional y manifestaciones corporales.

d) Patrones conductuales

En el plano conductual, predomina la evitación del conflicto y la inhibición emocional como estrategias de afrontamiento, manifestadas en conductas como ceder, postergar conversaciones o suprimir necesidades propias. Estas estrategias se encuentran directamente vinculadas a las creencias intermedias orientadas a evitar el rechazo y a las reglas rígidas de autosuficiencia y cuidado de los otros.

Si bien estas conductas operan inicialmente como intentos de regulación del malestar, resultan disfuncionales en tanto favorecen la acumulación de tensión emocional.

En situaciones de sobrecarga, este patrón alterna con episodios de impulsividad conductual y estallidos afectivos, seguidos de autocrítica y autocastigo, configurando un circuito de desregulación que contribuye al mantenimiento del problema.

4.3.4 Hipótesis dinámica integradora

Para concluir la conceptualización, el malestar psicológico de la paciente puede comprenderse a partir de la interacción entre factores predisponentes, desencadenantes, coadyuvantes y perpetuantes.

Entre los factores predisponentes se identifican las experiencias tempranas de discontinuidad en los cuidados, violencia intrafamiliar y asunción precoz de responsabilidades familiares, condiciones que favorecieron la consolidación de creencias centrales de desamparo y de no ser querible.

Como factores desencadenantes, se destaca la acumulación de estresores vitales actuales —especialmente conflictos vinculares, precariedad socioeconómica e inestabilidad habitacional— junto con la crisis de salud física, que intensificaron la sintomatología ansiosa, depresiva y las manifestaciones somáticas.

Entre los factores coadyuvantes se reconoce la sobrecarga asociada a las responsabilidades de cuidado familiar, particularmente en relación con responsabilidades de cuidado hacia integrantes de su familia, incluyendo una persona menor de edad y su madre, quién presentaba deterioro cognitivo. Estas condiciones incrementaban las demandas cotidianas y reducían la disponibilidad de recursos para el afrontamiento, contribuyendo a la persistencia del malestar.

Los factores perpetuantes se vinculan con rigidez cognitiva, predominio de estrategias evitativas, persistencia de sentimientos de culpa y autocrítica, escasez de apoyos efectivos y dificultades significativas en la regulación emocional, configurando ciclos de sobrecarga, hiperactivación y vulnerabilidad que sostienen el malestar.

Frente a estos ciclos, la inhibición emocional y la tendencia al autosacrificio operan como estrategias de regulación rígidas orientadas a evitar el conflicto y el rechazo. Sin embargo, al limitar la expresión de necesidades, enojo o frustración, favorecen la acumulación de estrés. En este contexto, la activación sostenida podría encontrar una vía de expresión en el plano corporal, manifestándose a través de la tensión muscular y el

bruxismo. De este modo, el bruxismo puede comprenderse como parte de una dinámica en la que la inhibición, la acumulación de activación y la desregulación se retroalimentan.

4.4 Estrategia de trabajo

4.4.1 Fundamentación y objetivos terapéuticos

La estrategia de trabajo se desarrolló en el marco del modelo cognitivo-conductual, considerando tanto las condiciones institucionales del dispositivo —que establecían un encuadre de tiempo limitado con un máximo de 16 sesiones, de las cuales se realizaron 12— como la complejidad del cuadro clínico y las características del funcionamiento identificado durante la evaluación.

En función de estas condiciones, se definió como objetivo central del proceso terapéutico favorecer la identificación de patrones cognitivos recurrentes, el reconocimiento de estrategias de afrontamiento desadaptativas y la construcción de alternativas más funcionales. Para ello se implementaron intervenciones orientadas tanto a la modificación de procesos cognitivos como al desarrollo de habilidades conductuales y emocionales vinculadas al afrontamiento y la regulación.

En este sentido, el trabajo se orientó prioritariamente a la consolidación de una alianza terapéutica consistente, a la psicoeducación sobre ansiedad, estrés y los principios básicos del modelo cognitivo-conductual, así como al fortalecimiento de habilidades de regulación emocional.

Asimismo, se priorizó el desarrollo de recursos que permitieran a la paciente identificar la relación entre pensamientos, emociones, conductas y respuestas fisiológicas, promoviendo una comprensión más integrada de las situaciones que generaban malestar y de los factores que contribuían a su mantenimiento.

4.4.2 Técnicas implementadas

Las técnicas seleccionadas se derivaron de la conceptualización cognitiva desarrollada y fueron elegidas en función de los principales mecanismos de mantenimiento identificados en el caso. En particular, se buscó intervenir sobre la rigidez cognitiva, las dificultades de regulación emocional, la evitación de situaciones conflictivas, la tendencia al autosacrificio y los elevados niveles de activación fisiológica asociados al malestar. Con

este propósito se combinaron técnicas cognitivas, conductuales y experienciales, cuya aplicación se ajustó a las necesidades clínicas observadas a lo largo del proceso terapéutico.

Tabla 2 <i>Técnicas implementadas durante el proceso terapéutico.</i>	
Tipo de técnica	Técnicas aplicadas
Técnicas cognitivas	<i>Reestructuración cognitiva y Psicoeducación (Beck, 2011); Metáfora de los “Lentes de Descanso” (Chertok, 2012); Técnica ABC (Ellis, 1962); Elaboración de línea de vida .</i>
Técnicas conductuales y de regulación	<i>Relajación Muscular Progresiva de Jacobson (Jacobson, 1938); Respiración diafragmática; Ejercicios de mindfulness orientados a conciencia corporal y reducción de rumiación (Hayes et al., 1999); Inoculación del Estrés (Meichenbaum, 1985).</i>
Técnicas integrativas experienciales	<i>Ejercicios de imaginería y reparentalización limitada (Young et al., 2003).</i>

Al comienzo del proceso se trabajó en la psicoeducación sobre el modelo cognitivo, explicando la relación entre situación, pensamiento automático, emoción, conducta y respuesta fisiológica, en línea con los desarrollos de Beck (1979, 2011). Este encuadre permitió introducir la identificación sistemática de pensamientos automáticos mediante registros estructurados, favoreciendo el reconocimiento de inferencias que eran vividas como hechos incuestionables.

En esta fase, se priorizó también la comprensión del vínculo entre activación emocional y respuesta fisiológica, particularmente en relación con la elevada activación autonómica observada. El episodio cardiovascular volvió prioritario el trabajo sobre la identificación temprana de señales de estrés y la adquisición de estrategias concretas de autorregulación fisiológica y emocional. En este sentido, se incorporaron intervenciones compatibles con el modelo de Inoculación del Estrés (Meichenbaum, 1985), orientadas a la identificación de situaciones activantes, el reconocimiento de respuestas de estrés y el

entrenamiento en habilidades de afrontamiento, con el objetivo de disminuir la vulnerabilidad frente a demandas interpersonales intensas.

La aplicación de la técnica ABC (Ellis, 1980) permitió profundizar en la diferenciación entre acontecimiento activador, creencias y consecuencias emocionales, haciendo explícito el papel mediador de las interpretaciones en la génesis del malestar. Asimismo, facilitó el cuestionamiento de creencias rígidas formuladas en términos absolutistas, particularmente aquellas asociadas a exigencias hacia sí misma y a los otros.

Como parte de este proceso, se incorporaron recursos psicoeducativos orientados a flexibilizar las interpretaciones que la paciente hacía de las situaciones. Entre ellas, la metáfora de los “Lentes de Descanso” (Chertok, 2012) permitió representar cómo los esquemas cognitivos operan como filtros que colorean la percepción de la realidad. Esto facilitó la comprensión de que el malestar se vincula con la forma en que los hechos son interpretados, más que con los hechos en sí. En este sentido, también se incorporó como herramienta clínica la elaboración de una línea de vida, que permitió contextualizar el malestar dentro de la trayectoria biográfica, articulando experiencias tempranas, creencias centrales y modos de afrontamiento predominantes, promoviendo una mayor conciencia metacognitiva.

En el plano conductual y fisiológico, se implementaron estrategias orientadas a la modulación de la activación autonómica, tales como relajación muscular progresiva, respiración diafragmática y ejercicios de atención plena centrados en la conciencia corporal, con el objetivo de disminuir la hiperactivación simpática y favorecer la regulación emocional (Jacobson, 1938; Linehan, 1993). Asimismo, se trabajó sobre hábitos de sueño, autocuidado y prevención del estrés, considerando la activación fisiológica sostenida como una variable relevante en la interacción entre ansiedad y bruxismo.

En una instancia posterior de reevaluación, el trabajo se profundizó mediante la incorporación del análisis de necesidades emocionales básicas y de patrones de evitación experiencial, dada la dificultad persistente para identificar, expresar y legitimar necesidades propias. Sobre esta base, se realizó un abordaje cognitivo centrado en el reconocimiento de pensamientos automáticos, distorsiones y creencias asociadas a los patrones relacionales predominantes.

Como insumo complementario para profundizar la comprensión del funcionamiento de la paciente, la identificación de esquemas tempranos desadaptativos mediante

evaluación específica permitió incorporar recursos compatibles con la Terapia de Esquemas (Young, 1999), incluyendo ejercicios de imaginación y estrategias de reparentalización limitada. Estas intervenciones se orientaron al procesamiento de necesidades emocionales básicas no satisfechas y a la generación de nuevas respuestas emocionales, favoreciendo el fortalecimiento de un funcionamiento más sano.

4.5 Reporte del caso

4.5.1 Resultados psicométricos y sintomatología clínica

Con el objetivo de complementar el análisis clínico y observar la evolución de distintos indicadores psicológicos, se compararon los resultados obtenidos en las distintas instancias de evaluación y seguimiento. La Tabla 3 presenta una síntesis integrada de los principales hallazgos psicométricos, incluyendo medidas de ansiedad, depresión, estrés percibido y bruxismo.

Tabla 3 <i>Evolución clínica psicométrica en las distintas instancias de evaluación</i>	
Momento de evaluación	Interpretación clínica
Evaluación inicial - primer proceso terapéutico.	<i>Depresión grave (BDI-II = 36). Ansiedad estado y rasgo en rango elevado (STAI P85). Alta frecuencia de bruxismo (CBA = 32).</i>
Evaluación final - primer proceso terapéutico.	<i>Depresión moderada (BDI-II = 26). Ansiedad estado y rasgo en rango medio (P50).</i>
Evaluación inicial - segundo proceso terapéutico.	<i>Depresión moderada (BDI-II = 27). Reactivación ansiosa (STAI estado y rasgo P85). Activación de esquemas tempranos desadaptativos (CEY), con predominio de privación emocional y autosacrificio.</i>
Evaluación final - segundo proceso terapéutico.	<i>Depresión leve (BDI-II = 18). Ansiedad estado y rasgo en rango medio (P50). Mayor estabilidad sintomática y consolidación de recursos regulatorios.</i>

A partir de la Tabla 3, la evaluación psicométrica longitudinal permite objetivar cambios clínicamente relevantes en la sintomatología emocional y en la activación ansiosa a través de las distintas instancias de evaluación. Los resultados evidencian una evolución no lineal pero globalmente favorable, con una tendencia general a la disminución de los niveles de depresión y ansiedad hacia el cierre del segundo proceso terapéutico.

Desde el punto de vista clínico, se observa una reducción significativa de la sintomatología depresiva entre la evaluación inicial y la evaluación final del primer proceso terapéutico, con un descenso desde rango grave a moderado, acompañada de una disminución marcada en ansiedad estado y rasgo.

En la evaluación inicial del segundo proceso terapéutico se registra una reactivación ansiosa coincidente con nuevos estresores vinculares y contextuales, lo que resulta consistente con la sensibilidad observada frente a las condiciones del entorno. Hacia la evaluación final de dicho proceso se objetiva una mejoría tanto en ansiedad como en depresión, alcanzando rango leve en sintomatología depresiva y percentiles medios en ansiedad estado y rasgo.

Este patrón sugiere, por un lado, un efecto sintomático favorable asociado al primer proceso terapéutico y, por otro, una progresiva consolidación de recursos regulatorios que permitieron amortiguar reactivaciones posteriores. En línea con ello, se registró una reducción subjetiva del estrés y un leve incremento en autoeficacia, consistente con una mayor percepción de control y con la incorporación de estrategias de autorregulación.

Por otro lado, en la evaluación inicial se registró una alta frecuencia de conductas asociadas al bruxismo (CBA = 32), coexistiendo con niveles elevados de ansiedad y estrés percibido. Posteriormente, la disminución de la activación ansiosa y la incorporación de estrategias de regulación emocional y relajación coincidieron con una reducción subjetiva del bruxismo reportada por la paciente.

Si bien estos datos no permiten establecer relaciones causales, resultan consistentes con la hipótesis clínica de una interacción entre activación emocional sostenida y manifestaciones somáticas. En este sentido, el bruxismo fue comprendido como parte de un funcionamiento más amplio caracterizado por sobrecarga, tensión sostenida y dificultades en la regulación emocional.

4.5.2 Resultados cualitativos y cambios observacionales

En complemento con los datos presentados en la Tabla 3, el análisis cualitativo permitió registrar y describir cambios en el funcionamiento emocional, cognitivo y vincular de la paciente a lo largo del proceso. Los siguientes apartados presentan transformaciones clínicas observadas, con variaciones según el contexto y el momento del tratamiento.

a. Regulación emocional

Al inicio del proceso predominaron respuestas de rápida escalada emocional, con elevada activación fisiológica y escasa modulación conductual. La paciente comenzó a reconocer señales tempranas de activación (tensión muscular, aceleración del pensamiento, aumento de la preocupación) y a utilizar estrategias de autorregulación antes del desborde. Se observó una disminución en la frecuencia e intensidad de episodios de desregulación y una recuperación más rápida luego de situaciones altamente activantes, aunque persistió sensibilidad al estrés en contextos de conflictividad vincular e incertidumbre habitacional y económica. Asimismo, la paciente refirió una menor intensidad de manifestaciones físicas asociadas a estados de elevada activación, en consonancia con los cambios observados en sus estrategias de regulación emocional.

b. Incremento en la flexibilidad cognitiva

Durante el proceso, continuaron emergiendo pensamientos de contenido catastrófico, anticipaciones de abandono y autoevaluaciones globales negativas. Sin embargo, aumentó la capacidad para identificarlos como pensamientos y no como hechos, lo que favoreció la introducción de interpretaciones alternativas más graduadas. Este cambio se expresó en una menor adhesión inmediata a conclusiones rígidas y en una mayor posibilidad de postergar decisiones o conversaciones cuando se encontraba activada, con el objetivo de reducir reacciones impulsivas.

c. Cambios en el funcionamiento interpersonal

Se registró una mayor capacidad para reconocer su participación en secuencias repetidas de inhibición emocional, acumulación de malestar y posterior desborde. En este sentido, la paciente logró identificar con mayor claridad el circuito habitual de evitación del conflicto, aumento de tensión interna, estallido afectivo y culpa posterior. A partir de este reconocimiento, ensayó estrategias puntuales (por ejemplo, retirarse temporalmente de

intercambios altamente activantes o postergar conversaciones hasta recuperar regulación), aunque con implementación inestable. En una instancia posterior de reevaluación, la exploración de patrones más persistentes se profundizó a partir de la identificación de esquemas tempranos, ampliando la comprensión clínica del funcionamiento en situaciones interpersonales significativas.

5. Discusión

5.1 Hallazgos

Los hallazgos permiten interpretar la evolución clínica de la paciente como un proceso no lineal, caracterizado por modificaciones sintomáticas significativas durante el primer proceso terapéutico y variabilidad en las instancias posteriores de evaluación, en estrecha relación con las condiciones contextuales. En este marco, la hipótesis diagnóstica inicial de Trastorno Límite de la Personalidad operó como una herramienta organizadora, mientras que la evolución del caso respalda una comprensión dimensional del funcionamiento, en la que los rasgos del espectro límite se expresan con distinta intensidad según los recursos regulatorios disponibles y las condiciones del entorno (American Psychiatric Association, 2014; Tous Ral, 2008).

Desde el modelo cognitivo, los resultados permiten sostener la relevancia de la mediación cognitiva en la organización del malestar (Beck, 1979). En particular, el predominio de evaluaciones dicotómicas centradas en creencias de abandono, fracaso e incapacidad se asoció a una mayor intensidad emocional y a una restricción del repertorio conductual en situaciones interpersonales. En este sentido, los cambios observados en la capacidad de identificar y cuestionar pensamientos automáticos pueden interpretarse como un factor central en la disminución de la reactividad afectiva y en la ampliación de respuestas posibles (Beck, 2011), más que como una mera reducción sintomática.

En la misma línea, la flexibilización de supuestos vinculados a la autosuficiencia, la responsabilidad y el temor al daño relacional permite comprender la mejora en la regulación interpersonal como resultado de una reorganización progresiva del sistema de creencias (Beck, 2011; Beck & Freeman, 1990). Estos cambios no se expresan de manera homogénea, sino que coexisten con la persistencia de patrones de evitación e inhibición, lo que da cuenta de la complejidad del proceso de modificación cognitiva en este tipo de presentaciones clínicas.

En relación con la regulación emocional, los hallazgos se articulan con el modelo biosocial de Linehan (1993), en tanto la intensidad afectiva y la tendencia a la escalada pueden comprenderse como expresión de vulnerabilidad emocional. La disminución de episodios de desregulación y la recuperación más rápida frente a situaciones activantes sugieren un fortalecimiento incipiente de habilidades regulatorias.

Por su parte, la reevaluación posterior permitió ampliar la comprensión de los mecanismos implicados en el mantenimiento del malestar. Los resultados obtenidos sugieren que las dificultades observadas no se explican únicamente por la presencia de sintomatología ansiosa o por las circunstancias contextuales, sino también por patrones más estables de procesamiento emocional y vincular. En este sentido, la identificación de esquemas asociados a expectativas de desatención emocional, autoexigencia y postergación de necesidades propias contribuye a comprender la persistencia de ciclos de sobrecarga, acumulación de tensión y sentimientos de culpa, integrando los hallazgos cognitivos, emocionales e interpersonales dentro de una formulación clínica más amplia.

En relación con las manifestaciones somáticas, los resultados permiten interpretar el bruxismo no como un fenómeno aislado, sino como parte de un patrón más amplio de activación fisiológica sostenida asociado a la acumulación de tensión y a las dificultades en la regulación emocional. En este sentido, la reducción subjetiva reportada coincide con la disminución de la sintomatología ansiosa y con la incorporación de estrategias de autorregulación trabajadas durante el proceso terapéutico. Esta lectura resulta consistente con antecedentes que señalan la asociación entre bruxismo, estrés y ansiedad (Alesi et al., 2018; Soto, 2021).

5.2 Alcances y límites

Entre las principales limitaciones del estudio se encuentra la ausencia de medición final de algunas variables que impidió realizar comparaciones longitudinales completas y limitó la precisión en la estimación de la magnitud de los cambios observados.

Por otra parte, la variación significativa de las condiciones contextuales entre las distintas instancias de evaluación y seguimiento —incluyendo eventos médicos, modificaciones vinculares y cambios en la estabilidad ambiental— llevó a interpretar los movimientos clínicos como resultado de múltiples factores en interacción, y no como efecto lineal exclusivo del proceso terapéutico.

La ausencia de una articulación interdisciplinaria sostenida entre el dispositivo psicológico y el odontológico restringió la posibilidad de construir estrategias de intervención integradas sobre las distintas dimensiones del problema. La falta de instancias sistemáticas de intercambio clínico y de definición conjunta de objetivos terapéuticos favoreció un funcionamiento en paralelo, dificultando el abordaje simultáneo del circuito entre activación emocional, tensión somática y bruxismo. No obstante, el encuadre institucional permitió el acceso de la paciente a ambos dispositivos, favoreciendo una aproximación inicial a la problemática desde distintas perspectivas y habilitando la derivación al espacio psicológico como parte del proceso asistencial.

Para finalizar, este trabajo permite delimitar los alcances y límites de un proceso terapéutico cognitivo-conductual breve en una presentación clínica caracterizada por la interacción entre procesos cognitivos, vulnerabilidad emocional y manifestaciones somáticas. Los resultados no buscan establecer generalizaciones, sino aportar a la comprensión situada de este tipo de configuraciones clínicas, donde la evolución del malestar se encuentra estrechamente ligada tanto a los recursos regulatorios como a las condiciones contextuales.

En este sentido, los cambios observados pueden interpretarse en relación con la modificación de patrones cognitivos, la incorporación de estrategias de afrontamiento más flexibles y el fortalecimiento de la regulación emocional, así como con variaciones en el contexto vital de la paciente. De este modo, el trabajo aporta a una lectura clínica que prioriza la singularidad del caso y la necesidad de intervenciones ajustadas a la complejidad de cada proceso terapéutico.

Referencias bibliográficas

- American Psychiatric Association. (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (5.ª ed.). Editorial Médica Panamericana.
- Alesi Méndez, C., et al. (2018). *Tratamientos odontológicos para el bruxismo*. Revista Venezolana de Investigación Odontológica IADR, 6(1), 124-143.
- Baer, R. A. (2003). *Mindfulness training as a clinical intervention: A conceptual and empirical review*. Clinical Psychology: Science and Practice, 10(2), 125–143.
- Barreto, N. (2025). *Esquemas desadaptativos tempranos en Trastorno Bipolar II: Aplicación de la Terapia de Esquemas en un estudio de caso* [Trabajo final para la obtención del título de Psicoterapeuta Cognitivo Conductual, Sociedad Uruguaya de Análisis y Modificación de la Conducta].
- Beck, A. T. (1979). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. Penguin Books.
- Beck, A. T. (1993). *Cognitive therapy: Past, present, and future*. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 61(2), 194–198.
- Beck, A. T. (2011). *Terapia cognitiva de los trastornos emocionales* (9.ª ed.). Paidós.
- Beck, A. T., & Freeman, A. (1990). *Terapia cognitiva de los trastornos de personalidad*. Paidós.
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. K. (1996). *Manual for the Beck Depression Inventory–II*. Psychological Corporation.
- Caballo, V. E., Salazar, I. C., & Iruña, M. J. (2011). *CEPER-III: Cuestionario Exploratorio de Personalidad–III*. TEA Ediciones.

Caro, I. (2007). *Manual teórico-práctico de psicoterapias cognitivas* (2.^a ed.). Desclée de Brouwer.

Chertok, A. (2012). *Cuentos que iluminan el camino: Relatos que ofrecen claves para vivir con sabiduría*. Ediciones B.

Chirullo, V., Paternain, M., & Martínez, M. (2022). *Adaptación y validación de la Escala de Autoeficacia General en población uruguaya*. *Ciencias Psicológicas*, 16(1), Artículo e2569.

Coordinadora de Psicólogos del Uruguay. (2001). *Código de Ética Profesional del Psicólogo*. Coordinadora de Psicólogos del Uruguay.

Cohen, S., & Williamson, G. (1988). *Perceived stress in a probability sample of the United States*. En S. Spacapan & S. Oskamp (Eds.), *The social psychology of health* (pp. 31–67). Sage.

Cruz Fierro, N., Aguilera Rivera, C., Pérez Rojas, J., & Sánchez, A. (2019). *Validación de un cuestionario de bruxismo autoinformado en población adulta*. *Revista Odontológica Mexicana*, 23(2), 85–92.

Domínguez Medina, L. (2013). *Bruxismo y factores psicológicos asociados*. *Revista Clínica Odontológica*, 7(1), 23–30.

Ellis, A. (1962). *Reason and emotion in psychotherapy*. Lyle Stuart.

Ellis, A. (1980). *Rational-emotive therapy and cognitive behavior therapy: Similarities and differences*. *Cognitive Therapy and Research*, 4(4), 325–340.

Engel, G. L. (1977). *The need for a new medical model: A challenge for biomedicine*. *Science*, 196(4286), 129–136.

- Filippini Márquez, M. (2023). *TCC: estudio de caso en una paciente con Miastenia Gravis, ansiedad y depresión*. Articulación teórico-clínica [Trabajo final de grado, Universidad de la República, Facultad de Psicología].
- Turchi, G., & Fortuna, D. (2018). *Psicología de la salud. Del modelo bio-psico-social al modelo dialógico*. Editorial Brujas.
- Gutiérrez Passalacqua, J. F. (2022). *Respondiendo al bruxismo: prácticas narrativas colectivas en un problema de salud integral* [Tesis de maestría, Universidad de Valparaíso].
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and commitment therapy: An experiential approach to behavior change*. Guilford Press.
- Jacobson, E. (1938). *Progressive relaxation*. University of Chicago Press.
- Kabat-Zinn, J. (1990). *Full catastrophe living: Using the wisdom of your body and mind to face stress, pain, and illness*. Delacorte.
- Kabat-Zinn, J. (2003). *Mindfulness-based interventions in context: Past, present, and future*. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10(2), 144–156.
- Keegan, E. (2010). *Los fundamentos de la terapia cognitiva*. Editorial de la Universidad de Buenos Aires.
- León-Quismondo, L., & Ibáñez, Á. (2019). *Evidencia empírica de las intervenciones basadas en mindfulness en patología somática*. *Revista de Investigación y Educación en Ciencias de la Salud (RIECS)*, 4(S1), 123–131.
- Linehan, M. M. (1987). *Dialectical behavior therapy for borderline personality disorder: Theory and method*. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 51(3), 261–276.

- Linehan, M. M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. Guilford Press.
- Manfredini, D., & Lobbezoo, F. (2009). *Role of psychosocial factors in the etiology of bruxism*. *Journal of Orofacial Pain*, 23(2), 153–166.
- McNeill, C. (1993). Introduction. En C. McNeill (Ed.), *Temporomandibular disorders: Guidelines for classification, assessment, and management* (pp. 11–13). Quintessence.
- Menéndez, E. (1988). *Modelo médico hegemónico y atención primaria*. *Salud Colectiva*, 4(2), 1–20.
- Morales Calatayud, F. (1997). *Introducción a la psicología de la salud*. Editorial Científico-Técnica.
- Morales Calatayud, F. (1999). *Psicología de la salud: Aspectos teóricos y prácticos*. Editorial Científico-Técnica.
- Okeson, J. P. (2003). *Tratamiento de oclusión y afecciones temporomandibulares* (5.ª ed.). Elsevier.
- Okeson, J. P. (2008). *Dolor orofacial según Bell: Tratamiento clínico del dolor orofacial* (6.ª ed.). Quintessence.
- Perea, J. (2017). *Interdisciplina y salud: Una perspectiva integral*. En *Salud y sociedad* (pp. 25–40). Editorial Académica.
- Piña, J. A., & Rivera, B. M. (2006). *Psicología de la salud: Algunas reflexiones críticas sobre su qué y su para qué*. Universidad de Sonora.

Riva, R., Sanguinetti, M., Rodríguez, A., Guzzetti, L., Lorenzo, S., Álvarez, R., & Massa, F. (2011). *Prevalencia de trastornos temporomandibulares y bruxismo en Uruguay*. *Odontostomatología*, 13(17), 4–13.

Sampieri, R., Fernández Collado, C., & Baptista, P. (2014). *Metodología de la investigación* (6.ª ed.). McGraw-Hill.

Soto, M. (2021). *Factores psicológicos asociados al bruxismo*. *Revista de Psicología de la Salud*, 13(2), 45–60.

Souza Minayo, M. C. de. (2008). *Interdisciplinariedad y pensamiento complejo en el área de la salud*. *Salud Colectiva*, 4(1), 5–8.

Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L., & Lushene, R. E. (1970). *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory*. Consulting Psychologists Press.

Stake, R. E. (1995). *The art of case study research*. Sage.

Stolkiner, A. (2005). *Interdisciplina y salud mental*. *Revista de la Asociación Argentina de Salud Mental*, 1(1), 5–13.

Tous Ral, J. (2008). *Aportaciones del concepto de espectro al diagnóstico clínico*. *Análisis y Modificación de Conducta*, 34(150-151).

Young, J. E. (1999). *Cognitive therapy for personality disorders: A schema-focused approach* (3.ª ed.). *Professional Resource Press*.

Young, J. E., Klosko, J. S., & Weishaar, M. E. (2003). *Schema therapy: A practitioner's guide*. Guilford Press.

Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., Hennen, J., & Silk, K. R. (2003). *The longitudinal course of borderline psychopathology*. *American Journal of Psychiatry*, 154(12), 1775–1781.