

UNIVERSIDAD SAN FRANCISCO DE QUITO USFQ

Colegio de Ciencias Sociales y Humanidades

**Terapia cognitivo conductual y enfocada en las emociones
influye en los síntomas de anorexia de mujeres**

embarazadas.

Proyecto de Investigación.

Juan Carlos Villacís Bayas

Psicología Clínica

Trabajo de titulación presentado como requisito
para la obtención del título de
Psicólogo Clínico

Quito, 2 de diciembre de 2018

Universidad San Francisco de Quito USFQ
Colegio de Ciencias Sociales y Humanidades

**HOJA DE CALIFICACIÓN
DE TRABAJO DE TITULACIÓN**

**Terapia cognitivo conductual y enfocada en las emociones influye en los
síntomas de anorexia de mujeres embarazadas.**

Juan Carlos Villacís Bayas

Calificación:

Nombre del profesor, Título académico

Cherie Elaine Oertel, Ph.D.

Firma del profesor

Quito, 2 de diciembre de 2018

Derechos de Autor

Por medio del presente documento certifico que he leído todas las Políticas y Manuales de la Universidad San Francisco de Quito USFQ, incluyendo la Política de Propiedad Intelectual USFQ, y estoy de acuerdo con su contenido, por lo que los derechos de propiedad intelectual del presente trabajo quedan sujetos a lo dispuesto en esas Políticas.

Asimismo, autorizo a la USFQ para que realice la digitalización y publicación de este trabajo en el repositorio virtual, de conformidad a lo dispuesto en el Art. 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Firma del estudiante: _____

Nombres y apellidos: Juan Carlos Villacís Bayas

Código: 00113719

Cédula de Identidad: 1752225944

Lugar y fecha: Quito, 2 de diciembre del 2018

RESUMEN

Los trastornos de conducta alimentaria (TCA) aquejan a una porción importante de la población mundial, especialmente a mujeres. Las consecuencias para la salud física y también mental de quienes lo padecen son evidentes, sin embargo en la actualidad cada vez son más personas quienes padecen un trastorno alimenticio que se ha expandido incluso al embarazo. (Eating Disorders HOPE, 2005- 2018).

Pese a que las líneas de tratamiento han continuado con la investigación no se ha encontrado un enfoque preciso para la recuperación de las personas que padecen un desorden alimenticio. Tomando en cuenta la importancia de las emociones en el embarazo y los trastornos alimenticios se propone una línea de tratamiento que incluye la “emotion focused therapy” al modelo “cognitive behavioural therapy” para potenciar los resultados de cada uno en el tratamiento de los desórdenes de conducta alimentaria.

Por lo tanto el presente estudio busca analizar como un tratamiento que aborda la combinación de terapia cognitivo conductual y enfocado en la emociones genera cambios en grupos de mujeres con anorexia durante el embarazo en la provincia de Quito mediante la revisión de literatura, y entregando un posible desarrollo y practica de estudio.

Palabras clave: terapia cognitivo conductual, terapia enfocada en las emociones, anorexia, embarazo, aceptación, distorsiones cognitivas.

ABSTRACT

Eating disorders affect a significant portion of the world's population, especially women. The consequences for the physical and mental health of those who suffer from eating disorders are evident, but nowadays more and more people are suffering from an eating disorder that has even expanded to pregnancy. (Eating Disorders HOPE, 2005-2018).

Although the treatment lines have continued with the investigation, no precise approach has been found for the recovery of people suffering from an eating disorder. Taking into account the importance of emotions in pregnancy and eating disorders, we propose a line of treatment that includes "emotion focused therapy" to the "cognitive behavioral therapy" model to enhance the results of each one in the treatment of disorders of eating behavior.

Therefore the present study seeks to analyze how a treatment that addresses the combination of cognitive behavioral therapy and focused on emotions generates changes in groups of women with anorexia during pregnancy in the province of Quito by reviewing literature, and delivering a possible development and study practice.

Key words: cognitive behavioral therapy, therapy focused on emotions, anorexia, pregnancy, acceptance, cognitive distortions.

Tabla de contenido

INTRODUCCIÓN	7
REVISION DE LA LITERATURA	13
METODOLOGÍA Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN.....	37
RESULTADOS ESPERADOS	44
DISCUSIÓN.....	47
REFERENCIAS:	52
ANEXO A: Carta para reclutamiento de participantes	63
ANEXO B: Formulario de consentimiento informado	64
ANEXO C: Herramientas para levantamiento de información	66

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura #1. Vínculos entre cogniciones, emociones y comportamientos. ...	35
---	----

INTRODUCCIÓN

Los trastornos de conducta alimentaria (TCA) aquejan a una porción importante de la población mundial, especialmente a mujeres. Entre los trastornos más frecuentes se encuentra la bulimia y la anorexia, hoy por hoy resultan una gran dificultad para la sociedad, la salud pública, y la salud mental. Se estima que entre el 1.0 y 4.2 % de las mujeres en Estados Unidos han sufrido anorexia a lo largo de su vida. (Eating Disorders HOPE, 2005- 2018). Mientras que se espera que un 4% de las mujeres de Estados Unidos desarrollen bulimia durante su vida. (Eating Disorders HOPE, 2005- 2018)

Además de ello y contrario a lo que se piensa los TCA no solamente dejan secuelas en el sexo femenino sino que actualmente también abarcan al grupo masculino, resultando así en 0.3% de hombres que poseen anorexia nerviosa, y 0.5% con bulimia. (Eating Disorders HOPE, 2005- 2018). Y alcanzado a poblaciones más vulnerables, para ejemplificar dichas poblaciones tenemos el caso de las mujeres en estado de gestación que desarrollan trastornos alimenticios.

Antecedentes

Contrario a lo que se pensaría la anorexia no es una enfermedad nueva, siguiendo a Fernández y Turón (1998) se puede observar como las descripciones de anorexia se remontan a los siglos XIV y XIX, mencionados como conceptos modernos para los psiquiatras de la época. Pese a que ambos trastornos tienen origen en la antigüedad. Es solamente en la actualidad que han sido estudiados. Se conoce que no existe una causa específica para el desarrollo de los trastornos de conducta alimentaria (TCA) sino que más bien son el resultado de múltiples factores, que pueden incluir trastornos emocionales, de personalidad, presión por parte de los familiares, y la cultura,

conllevando a una obsesión por la delgadez y una buena apariencia. (The National Institute of Mental Health, 2002- 2018).

La palabra anorexia tiene origen en dos raíces griegas, un término privativo que significa sin, y orexis que significa apetito o hambre, por lo que la traducción se podría definir como falta de apetito. (Fernández y Turón, 1998). Dicho trastorno se caracteriza por la disminución exagerada de peso o un retraso en el crecimiento dentro del rango establecido para su edad, en el cual los comportamientos y actitudes están destinados a la pérdida de peso, o el mantenimiento en el nivel mínimo. Además de ello se encuentra el miedo excesivo e irracional a engordar ligado a la distorsión de la percepción en su imagen corporal, dejando como resultado alteraciones físicas, psicológicas, y hormonales. (The National Institute of Mental Health, 2002- 2018).

Por su parte la palabra bulimia proviene del griego y significa “hambre de buey”. (Fernández y Turón, 1998). Este trastorno se caracteriza por la ingestión rápida de alimentos, posteriormente se acompaña de una culpa por el abuso de alimentos provocando la condición del vómito, y usando medidas de purga entre las cuales se encuentran: uso de laxantes, diuréticos y ejercicio excesivo. Igual que en la anorexia se acompaña de un miedo irracional por ganar peso, y es difícil que quien lo padece se niegue a aceptar su condición. (The National Institute of Mental Health, 2002- 2018).

Sin embargo los trastornos de conducta alimentaria no terminan ahí, no solamente atacan al grupo vulnerable de adolescentes y cada vez más común a los hombres sino que además tienen gran incidencia en mujeres embarazadas. Pese a los resultados de la anorexia tales como la amenorrea (inexistencia de menstruación) e infertilidad, problemas ligados con los trastornos alimenticios, se evidencian casos de mujeres anoréxicas embarazadas, o mujeres que superaron el trastorno pero que recaen

como consecuencia a las modificaciones corporales durante el embarazo. (Kouba, S., Hallstrom, T., Lindholm, C., Hirschberg, A ,2005).

Es de esta manera entonces que el embarazo inevitablemente envuelve ganancias en el peso y modificaciones en el cuerpo de las mujeres embarazadas por lo que el desarrollo del feto durante el embarazo así como los efectos posteriores al parto no son tan alentadores, pues se ha evidenciado que los hijos de mujeres embarazadas con anorexia se asocian con partos prematuros, restricción en el crecimiento intrauterino, bajo peso al nacer, y puntuaciones bajas en la escala de Apgar. (Kouba, S., Hallstrom, T., Lindholm, C., Hirschberg, A ,2005).

Tomando en cuenta todo lo descrito anteriormente se puede destacar que pese a la gran incidencia de TCA la investigación y datos estadísticos resultan ser escasos para el tratamiento y prevención de los mismos, sobre todo para el grupo de mujeres embarazadas que pueden verse afectadas por una recaída o desarrollar el trastorno conforme avanza el embarazo. Además de ello habría que señalar que los efectos en los infantes así como en las madres pueden ser evitables de existir información previa, tener conocimiento y un plan estratégico para responder a las demandas de dicha población.

Problema:

La anorexia no solo alberga preocupación excesiva por el peso sino que la carencia de una nutrición adecuada está relacionada con problemas de salud física y mental. Entre algunos de los síntomas están: diarrea, desmayos, mareos, piel seca o descolorida, caída de pelo entre otros. (The mental Health Foundation, 2000). Por lo que es de vital importancia que la anorexia sea tratada lo antes posible. Si a esto le sumamos las complicaciones que se pueden desarrollar en el feto, los efectos a largo

plazo tanto para las madres como para sus hijos consecuencia de la anorexia presentan problemas que requieren de una atención adecuada y oportuna.

Se sabe que entre los síntomas que afectan a quienes padecen de anorexia y especialmente a las mujeres embarazadas con anorexia son la depresión perinatal (correspondiente a los primeros seis meses post-parto), la relación entre las madres y los infantes, así como con toda la familia, sentimientos de ansiedad, obsesión y perfeccionismo relacionado con la preocupación por la ganancia de peso. (Kouba, S., Hallstrom, T., Lindholm, C., Hirschberg, A, 2005). Otras de las características comunes son por ejemplo: la alexitimia, la cual consta de: dificultad para identificar y describir pensamientos, distinguir entre pensamientos y sensaciones corporales, falta de fantasía, y un estilo cognitivo orientado externamente. Los estudios sugieren que las personas con desórdenes alimenticios usan conductas alimenticias des adaptativas como: atracones, purgas, o restricción dietética con la finalidad de evitar o sobrellevar las emociones. (Matsumoto, J., et al, 2014).

Del mismo modo entre las características con trastornos alimenticios, el auto concepto de las personas incluye valoración y juicios sobre la propia imagen corporal y el deseo de la delgadez. El cuerpo así como el peso adquieren un peso importante en la autovaloración y lo relacionan con dominio y poder. (Inmaculada de la Serna de Pedro, 2004). De la misma manera en las personas con anorexia, las distorsiones cognitivas (pensamientos irracionales) juegan un papel predominante destacándose entre ellas: la abstracción selectiva (ignorar evidencias), sobre generalización (sacar reglas frente a un solo evento), magnificación, pensamiento del todo- nada y personalización. (Roca, E., 1999).

Si bien es cierto en la actualidad existen diferentes tratamientos para lidiar con los TCA, entre ellos fármacos, y la atención psicológica, o la combinación de ambos.

No obstante pese a su combinación, no se logra una recuperación al cien por ciento en la población. Se ha evidenciado que la recaída en pacientes con anorexia es elevada (35%) específicamente en un tiempo de doce a dieciocho meses, siendo los meses de mayor riesgo del sexto al décimo séptimo mes, posterior al tratamiento. (Stewart, et al. 2004). Entre las terapias más eficaces están las terapias: cognitiva conductual (CBT), dialéctica conductual (DBT), terapia interpersonal (IPT).

La terapia cognitiva conductual: se basa en la premisa de que las características principales de la anorexia nerviosa; la restricción de alimentos y la evitación a los mismos, se vuelven patrones de conducta. Por lo que se busca una reeducación, promover el autocontrol, mejorar la alimentación y una reestructura en el pensamiento. (Carter, 2011). Sin embargo se sabe que parte de las características importantes en la anorexia, son la excesiva crítica junto con estar desconforme con la apariencia. Por lo que pese a que se podría identificar y trabajar las principales distorsiones cognitivas y pensamientos irracionales es necesario también el trabajo y exploración de las emociones tal como lo sugiere y hace el modelo EFT (Emotion Focused Therapy).

Pregunta: ¿Existe diferencia entre un grupo control y un grupo de mujeres con anorexia que recibe terapia basada en el modelo cognitivo conductual y enfocado en las emociones durante el embarazo?

Se espera evidenciar una vez entregada una línea de tratamiento mixta entre CBT y EFT, reducción de sintomatología de la enfermedad y mayor aceptación emocional.

Propósito del estudio:

Con la presente investigación se busca integrar técnicas que muestran resultados y beneficios para situaciones similares (en trastornos de conducta alimentaria), usando el modelo EFT, conjuntamente con el modelo CBT. Partiendo de la aceptación, la

reducción de las voces críticas y vinculándola con las distorsiones cognitivas con la finalidad de elaborar un plan de tratamiento para mujeres anoréxicas embarazadas.

Significado del estudio:

El presente estudio aportaría gran significado al mejoramiento de los trastornos de conducta alimentaria, mejorando la calidad de vida de las mujeres embarazadas y también previniendo efectos adversos a largo plazo en los hijos de mujeres embarazadas.

REVISION DE LA LITERATURA

Fuentes

La información que será empleada en esta investigación constara de: revisión de literatura obtenida por medio de revistas académicas, revistas indexadas, libros y artículos científicos. Para la recopilación del material de revisión se emplearon palabras clave de búsqueda como: trastornos alimenticios, anorexia, embarazo, EFT (emotion focused therapy), CBT (cognitive behavioral therapy), factores de riesgo en el embarazo, anorexia en el embarazo, trastornos alimenticios en el embarazo. La información se obtuvo por medio de búsqueda en bases de datos como: Google Académico, EBSCO, y el repositorio digital general de búsqueda de la USFQ.

Formato de la Revisión de la Literatura

La revisión de la literatura será presentada por temas, en esta investigación la revisión de literatura ha sido dividida en cinco temas principales. En primer lugar se explicaran los dos modelos terapéuticos empleados de manera general. Es decir, primero se explicara la terapia cognitivo conductual. Consecuentemente se explicara la terapia enfocada en las emociones. Seguido a ello, como tercer tema de revisión será la terapia cognitivo conductual empleada para los trastornos alimenticios (anorexia) en el

embarazo. Como cuarto punto se revisara la terapia enfocada en las emociones para mujeres con anorexia en el embarazo. Y finalmente se explicara la unión de los modelos CBT Y EFT para anorexia.

Tema 1.- Terapia Cognitivo conductual.

La terapia cognitiva conductual (TCC) o cognitive behavioral therapy en inglés (CBT), tiene sus fundamentos en las teorías del aprendizaje por medio del condicionamiento. Partiendo del punto de vista que los procesos de condicionamiento producen cambios medibles sobre ciertas conductas, la investigación en la terapia cognitiva conductual fue creciendo tal es así que estos enfoques fueron incluidos como parte del tratamiento de las psicopatologías. (Grant y Wingate, 2011).

Si hablamos del desarrollo y primeros pasos de la terapia conductual debemos mencionar a Ellis (1962) quien escribió uno de los primeros textos: “cognitive-behavioral modification” y con gran influencia en la terapia cognitiva conductual. Aaron Beck (1970) por su parte en sus inicios hablo de la terapia cognitiva o “cognitive therapy”. La terapia cognitiva fue diseñada para modificar las creencias idiosincráticas e inadaptadas del individuo, así mismo Beck suponía que al identificar ideas erróneas, distorsiones y supuestos mal adaptativos para probar su validez y razonabilidad haría que estas creencias e ideas atenuaran las experiencias de los pacientes con elementos más realistas. Beck (1995), manifestaba que: “las personas eran incapaces de experimentar dos sentimientos incongruentes entre sí”, por ejemplo (ansiedad y calma) al mismo tiempo, quienes años más tarde aplicaron esta premisa a veteranos de guerra con estrés post- traumático, incluyendo estímulos neutrales (relajación) a un estímulo que genere miedo (memorias intrusivas de miedo) y llamando a este proceso desensibilización sistemática. (Grant y Wingate, 2011).

Conforme los principios del aprendizaje se aplicaron para reducir la psicopatología, otros teóricos decidieron incluir también la influencia de los pensamientos en los comportamientos. Sobre todo aquellos producidos por cogniciones y el pensamiento las cuales incluyen juicios sobre determinada situación, reglas y suposiciones sobre el comportamiento de uno, creencias del yo, el mundo y el futuro. La importancia de las cogniciones radica en que estas se diferencian de las emociones, debido a los sentimientos subjetivos generados y la activación fisiológica generada en respuesta a un evento o situación. Por lo que como resultado a una situación, las cogniciones puede influir en las emociones (tristeza), a su vez que en su comportamiento (no salir de casa). De hecho Beck (1970) decía que: “las cogniciones (eventos verbales o pictóricos en la corriente de la conciencia de una persona) se basan en actitudes o superposiciones (esquemas), desarrolladas a partir de experiencias previas”.

La terapia cognitiva conductual ocupa un gran y único estatus en el campo de la salud mental, no solo por su efectividad para muchos problemas psicológicos, sino también por ser relativamente breve y ser bien aceptada por los clientes. (Dobson y Khatri, 2000). La terapia cognitiva conductual posee los tratamientos psicológicos más investigados, y que han demostrado eficacia en el tratamiento de varios trastornos psicológicos. (Compton et al., 2004; Whitfield & Williams, 2004)

Pero entonces ¿qué es la terapia cognitiva conductual? La terapia cognitiva conductual es un tratamiento psicológico que aborda las interacciones entre como pensamos, sentimos y nos comportamos. Se centra en los problemas actuales y sigue un estilo estructurado de intervención. Tiene un tiempo límite (aproximadamente entre 10 y 20 sesiones) habiendo casos en los que se puede alargar. El desarrollo y la administración de la TCC están basados por la investigación y respaldados por los

resultados y efectividad en diferentes trastornos psicológicos. (Kendall y Treadwell, 2007).

La terapia cognitiva conductual comparte ciertos principios fundamentales entre ellos: 1) La terapia cognitivo conductual se enfoca en el aquí y ahora. Un importante principio de la TCC es que el tratamiento incluye lidiar con los problemas que abordan a los clientes en el presente, en lugar de enfocarse netamente en la causa del problema. Aunque parece muy interesante conocer y entender la razón del problema, solo conocer porque tienes un problema psicológico a menudo no es útil para manejar el problema. Es por ello que la terapia cognitivo conductual ofrece estrategias para manejar y cambiar las conductas en el presente en la vida del paciente en terapia. 2) Dar importancia a las tareas, semana tras semana posterior a las sesiones el terapeuta puede enviar tareas con la finalidad que se practiquen nuevas habilidades y aplicarlas en la vida cotidiana. (Nathan y Gorman, 2007).

Así mismo la terapia cognitiva conductual sostiene que: los problemas psicológicos se desarrollan debido a formas de pensar erróneas e ineficaces. Los problemas psicológicos se basan en patrones aprendidos con comportamiento inútil. La TCC, manifiesta que las personas con problemas psicológicos pueden aprender mejores formas para lidiar con ellos y como resultado aliviar sus síntomas y mejorar su estilo de vida. (Dobson, 2010).

Para la terapia cognitivo conductual es importante la relación entre la forma de pensar, sentir y comportarse. En la terapia cognitiva conductual también se siguen lineamientos específicos, que incluyen : 1) cualidades de la relación terapéutica, 2) establecimiento de metas, 3) enfocarse en el presente, 4) estructura, 5) la formulación, 6) evitar recaídas. Las cualidades de la relación terapéutica señalan que el terapeuta capacitado en TCC y la persona que busca su ayuda debe ser colaborativa. Se busca

trabajar de manera conjunta para comprender cuales son las dificultades que afectan a la persona y que elementos pueden estar contribuyendo o reforzándolas. La relación debe ser vista como una colaboración ya que el terapeuta es un experto en las técnicas y aprendizaje de TCC, mientras que el cliente es experto en su propia vida y experiencias. La TCC muchas veces podría ser vista como un “coaching profesional”, en donde el terapeuta usa su experiencia profesional para desafiar el pensamiento, guiar y re direccionarlo buscando diferentes alternativas. (Somers y Queree, 2007).

Otro punto relevante de la TCC es el establecimiento de metas. Posterior a la identificación de problemas el terapeuta junto con su cliente identifica metas para trabajarlas en terapia. El trabajo terapéutico se enfoca en el presente, así mismo la TCC aborda como el individuo se siente y afronta como puede hacerle frente al presente. Un ejemplo de ello es: *la incorporación de nuevas creencias* (no siempre roban a las personas en un centro comercial), *que influyen en los comportamientos* (puedo pedir ayuda en lugar de simplemente no ir a centro comercial), y *con ello generar nuevas sensaciones* (de tener sensaciones extrañas o notar comportamientos de otros extraños puedo pedir ayuda en el centro comercial). (Somers y Queree, 2007).

Siguiendo con lo descrito en los párrafos anteriores otro punto a tratarse en la TCC es la estructura de las sesiones. Generar estructura en las sesiones promueve responsabilidad, organización, y progresos en el tratamiento. Para alcanzar estructura en terapia, el terapeuta junto con su cliente elaboraran una agenda de los temas que son necesarios cubrir para luego trabajar en ellos con el paso de las sesiones y alcanzar los objetivos específicos de la persona. (Somers y Queree, 2007).

Por un lado también dentro de los componentes de la terapia cognitiva conductual se encuentra la formulación. La formulación del caso consiste en reunir los problemas del individuo y lo que puede estar contribuyendo a ellos, generalmente este

paso se obtiene con registros que el cliente llena, los cuales pueden estar acompañados de las creencias que tiene (estoy aburrido), los sentimientos asociados (no me aman), la evidencia (no tengo pareja como el resto), y las pruebas alternativas (tengo algunos amigos que tampoco tenían pareja en mi edad y luego se casaron). (Cully y Teten, 2008).

Y por otro lado para la terapia cognitivo conductual es importante: evitar recaídas, el tratamiento de TCC está orientado a prevenir eventos similares a los experimentados, su objetivo es equipar a las personas con las habilidades necesarias para enfrentar problemas futuros de manera individual o con ayuda. Es así entonces como la terapia cognitiva conductual es un abordaje clínico basado en la investigación científica que aborda la fase de evaluación, tratamiento y seguimiento del paciente.

Tema 2.- Emotion Focused Therapy

Del mismo modo para el trabajo con patologías otro enfoque utilizado es la terapia centrada en las emociones (Emotion Focused Therapy) o EFT por sus siglas. Esta terapia abarca un tratamiento humanista- experiencial que se construye de la terapia Gestalt y el enfoque centrado en la persona. La premisa de la que toma partida la EFT es que los esquemas de emociones mal adaptativas, crónicas y dolorosas que influyen en el procesamiento emocional deben ser afrontados, y transformados en terapia para que nuevos esquemas con emociones más adaptativas se puedan establecer en la persona. (SAGE Handbook).

La EFT, tiene como principal actor a la emoción. La emoción se considera importante en la construcción del yo y es clave para obtener auto organización. (Greenberg, 2004). Es así como la EFT es: una forma de terapia de auto informe por parte del paciente, y de carácter humanista- experiencial. Es decir una terapia que se

enfoca en la transformación del dolor emocional crónico mediante el acceso y la transformación de las emociones por medio de la integración de emociones adaptativas. La EFT es una terapia que valora la relación terapéutica, la cual ha sido ampliamente desarrollada como tratamiento para la depresión y trauma, incluyendo nuevos tratamientos en las áreas de trastornos de ansiedad, problemas familiares y desórdenes alimenticios. (Felthman, Hanley y Winter, 2017).

A manera de historia podemos decir que la terapia enfocada en emociones fue desarrollada por Leslie Greenberg, Robert Elliot y Laura Rice. (Greenberg, Rice y Elliot, 1993). Greenberg quien había estudiado con Laura Rice, quien a su vez fue estudiante de Carl Rogers también conocía de la terapia sistémica, sin embargo siempre le otorgo gran peso a la emoción obteniendo como resultado el desarrollo de un modelo para terapia con parejas llamado en un comienzo como: “emotional therapy” (Felthman, Hanley y Winter, 2017). Dicha terapia posteriormente fue llamada terapia de modalidad individual; llamada también “process- experiential therapy” y más tarde renombrada con la que conocemos como terapia enfocada en las emociones (Greenberg, Rice, Elliott, 1993)

Al igual que otras terapias la EFT engloba un conjunto de suposiciones centrales y valores. (Eliot, Robert, Greenberg , 2016). Las características distintivas que posee la EFT, y que la hacen sobresaliente, son valores; pero además de ello habremos de decir que la EFT es una terapia neo humanista, que se basa en un conjunto de valores claves derivados de la psicología tradicional humanista, interpretada por la emoción contemporánea, las teorías de apego y el constructivismo dialectico. (Elliott y Robert, 2012). Estos valores incluyen: el experimentar, agencia/ autodeterminación, totalidad, pluralismo/ igualdad, presencia/ autenticidad, crecimiento.

Continuando con lo descrito anteriormente podemos describir cada uno de

manera individual. *El experimentar*, menciona que: la experimentación es la base del pensamiento humano, los sentimientos y la acción. *La agencia o auto-determinación* expresa que: los seres humanos somos libres de escoger que queremos hacer y cómo construir nuestro propio mundo. *La totalidad en cambio*, dice que: las personas somos la suma de todas sus partes y no podemos ser entendidos únicamente por aspectos individuales. *El pluralismo o igualdad*, nos dice que: las diferencias entre las personas deben ser reconocidas, toleradas y valoradas. *La presencia o autenticidad*, aclara que: las personas funcionamos mejor si somos auténticas y finalmente *el crecimiento*, afirma que: las personas tenemos una tendencia natural al crecimiento y este tiende a expandirse a lo largo de la vida. (Elliott, Robert, 2012).

En la EFT, las emociones son fundamentales para el trabajo terapéutico ya que las mismas son vistas por muchos teóricos como significativas pues revelan necesidades, creencias, avances o heridas en una determinada situación. (Greenberg, 2010). Los terapeutas EFT, se enfocan no solo en las emociones sino específicamente en el dolor emocional obtenido por las experiencias y sus respuestas inmediatas. En terapia muchas veces se hace uso de la metáfora de la brújula de dolor la cual apuntaría a la emoción que más aqueja al cliente en su momento. (Goldman, R, 2017). La EFT, sustenta a la relación terapéutica y el procesamiento emocional como los pilares primordiales para el cambio. Por un lado la relación terapéutica se describe en términos de un lazo seguro entre el terapeuta y el cliente, así como una colaboración y acuerdo de las metas, objetivos y tareas en terapia. Y por el otro, el procesamiento emocional se describiría como la capacidad para acceder a las emociones mal adaptativas como: el miedo, y exponiéndose a las mismas con la finalidad de modificarlas a través de la obtención de nueva información. (Paivio, 2013).

Continuando con lo descrito anteriormente, las emociones se describen como:

fundamentales en la adaptación natural de las personas, ya que ayudan a los individuos a procesar información compleja de manera rápida, automática y apropiada. Las emociones cubren necesidades como por ejemplo: el apoyo o la autoprotección (Pascual-Leone, Greenberg, 2007). Para ello la terapia enfocada en las emociones hace uso de tres supuestos principales: 1) esquemas emocionales, 2) secuencias de respuesta a emociones y 3) regulación de emociones. (Elliott, Robert, 2012).

En primer lugar los esquemas emocionales son redes de experiencias interrelacionadas. Estas redes constan de cinco elementos: a) *Situacional- perceptual*: incluyen recuerdos afectivos y valoraciones inmediatas, por ejemplo: percibirse a sí mismo aislado del resto y recordarse como un niño solitario. b) *Sensaciones y expresiones corporales*; por ejemplo sentir dolor en el estómago o sudoración. c) *Representaciones simbólicas*, las cuales incluyen frases y auto etiquetas: como “nadie me querrá, soy indigno de esto”. d) *Elementos motivacionales*: las cuales abordan necesidades y deseos e) *Experiencias emocionales conscientes*, que se activan al ser reflexivo como por ejemplo recordar un sentimiento de tristeza familiar y sentirse abandonado. (Elliott, Robert, Greenberg, 2016).

En segundo lugar se encuentran los tipos de respuesta emocionales, los cuales son cuatro. a) *Respuestas adaptativas primarias*: son aquellas que son formas naturales de reacción y son congruentes con la situación ya que nos permiten tomar una acción correcta, por ejemplo si alguien es abusivo con otra persona podemos sentir ira para ayudar a detener el abuso. b) *Respuestas mal adaptativas*, estas respuestas también son primarias pero incluyen respuestas sobre aprendidas, basadas en experiencias previas y en su mayoría traumáticas. Por ejemplo: cualquier muestra de cariño era seguida por una violación, probablemente la alianza con el terapeuta podría significar para el cliente un asalto sexual en el futuro. c) *Respuestas emocionales reactivas secundarias*, las

respuestas de estas reacciones pueden ser adaptativas o des adaptativas, las cuales son sustituidas por una segunda emoción (secundaria). Por ejemplo: una persona que se encuentra en peligro también puede sentir miedo, lo cual significa que muchas veces las respuestas emocionales pueden ser problemáticas. *d) Respuestas instrumentales:* son exhibiciones estratégicas de una emoción para su efecto deseado en otros, un ejemplo común son: “las lágrimas de cocodrilo”, las cuales causan tristeza en las otras personas o un sentimiento de respeto cuando no lo sientes (compasión instrumental). (Elliott, Robert, Greenberg, 2016).

Finalmente el tercer elemento para el abordaje de las emociones es la regulación emocional. Esto incluye la capacidad de las personas para calmar la ansiedad, el dolor y el nivel de activación para poder seguir funcionando de manera adaptativa. No tener una capacidad de regulación emocional representa dificultad (mostrando excesiva excitación o muy poca excitación). De forma excesiva, genera desorganización y no permite alcanzar los objetivos propuestos. Por ejemplo en las diferentes tareas de EFT, puede que el cliente muestre excesiva activación y no logre efectuar la meta terapéutica, así mismo si no existe activación se podría divagar y no se podrán acceder a los esquemas emocionales. (Elliott, Robert, Greenberg, 2016).

Paivio, S (2013), por su parte nos dice que existen cuatros procesos fundamentales y que están presentes en la aplicación de EFT, sin embargo la forma en que estos principios sean aplicados, dependerá de las características del cliente, el problema específico, y la fase de tratamiento. Estos son: 1) colaboración en un enfoque en la terapia, el cual ayuda al desarrollo de la alianza terapéutica, especialmente colaborando a que el terapeuta y el cliente acuerden en las metas y tareas para sesión 2) respuesta empática a los problemas emocionales y dolor; los clientes llegan muchas veces no para cambiar patrones mal adaptativos sino más bien para reducir el dolor que

estos causan, 3) acceder y responder al florecimiento de emociones adaptativas y recursos saludables y 4) promover, experimentar y explorar la construcción de nuevos significados, un nivel adecuado de experimentación permite incrementar la motivación para reproducir eventos traumáticos y con ello aflorar emociones significativas en la vida del cliente al mismo tiempo que generar nuevos significados a eventos pasados. (Greenberg, 2004).

En la EFT el trabajo terapéutico se encuentra el trabajo guiado por marcadores. Los marcadores son comportamientos en sesión que muestran que el cliente está listo para trabajar en un problema en específico. (Elliott, Robert, 2012.) Los marcadores han sido investigados y clasificados en diferentes tareas. La investigación ha mostrado que los clientes ingresan en estados específicos de comportamientos problemáticos y que ofrecen oportunidades efectivas de trabajo. Los terapeutas de EFT, tienen entrenamiento para reconocer los marcadores y como intervenir en base a los problemas. (Greenberg, 2010). Dentro de los marcadores existe una resolución deseada o estado final, así como la aplicación de una secuencia de tareas diferentes basadas en: la empatía, relación terapéutica, experiencia, reprocesamiento y promulgación. (Elliott, Robert, 2012).

Hasta ahora se han descrito lo que son marcadores y como estos proveen diferentes tareas, a continuación se describen las tareas más comunes trabajadas en sesión. 1) *Reacciones problemáticas*: este marcador se puede describir a través de la severidad de las respuestas emocionales o conductuales a situaciones particulares. Por ejemplo: al mirar a un perro con orejas caídas y sentirte excesivamente triste. Las reacciones problemáticas, son útiles para la evocación de memorias vividas o para re experimentar una situación, la resolución de este marcador involucraría una nueva visión del auto- funcionamiento. (Greenberg, 2010).

2) *Sentido poco claro o “unclear felt sense”*, este marcador revela que la persona

muestra confusión en sus sentimientos o es incapaz de adquirir un sentido claro de sus experiencias, por ejemplo: podrían decir que el cliente tiene un sentimiento pero es incapaz de abordarlo o explicarlo. La tarea acorde con Gendlin (1996) para abordar este problema se denomina “focusing”, en esta tarea el terapeuta ayuda a los clientes a abordar los aspectos de su experiencia con atención y curiosidad, con la finalidad de colocar palabras en sus sentimientos implícitos. (Greenberg, 2010).

3) *División del conflicto o “conflict split”*, esta tarea involucra aspectos del yo, en donde uno es crítico o interrumpe a la parte contraria. Las divisiones de conflicto hacen que el terapeuta proponga al cliente que se desarrolle un dialogo entre las partes del yo en sillas separadas. Los sentimientos, pensamientos y necesidades de cada parte del yo, se exploran y se comunican a manera de dialogo entre las dos partes con la finalidad del ablandamiento de la parte crítica y profundización de la parte vulnerable. Ejemplo de ello es la silla vacía. (Greenberg, 2010).

4) *Asuntos irresueltos o “unfinished business”*, este marcador busca la declaración de sentimientos no resueltos y que aún se están exhibiendo hacia un ser querido. Por ejemplo: “nunca he perdonado a mi padre por abandonarnos”. Los asuntos que han quedado inconclusos hacia una persona significativa en la vida de la persona requieren la técnica de silla vacía. El terapeuta propone que se imagine a la otra persona en la silla, y con ello busca activar su visión, experimentar, expresar y explorar las reacciones emocionales que le son dolorosas actualmente a la persona con la persona que le es importante. La resolución de esta tarea buscaría: responsabilizar, comprender o perdonar a la otra persona.

5) *Angustia desregulada o Stuck, dysregulated anguish*: es un marcador que surge frente a un dolor emocional o necesidad no satisfecha. Tener autocompasión es una manera de cambiar las emociones más dolorosas y confrontarlas internamente con

una emoción diferente. El terapeuta ayuda a que el cliente profundice su sentido de angustia para acceder al dolor y expresar la necesidad no satisfecha asociada con él.

Es así como todos estos componentes trabajan de manera conjunta para la integración, ajuste y elaboración de esquemas adaptativos reemplazando a los mal adaptativos y que causan conflictos. La EFT entonces, sostiene que las emociones tienen un potencial adaptativo que de ser activado puede colaborar a los clientes a cambiar estados emocionales problemáticos o experiencias que no son deseadas en sus vidas. (Greenberg, Leslie y Elliott, Robert y Pos, Alberta, 2018).

Tema 3.- CBT PARA ANOREXIA

Como se ha expresado anteriormente la anorexia nerviosa es un problema de salud mental que aqueja a diversos individuos, dicho desorden mental aflige de manera negativa a las personas en aspectos físicos, psicológicos así como en su desempeño social. De hecho esta psicopatología está vinculada con diferentes y severas complicaciones médicas, al igual que con alta mortalidad. (Arcelus, Mitchell, Wales, Nielsen, 2011). Se sabe que tiene sus orígenes en la adolescencia aunque esto no representa que son característicos únicamente de esa edad, inclusive pueden afectar en otras etapas de vida como: la etapa de gestación. Diversos estudios han mostrado que una de cada veinte mujeres puede desarrollar en alguna forma un trastorno alimenticio durante el embarazo. (Rodríguez, Sánchez, Menor, Sánchez, Aguilar, 2018).

La anorexia nerviosa se caracteriza por un rechazo para mantener un peso corporal normal (<85% del peso esperado), un miedo intenso por la ganancia de peso y una distorsión en la percepción del peso o la figura. En las mujeres se encuentra la presencia de la amenorrea (ausencia de tres periodos menstruales consecutivos), de igual manera la fertilidad se ve afectada con una reducción en la tasa de maternidad.

(Ekeú, Lindberg, Lindblad, Hjern, 2006). No obstante pese a las condiciones desfavorables que la anorexia trae en la fertilidad, también se puede presentar en el embarazo y cada vez están siendo más frecuentes. (Wohl , Gur, 2015).

Esta patología cobra aún más importancia en el embarazo ya que no solo está en juego la salud de un individuo (la madre) sino también la del feto. En las madres se presentan problemas obstétricos y ginecológicos que incluyen fertilidad, embarazo no planificado, aborto espontaneo, depresión y ansiedad posparto. En el feto existen problemas de restricción en el crecimiento, nacimientos prematuros, circunferencia cefálica menor y afectaciones en desarrollo neurocognitivo. (Koubaa, Hällström, Brismar, Hellström, Hirschberg, 2015).

Sin embargo estas complicaciones no se limitan únicamente al periodo de gestación y parto sino que también engloban el proceso de desarrollo y se alarga hasta la crianza. Por ejemplo: Koubaa, Hällström, Brismar, Hellström, Hirschberg (2015), encontraron que las mujeres que tenían anorexia en el embarazo tuvieron un periodo de lactancia menor en comparación a mujeres que no tenían anorexia. Así también se ha encontrado que las madres con anorexia tienen un ritmo de alimentación más estresante, obsesiva, restrictiva y con mayor deficiencia calórica con sus hijos. (Kimmel, Ferguson, Zerwas, Bulik , Meltzer, 2016).

No es sorpresa que el embarazo represente cambios en la apariencia lo cual signifique un reto para las mujeres con trastornos alimenticios en periodo de gestación. Por lo que para muchos autores el embarazo puede ser una gran oportunidad para detectar trastornos alimenticios y tratarlos con la finalidad de evitar un aumento y desarrollo en el periodo posparto. (Chinello, et al, 2016). El embarazo sin duda envuelve ganancia de peso y modificaciones corporales, sin embargo para las mujeres con trastornos de la conducta alimentaria estas modificaciones y aumento de peso son

mayores en comparación con las mujeres que no poseen trastornos de conducta alimentaria con efectos de protección y desarrollo para el feto (Micali, et al, 2012).

Hasta ahora hemos visto algunos de los problemas y características principales de la anorexia nerviosa. A continuación se procede a describir el funcionamiento y las aplicaciones de la terapia cognitiva conductual para mujeres embarazadas con anorexia. Pese a que las terapias psicológicas para los trastornos alimenticios y especialmente para la anorexia nerviosa son inconsistentes, la evidencia revisada sugiere que la terapia cognitiva conductual muestra efectividad para la adherencia al tratamiento, minimización de la deserción de los pacientes en el tratamiento y mantenimiento de efectos a largo plazo, así como la prevención de recaídas. (Galsworthy, Steven, 2013).

Garnis y Bemis (1985) fueron los primeros en aplicar los principios de la terapia cognitiva de Beck para la Anorexia nerviosa, posteriormente Vitousek y colegas desarrollaron una nueva hipótesis, quienes decían que: los síntomas de los desórdenes alimenticios se mantienen por la presencia de un conjunto de ideas acerca de la figura corporal y el peso. (Vitousek, Watson, Wilson, 1998). La sobrevaloración de la figura y el peso generan una interacción de características individuales que se vuelven estables tales como: el perfeccionismo, el ascetismo, y la dificultad en la regulación del afecto, además de la imposición de ideales socioculturales. Una vez formadas y establecidas estas creencias se incita al individuo a procesar información de acuerdo a sesgos específicos, a responder al refuerzo exterior y llamativo, y a adaptar conductas distintivas en la alimentación y de purga. (Fairburn, 1985).

La terapia cognitiva conductual sustenta que: el elemento que mantiene al trastorno es un sistema de autoevaluación. Es decir mientras que para la mayoría de personas la valoración de su auto concepto está basado en diferentes áreas de su vida como por ejemplo: trabajo, familia, relaciones interpersonales, intereses, etc. Para las

personas con TCA su auto concepto se basa únicamente en la sobrevaloración e importancia que tiene la figura, el peso y el control de los mismos. Incluyendo comportamientos como (restringir alimentos, ejercicio, pensamientos de preocupación por el peso, mirarse constantemente en el espejo). (Celis, Roca, 2011).

Además de lo reiterado, se conoce que en el embarazo y en la etapa de posparto las mujeres incrementan el porcentaje de grasa corporal y reducen el porcentaje de la masa muscular, lo cual aumenta la insatisfacción durante el embarazo. Por lo que sus creencias exacerban el malestar emocional y con ello se reduce el temor a causar daño al feto generando una reducción de la motivación para la restauración del peso corporal en las mujeres. (Chinello, et al, 2016).

Es así como la terapia cognitiva conductual al ser una terapia individual y flexible diseñada para señalar a los pacientes los síntomas de los trastornos de conducta alimentaria plantea como principales las siguientes metas: 1) eliminar la psicopatología del trastorno alimenticio (la forma de comer alterada o restrictiva , el bajo peso, conductas obsesivas del control del peso, y preocupación sobre el mecanismo de alimentación), 2) corregir los elementos que han hecho que la psicopatología se siga manteniendo en la formulación del paciente, y 3) garantizar que los cambios sean a largo plazo, duraderos y que logren reconocer y responder a cualquier dificultad presente. (Fairburn, 2008).

Una vez que se presentan los objetivos al paciente con la finalidad de modificar el pensamiento, el tratamiento se centra en la implementación de estrategias para el cambio del comportamiento en lugar de ir directamente a la reestructuración cognitiva. Por medio de la realización de tareas estratégicas planeadas se genera el proceso de cambio, a los pacientes se les enseña a monitorearse por sí mismos y a participar en el cambio de comportamientos benéficos para el tratamiento, al mismo tiempo que se

promueve cambiar la mentalidad disfuncional una vez que se activa. (Dalle, El Ghoc, Sartirana, Calugi, 2015).

Anteriormente se mencionó que las personas con trastornos alimenticios presentan baja prognosis en el tratamiento, debido a la baja adherencia a los tratamientos, así también presentan un excesivo nivel de sentimientos negativos hacia su figura y su peso, estos sentimientos negativos hacia sí mismas llevan al desarrollo de sentimientos como ansiedad y depresión al igual que niveles bajos del rango adecuado en el índice de masa corporal. (Karbasi, 2010).

En el grupo de mujeres embarazadas con anorexia se tiene poca información sobre si los datos son similares en cuanto a la aceptación, trabajo y deserción en terapia con respecto a mujeres solo con anorexia. Sin embargo en estudios como los de Fairburn y Dalle Grave, Calugi, Doll, Fairburn (2013) se ha encontrado que aproximadamente dos tercios de los participantes con anorexia nerviosa completaron el tratamiento, así mismo se notó una alta proporción y accesibilidad para recolección de datos una vez terminadas las sesiones terapéuticas, y aunque no se encontraron diferencias significativas en variables demográficas entre participantes que completaron o no el tratamiento, si se encontró que existieron peores resultado e incremento de la severidad en la psicopatología en comparación al pre-tratamiento con aquellos participantes que no completaron la terapia.

Otra de las características que se presentan en las mujeres con anorexia en el embarazo son los sentimientos negativos hacia sí mismas, su figura y su peso, y se guarda relación con la depresión y la ansiedad. Sabemos que la depresión durante el embarazo y el periodo perinatal es significativa en las mujeres y actualmente representa un problema de salud. (Alder, Fink, Bitzer, Hösli, Holzgreve, 2007). Sin embargo el riesgo de los síntomas de la depresión postparto es que estos pueden mantenerse por

años, generando así no solo problemas en la salud mental de la madre sino también en la relación madre hijo y de toda la familia. Las mujeres con anorexia presentan características obsesivas, de perfeccionismo, ansiedad y depresión. Haciendo que el riesgo de depresión postparto sea tres veces mayor (35%) que en las mujeres de la población general (3- 12%). (Franko, Blais, Becker, Selwyn , Greenwood, Flores, 2001).

Respecto al párrafo anterior podemos añadir que se ha encontrado que la terapia cognitiva conductual tiene efectos significativos en la reducción de síntomas de depresión en la anorexia y en el embarazo, con resultados positivos en el mantenimiento de los pacientes por medio de los resultados obtenidos por seguimiento tiempo después. (Galsworthy y Allan, 2014). El estudio de Byrne, Fursland, Allen y Watson, (2011) en cambio demuestra que los problemas de las mujeres con anorexia tales como: estrés, problemas interpersonales se redujeron una vez que se aplicó la terapia cognitiva conductual, mostrando también efectos sobre el autoestima y una mejor calidad de vida. Estudios más antiguos como el de Leung, Wallen y Thomas (1999), reiteran que los efectos de la terapia cognitiva conductual en la sintomatología en los trastornos alimenticios reducen los esquemas mal adaptativos, los pensamientos automáticos negativos, formas de evitación y persistencia de conductas restrictivas.

A manera de resumen se podría concluir brevemente que la terapia cognitivo conductual representa una mejor adherencia en el tratamiento de trastornos alimenticios, aborda y reduce sintomatología ansiosa y depresiva, características de la anorexia y el embarazo, y potencia resultados favorables que demuestran estabilidad a largo plazo.

Tema 4.- EMOTION FOCUSED THERAPY PARA ANOREXIA

Tal como se ha dicho los tratamientos para pacientes con anorexia al igual que

sus resultados son limitados. Sin embargo el examinar los elementos involucrados en los tratamientos psicológicos para esta población (entre ellos las emociones), demuestran la importancia y utilidad para el mejoramiento de los resultados. Algunas características principales de las mujeres con anorexia son: la evitación y desregulación emocional, así como una reducida expresión de sus emociones. (Brockmeyer, Grosse, Bents, Kämmerer, Herzog, Friederic, 2012).

Así también se conoce que el embarazo representa una etapa crítica para las mujeres por sus cambios físicos y emocionales. Entre los pensamientos y preocupaciones maternas se encuentran la intranquilidad de perder el control de su forma física al igual que no lograr mantener el control del peso en el cuerpo. (De Campora, et al., 2015). Por consiguiente se puede decir que: el embarazo y los trastornos alimenticios están estrechamente conectados. De hecho las revisiones de literatura por Campora et al., en 2015, nos muestran que: el embarazo suele asociarse con una interrupción de los hábitos alimenticios disfuncionales debido a las preocupaciones sobre el yo y el cuidado del bebe al igual que alteraciones emocionales.

Pero entonces ¿cual sería la importancia del manejo de las emociones en el embarazo? Se ha encontrado que las mujeres con mayor nivel de estrés prenatal y gestacional tienen un mayor aumento de peso. Por lo tanto las mujeres con cúmulos de emociones negativas acerca de su peso y los cambios físicos en el embarazo están más relacionadas con la ganancia de grasa corporal y modificaciones en la apariencia. (Ruhstaleer, Elovitz, Stringer, Durnwald. 2015). El conflicto sería entonces que de no abordar las emociones, el incremento de peso se mantendría, y de no tratar la patología de un desorden alimenticio como la anorexia en el embarazo, seguirá fortaleciendo el crecimiento de emociones negativas respecto al cuerpo de la madre y con ello ambos seguirán perpetuando síntomas que fortalecen al mantenimiento y malestar de las

patologías.

La terapia enfocada en las emociones o emotion focused therapy permitiría un tratamiento efectivo en pacientes con anorexia embarazadas. Con la terapia enfocada en emociones se buscaría que los pacientes ingresen y tengan acceso de sus experiencias internas, entendiendo, tolerando y aceptando sus emociones, y no manteniéndose en la evitación emocional. Al mismo tiempo que estableciendo un trabajo sobre los sentimientos de inutilidad e inseguridad. (Dolhanty, Greenberg. 2009). La EFT buscaría confrontar la rigidez cognitiva y las creencias pro- anoréxicas (cualquier conducta que fortalezca la anorexia). (Money, Genders, Treasure, Schmidt, Tchanturia. 2011).

Como justificación a lo descrito previamente se puede destacar que: la terapia enfocada en las emociones aborda un adecuado procesamiento de las emociones con la finalidad de lidiar con los problemas de la regulación emocional que son característicos de las personas con desórdenes alimenticios y en el embarazo. La EFT, provee técnicas que promueven la re experimentación y expresión de las emociones que normalmente la anorexia tiende a inhibir. (Geller, Cockell, Hewitt, Goldner, & Flett. 2000). Por medio de la expresión de la voz crítica interna, que podría ser descrita como: “la voz anoréxica de los pacientes”, la EFT busca ir mas allá de la evaluación de estrés generada por la inconformidad del cuerpo en el cliente sino que se genera un reconocimiento profundo de la emoción, como se manifiesta en el cuerpo y que sensaciones está generando. (Dolhanty, Greengberg, 2009).

Pese a que algunas mujeres acogen con agrado los cambios corporales en el embarazo para otras representa sentimientos de rechazo, poco atractivo, incluso se ha encontrado mueven mucho más lento y pierden la coordinación, experimentando efectos negativos en su imagen corporal. (Ucar, Güney, Cesur, Yurtsal. 2018). En la anorexia por su parte se sabe que la desregulación emocional es característica y estudios como el

de Harrison, Sulliva, Treasure, en 2009 mencionan que: las mujeres con anorexia nerviosa presentan menores puntajes en las pruebas de RME (Rapid movement eyes), los cuales están asociados con la regulación emocional. Lo que reitera que las mujeres con anorexia presentan dificultades con el reconocimiento y regulación de sus emociones.

El abordaje de las emociones juega un papel crucial en el tratamiento y recuperación de las mujeres en el embarazo con anorexia pues como se menciona existe una excesiva desregulación emocional ya sea por características hormonales o relacionadas a la psicopatología. La evidencia que sugiere que las emociones pueden funcionar de manera acoplada dentro de un desorden alimenticio, por ejemplo: al usar una emoción como la ira, se puede atenuar o suprimir una emoción más ego- sintónica (que no causa malestar) que estaría internalizada en las personas con anorexia, es decir se usaría el enojo como manera de cambio de una conducta restrictiva y no como una emoción que fomente el mantenimiento de la anorexia. (Fox y Harrison, 2008).

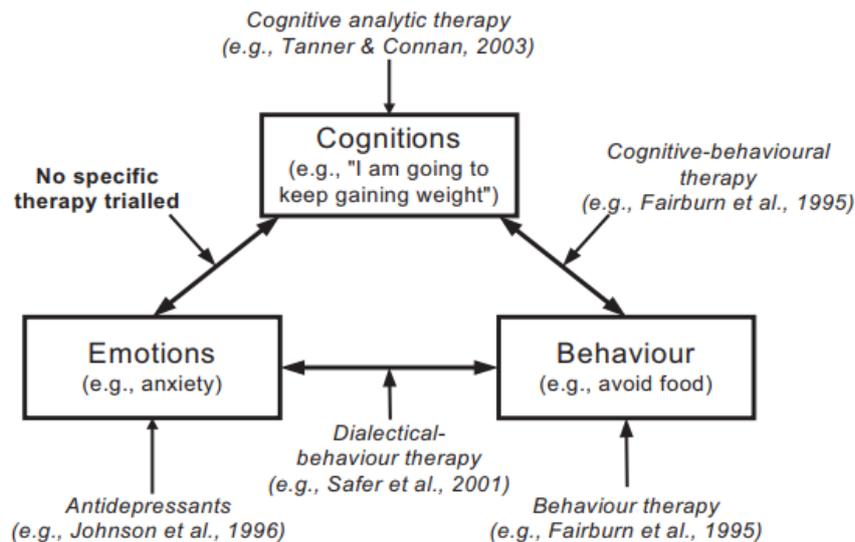
Para el tratamiento de la anorexia en el embarazo debemos tener en cuenta el trabajo de la evitación emocional, pues los síntomas anoréxicos funcionan para evitar estados emocionales aversivos. (Wildes, Ringham, Marcus, 2010). Se conoce que las terapias breves en los pacientes con desórdenes alimenticios no son prometedoras, por la misma razón la EFT busca un abordaje a nivel emocional profundo, el cual incluye el reconocimiento, manejo y expresión de emociones así como la aplicación de diferentes técnicas de procesamiento. El procesamiento emocional ocupa relevancia en el tratamiento ya que si este se encuentra dañado resulta difícil que las mujeres aborden las dificultades emocionales de manera integral. (Money, Genders, Treasure, Schmidt., & Tchanturia, K. 2011).

A manera de resumen podemos indicar entonces que la EFT, es una terapia que

funciona de manera efectiva sobre una de las características de los desórdenes alimenticios y en el embarazo como son las emociones. La EFT promueve la aceptación de la emoción experimentada, la capacidad para regular la emoción y la autoestima y la transformación de emociones destructivas o inadaptadas con alternativas más saludables. Los clientes con trastornos alimenticios logran experimentar esperanza ante la posibilidad de que pueden recuperarse de su trastorno alimenticio al trabajar para identificar, aceptar, permitir y alterar las reacciones emocionales mal adaptativas, alterando así los patrones de comportamiento disfuncional y haciendo que el trastorno alimenticio sea innecesario para afrontar el malestar emocional. (Robinson, Dolhanty, Greenberg, 2013).

Tema 5.- COMBINACIÓN DE CBT Y EFT.

En la misma línea de párrafos anteriores podemos decir que: la terapia cognitivo conductual y la terapia enfocada en las emociones permiten un abordaje de las diferentes problemáticas que aquejan a las mujeres con anorexia, embarazadas y mujeres con anorexia en el embarazo. Si bien es cierto ambas parecerían tener resultados alentadores en el tratamiento de los desórdenes alimenticios pero cabe citar que la integración de las emociones a la terapia cognitivo conductual, o el desafiar distorsiones cognitivas dentro de la interpretación emocional significaría un mejor resultado post- tratamiento. De hecho la figura 1 nos muestra como las emociones cogniciones y comportamientos están estrechamente conectados por lo que el trabajo conjunto en los trastornos alimenticios es la mejor opción.



“Figura 1”, Corstorphine, E. (2006). Links between cognitions, emotions and behaviours. [Figura]. Recuperado de: 10.1002/erv.747.

Estas suposiciones ya se han implementado, de hecho los autores reportan que la terapia cognitivo conductual facilita habilidades de identificación de emociones pero no enseña adecuadamente a los niños a regular las experiencias emocionales, por lo que se puede experimentar más ira y preocupación en niveles más profundos. (Corstorphine, 2006).

Como hemos dicho la terapia cognitiva conductual emplea diferentes intervenciones como por ejemplo: psico educación acerca de los miedos, reestructuración cognitiva, solución de problemas, entrenamiento y técnicas de relajación, exposición, tareas, entre otros. Sin embargo la terapia cognitivo conductual, en ocasiones ha sido reemplazada por otras terapias como la EFT, que se enfoca en: el incremento de la conciencia de emociones adaptativas y desadaptativas, intensificar la regulación emocional, transformación emociones mal adaptativas y reflejar en emociones adaptativas.

Entonces vemos que las dos terapias en cierta manera se complementan por ejemplo Kendall, Ollendick, (2004): nos dice que las personas que tienen problemas

para la reestructuración cognitiva. (En nuestra población fomentar conductas alimenticias saludables y no tan restrictivas), tienen dificultad con el cambio de emociones y el ocultar a las mismas; dos procesos que envuelve la regulación emocional y se trabaja en la EFT. Otros estudios como los de Suveg, et al, 2008: en cambio comentan que en características como la ansiedad (común en la mayoría de trastornos) las personas reportaron tener más respuestas de regulación emocional desadaptativas en situaciones de ansiedad, provocando mayor respuesta de frustración.

Como hemos visto una de las “ falencias” de la terapia cognitivo conductual es que aunque aborda problemas relacionados con la interpretación errónea de pensamientos (como verse gorda, o darle mayor importancia a los cambios físicos producidos por el embarazo) no se trabaja en la construcción de competencias emocionales las cuales se asocian con el mejoramiento del auto control, la habilidad de tolerar la frustración, mejorar las habilidades sociales o reducir conductas internalizadas y externalizadas. (Suveg, Jones, Davis, et al, 2018).

La combinación efectiva de tratamiento para los trastornos alimenticios podemos decir que: es aquella que trabaja con las interacciones entre emociones, cogniciones y comportamientos. Si bien es cierto seguir protocolos de terapia cognitiva conductual no ofrecen la reducción de síntomas en los trastornos alimenticios cuando estos se encuentran vinculados directamente con las emociones, hay que recalcar que una de las posibles dificultades que la EFT, podría ofrecer por si sola es la no promoción de psi coeducación como lo hace la TCC. La psi coeducación debe iniciar con una evaluación del conocimiento actual del paciente sobre su condición, seguida por la presentación de un modelo de emociones, la función para la que sirven y fomentar su expresión. (Corstorphine, 2006).

Así mismo la terapia enfocada en las emociones incluye en sus técnicas de

trabajo dejar que el paciente muestre la necesidad o marcador y el terapeuta debe seguir; es decir “follow and guide”. (Dolhanty, Greenberg. 2009). Es de gran importancia explicar que en pacientes con trastornos alimenticios se deben abordar terapias más directivas y enfocadas a soluciones, que incluyan tareas, como la terapia cognitiva conductual. Sobre todo en aquellas pacientes que se encuentren con un índice de masa corporal muy bajo de la media, esto con la finalidad de ganar peso y sacar de riesgo a las personas afectadas por el trastorno alimenticio y al mismo tiempo previniendo posibles complicaciones en el desarrollo del feto.(Ekeus, Lindberg, Lindblad, Hjern, 2006).

METODOLOGÍA Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

Diseño y justificación de la metodología seleccionada

Con respuesta a la pregunta planteada: ¿Existe diferencia entre un grupo control y un grupo de mujeres con anorexia que recibe terapia basada en el modelo cognitivo conductual y enfocado en las emociones durante el embarazo?, la metodología que se utilizara para la aplicación es la investigación cuantitativa. Para la realización de ello se planea la aplicación de un estudio cuasi-experimental con medición post tratamiento, en el que se pueda evidenciar los efectos del modelo terapéutico que incluye CBT y EFT durante el embarazo en mujeres con anorexia y con ello notar si las conductas de evitación emocional, distorsiones cognitivas y factores de riesgo para la madre y el niño reducen. Es decir un cuasi experimento explica la comparación de grupos de tratamiento y control por medio de pruebas aleatorias (Pedhazur y Schmelkin, 1991).

Justificación de la metodología seleccionada.

La forma más efectiva para responder a nuestra pregunta planteada anteriormente es por medio de la investigación cuantitativa. La investigación

cuantitativa es aquella en la cual los datos son recogidos y analizados por medio de variables. El método cuantitativo es objetivo, basado en la inducción probabilística del positivismo lógico y utiliza la medición penetrante y controlada. (Calero, 2000).

Respecto a la investigación cuantitativa Hernández Sampieri y colaboradores (2010), nos dicen que la investigación cuantitativa es la metodología más utilizada para investigaciones de carácter empírico.

Esta metodología fue seleccionada debido a que estamos buscando conocer la asociación o relación existente entre las variables que han sido cuantificadas en nuestro estudio, y esto es lo que hace la investigación cuantitativa (Sarduy, 2006). De igual manera, la razón por la que se seleccionó la investigación cuantitativa para el diseño de investigación es que el estudio cuantitativo, presenta un análisis objetivo de la realidad donde se buscan relaciones causales y generalizables. (Cerón, 2006).

Para ello en primer lugar hemos de describir nuestras variables a analizar. Por un lado tenemos la variable independiente: el recibir terapia cognitivo conductual y enfocado en las emociones. Las variables dependientes son: la reducción de evitación emocional, distorsiones cognitivas y factores de riesgo para la madre y el niño. El diseño de investigación como explicamos es experimental, que se analizara por medio de un análisis estadístico MANOVA. La justificación para la utilización de MANOVA como análisis estadístico es que en nuestra investigación existe más de una variable dependiente: cambios en la evitación emocional, distorsiones cognitivas y reducción de conductas de riesgo para la madre y el feto. Es así que el análisis estadístico MANOVA examina las diferencias entre dos o más variables dependientes simultáneamente.

La investigación será diseñada con un grupo experimental y un grupo control para evaluar los cambios post- tratamiento y asegurarse de los cambios ocurridos en el proceso y notar si los mismos son significativos. El propósito entonces sería notar como

la intervención influye en los cambios de actitud y comportamientos en los participantes.

Participantes (Nivel 2)

La presente investigación tendría que hacerse conjuntamente con centros de trastornos alimenticios en la provincia de Pichincha- Quito, con la finalidad de conocer los casos de mujeres con anorexia o mujeres que padecieron anorexia en edades previas, así mismo involucraría a maternidades y hospitales específicamente el área de partos y atención pre-natal para reclutar a las participantes. Para ello se debe tener conocimiento de los diagnósticos entregados a las pacientes en los centros de trastornos alimenticios. El número de participantes se estima que sea aproximadamente 50 mujeres en edades entre los 22 y 28 años de edad con la finalidad de tener una muestra más confiable para analizar los datos estadísticos y que la misma no sea tan amplia. Así mismo se espera que las participantes actualmente se encuentren en el periodo de gestación. Los criterios de inclusión para nuestro estudio se basarían en los propuestos por el DSM-5, estos son:

1. Miedo a ganar peso, incluso estando por debajo del peso normal
2. Alteración de la percepción del peso o siluetas corporales.

Además de ello habría que señalar que el criterio 1 del DSM- 5, ha sido modificado (tener un peso corporal inferior al 85%), debido a que el peso se podría ver alterado por el hecho de estar embarazada. En lugar de ello se tiene pensado como criterio mantener una valoración del peso recomendado ganar en el embarazo, así por ejemplo: “En el primer trimestre se recomienda una ganancia entre 0,5 y 1,5 Kg. En el segundo trimestre se recomienda un aumento entre 3,5 y 4 kg de peso. Para el tercer trimestre se recomienda un aumento de 5 a 5,5 kg, es decir unos 400 gramos cada semana”.

(Sánchez et al, 2017).

Tal como se explicó anteriormente se busca comparar dos grupos: control y experimental, para cada grupo se estima tener 25 participantes en cada subdivisión y contrastar los resultados.

Herramientas de investigación utilizadas (nivel 2)

Tomando en cuenta que los objetivos a evaluar en los participantes incluyen: cambios en la evitación emocional, distorsiones cognitivas y reducción de conductas de riesgo para la madre y el feto en la investigación se tiene como principal agente a dos cuestionarios. El primero de ellos es el EDE-Q (Eating Disorder Examination Questionnaire) (ANEXO C), el cual es una medida de auto informe ampliamente utilizada para evaluar conductas y actitudes de trastornos alimenticios, y considerado como la medida de estándar de oro de los TCA. (Machado, Martins, Vaz, Conceição, Bastos, Gonçalves, 2014).

Entre las características que hacen confiable y de gran utilidad al EDE- Q es que se utiliza para corregir los problemas en las mediciones autos aplicadas, como por ejemplo dar una adecuada definición a la palabra atracón. El EDE-Q evalúa aspectos como: la preocupación por el peso, la figura, la alimentación, y la restricción alimentaria. Hablando de la consistencia interna se puede decir que tiene una consistencia elevada y en las pruebas de correlación entre las sub escalas en pruebas de test- re test los puntajes fueron de 0,92 para los ítems individuales. (Berg, Peterson, Frazier, Crow, 2011).

Otras de las características que hacen una herramienta útil a este cuestionario son que el EDE-Q tiene: 1) capacidad para detectar diferencias grupales, es decir para discriminar entre grupos control y población con desórdenes alimenticios. 2) convergencia con medidas de constructos similares, 3) convergencia con registro diario

de alimentos, 4) estructura de los factores de diagnóstico de los trastornos alimenticios: restricción, preocupación por el peso, preocupación por la figura. Con el EDE-Q, evaluaríamos conductas de riesgo y distorsiones cognitivas con respecto a la apariencia, peso y figura. (Berg, Peterson, Frazier, Crow, 2011).

Por otro lado se busca evaluar la aceptación de las emociones negativas en las mujeres durante el embarazo y que también son características de la anorexia. Partiendo de lo descrito anteriormente y la importancia del abordaje y trabajo de las emociones podemos tomar como herramienta de valoración emocional al: AAQ (Acceptance and Action Questionnaire) (ANEXO C), el cual es el cuestionario más utilizado como medida de evaluación de la inflexibilidad psicológica y la evitación experiencial. (Ruiz, Herrera, Luciano, Cangas, Beltrán, 2013). Este cuestionario es de tipo Likert el cual es auto aplicable, tal como se dijo antes evalúa la flexibilidad psicológica y la evitación experiencial dependiendo de la orientación de los reactivos. Las respuestas constan de siete opciones que van desde “nunca” (never) hasta “siempre” always según las respuestas del evaluado. El AAQ tiene propiedades confiables que incluyen un coeficiente de consistencia interna alfa Cronbach (= 0,85), su validez de constructo señala una confiabilidad con rangos de 0,81 a 0,87 y se han encontrado correlaciones con otras pruebas que miden sintomatología emocional como la Depression Anxiety and Stress Scale ($r = -.601$), con el Inventario de Depresión de Beck ($r = -.75$), el Inventario de Ansiedad de Beck ($r = -.59$), el General Health Questionnaire ($r = -.31$) y la Symptom Checklist-10R ($r = -.673$). (Patrón, 2010).

Para ambos cuestionarios se realizarán las traducciones en español, por medio de personas capacitadas para que los ítems no muestren diferencias en las preguntas y sus respuestas no cambien significativamente con el inventario original

Procedimiento de recolección y Análisis de Datos (Nivel 2)

En primer lugar para el reclutamiento de nuestras participantes se tomará contacto con las clínicas de trastornos alimenticios, al igual que se tomará contacto con psicólogos de consulta privada que mantengan contacto con las clínicas de trastornos alimenticios y se les haya referido pacientes o viceversa. De requerir más número de participantes por la dificultad para encontrar mujeres en estado de gestación con anorexia, también se podría tomar contacto con maternidades y hospitales (en el área de partos y atención médica pre-natal) para brindar información y con ello dar conocimiento de su posible participación en el estudio.

Una vez contactadas a las participantes se les entregará el consentimiento informado y la carta (ANEXO A Y B), en la que aceptan compartir su información de ser necesario (sin revelar información personal), una vez con las cincuenta participantes las mismas serán divididas en dos grupos aleatoriamente, en donde al grupo experimental se le ofertará terapia una vez a la semana por medio de psicólogos profesionales expertos en CBT y EFT en el centro psicológico “Catarsis”. Por su parte el grupo control será contactado de igual manera una vez a la semana, con la diferencia que se le ofertarán términos ineficaces y que no ayudan a la reducción de síntomas, sino que más bien son distractores y de entendimiento grupal como: mirar películas, hacer conversatorios o actividades relacionadas a la maternidad. Los horarios serán delimitados por acuerdo de las pacientes y los psicólogos

Posterior a ello las pacientes recibirán terapia por aproximadamente tres meses, una sesión por semana o más dependiendo de la severidad del caso por medio de una valoración del psicólogo en la entrevista psicológica inicial. Las pacientes recibirán una combinación de técnicas de tratamiento tanto de EFT como CBT. Para ello se utilizarán

25 terapeutas para entregar uno a cada participante en el grupo de evaluación, por su parte se podría emplear un terapeuta para que guíe las actividades del grupo control. Todos los terapeutas serán contactados tras tener un mínimo de 5 años en la práctica clínica y especializados en trastornos alimenticios. Además de ello los terapeutas necesitan tener formación en ambos enfoques terapéuticos EFT y CBT.

Para asegurarnos que los terapeutas cumplan con una combinación de ambos enfoques durante la terapia impartida a las pacientes, se utilizarán cintas de video para analizar que se utilizó en cada sesión, además de ello cada terapeuta deberá entregar un reporte semanal de cada paciente en donde se detalle: duración de la terapia, temas abordados, enfoque (CBT o EFT), técnicas empleadas.

Dado a que las pacientes tendrán el mismo tiempo para sesiones se espera que terminen en el tiempo aproximado (3 meses) una vez finalizado se entregarán nuevamente los cuestionarios: EDE-Q (Eating Disorder Examination Questionnaire) y AAQ (Acceptance and Action Questionnaire) para contrastar los resultados una vez finalizada la terapia. Posteriormente se invitara a las participantes para mostrar los resultados y agradecer su participación.

Consideraciones Éticas (Nivel 2)

Como parte de la investigación, la presente investigación respetará las consideraciones éticas que se deben seguir en un estudio que involucra a individuos. En párrafos anteriores se describió que los participantes recibirán un consentimiento informado y firmarán una carta de aceptación para compartir información (que no revela datos personales). Aquí se debe explicar que al tratarse de mujeres embarazadas probablemente muchas de ellas estén casadas o tengan una pareja, de ser el caso es

también importante compartir información sobre la investigación con sus parejas para evitar contratiempos durante el desarrollo de la investigación. En caso de necesitar filmaciones de video o audio extras a las que necesitaran los terapeutas, se explicarían en los documentos escritos entregados pero también se recalcaría en los encuentros con las participantes.

Para asegurar el anonimato se planea entregar un código a cada participante. En caso que alguna participante decidiera no continuar con la investigación, su información al igual que sus códigos serían eliminados completamente y su participación no se manifestaría en la investigación con excepción de los datos de participantes que desertaron la investigación, obviamente explicando antes esta última línea a las participantes. Tal como es de suponerse en una investigación en el que se topa una temática delicada como la anorexia y que también involucra temas de familia, pareja y maternidad no es de sorprenderse que podrían ocurrir situaciones que afecten a la vulnerabilidad de las personas, por lo que como parte de las medidas de protección a nuestras participantes se debe destacar que los terapeutas que ofertaran el tratamiento serán certificados y son capaces de afrontar situaciones que desborden a las pacientes.

RESULTADOS ESPERADOS

Tras la pertinente búsqueda y revisión de literatura en la presente investigación podemos inferir que los resultados planteados en nuestro estudio revelen una reducción de síntomas patológicos potencien la aceptación emocional, reduzcan la desregulación emocional y mejoren la aceptación al mismo tiempo que se aborden las principales distorsiones cognitivas.

Estos resultados pueden ser observados en el cuestionario EDE-Q (Eating Disorder Examination Questionnaire) (ANEXO C) por medio de los puntajes medios

en cada una de las escalas como lo plantea el cuestionario de acuerdo a las edades de los participantes (en este caso de 22 a 28), así por ejemplo: restricción alimentaria ($t= 1.34$), preocupación por comer ($t = 0,81$), preocupación por la forma del cuerpo ($t= 2,24$), preocupación por el peso ($t= 1,56$). Para esto se esperaría encontrar puntajes. Esperando una reducción en el endoso de las escalas de 10 puntos mostrando un resultado clínicamente significativo. (Mond et al., 2006). Estos puntajes significarían que las participantes están menos preocupadas por su alimentación, apariencia corporal y peso.

Así mismo se esperaría mejor regulación y aceptación emocional culminado el tratamiento en las pacientes ya que como se ha descrito anteriormente, la evitación emocional solo acrecienta la disfuncionalidad y presencia de otros síntomas como la ansiedad y la depresión en las mujeres que padecen anorexia y que se exacerban en el embarazo. Ya que en muchas ocasiones las emociones pueden funcionar como colaboradores del desorden alimenticio. (Fox & Harrison, 2008). Es decir con el modelo propuesto se trabajaría en identificar, aceptar y experimentar esperanza ante la posibilidad de la experimentación emocional y trabajar temas que las mujeres tienden a evitar. (Robinson, Dolhanty, Greenberg, 2013).

Con la finalidad de valorar la aceptación emocional y cambios en las emociones se pretende usar como herramienta los puntajes obtenidos en el Acceptance and Action Questionnaire (AAQ-II) (ANEXO C). Este cuestionario como habíamos explicado mide la inflexibilidad psicológica y la evitación experiencial. Para la valoración de un cambio significativo se espera una reducción entre 15 a 20 puntos en el resultado total de las puntuaciones globales correspondientes a las escalas totales ($t= 70$ máximo), y esperando puntajes entre ($t = 50 -55$) como puntajes totales post- tratamiento, sugiriendo una mejor incorporación de las emociones y menor evitación emocional. Así mismo,

mostrando una correlación positiva entre la reducción de síntomas y aceptación de las emociones ($t = 0,68$). (Patrón, 2010).

De igual forma se debe explicar que durante la entrevista y aplicación de cuestionarios iniciales se espera recopilar información suficiente para entender como las pacientes están funcionando en un inicio, y comparar el cambio en la sintomatología después de recibir terapia. Frente a cualquier eventualidad recordando que se brindaran terapias semanales se puede realizar cambios en la metodología y aplicación de terapia a las participantes con respecto a las técnicas involucradas en EFT o CBT. Es decir, si las sesiones que involucraran EFT fueran demasiado fuertes para las pacientes se puede hacer uso de la agenda planteada para la práctica CBT, y con ello intercambiar técnicas CBT (como record de pensamientos) en lugar de las propuestas por EFT (silla vacía o doble silla) que podrían perjudicar el tratamiento y permanencia de las pacientes a largo plazo.

Siguiendo la misma línea se espera tener una mejor adherencia en el tratamiento con el modelo de investigación planteado, el cual es de gran importancia para cualquier desorden o patología mental. Para ello se tiene planeado realizar una comparación post-tratamiento contabilizando y obteniendo datos numéricos del total de participantes que se mantuvieron a lo largo del estudio, en ello también se podrían incluir el número de sesiones a las que asistieron, ya que probablemente como mecanismo de defensa: existiría resistencia al proceso, lo que podría hacer que en ciertas ocasiones los pacientes no acudan a terapia, pese a que podrían completar el tratamiento.

Posterior al análisis de estas especificaciones, podemos concluir que un modelo de intervención que integre la terapia cognitivo conductual y enfocada en las emociones cumple con los requerimientos para ser un método efectivo para el tratamiento y mejor adaptación de mujeres anoréxicas en el embarazo. Por lo tanto podemos esperar que los

resultados de este modelo presenten buenos resultados, sea aplicable no solamente a la población durante el embarazo y beneficiosa para la vida de las participantes en general.

DISCUSIÓN

Para culminar el capítulo final del trabajo de investigación se pretende responder a la pregunta de investigación planteada en un inicio. ¿Existe diferencia entre un grupo control y un grupo de mujeres con anorexia que recibe terapia basada en el modelo cognitivo conductual y enfocado en las emociones durante el embarazo? La misma puede ser respondida de diferentes maneras. Sin embargo para responder a nuestra pregunta y discutir sobre la misma se usaran hipótesis sustentadas mediante la revisión de la literatura científica y con respaldo académico.

En primer lugar debemos destacar que los trastornos alimenticios se caracterizan por un desajuste cognitivo y emocional (Brockmeyer, Grosse, Bents H, Kämmerer, Herzog , Friederich. 2012). Por lo que se decidió abordar un nuevo enfoque de tratamiento para las mujeres que en el embarazo sufren de trastornos alimenticios como lo es la anorexia. A partir de ello se decidió integrar la terapia cognitiva conductual, con extensa investigación para el tratamiento de desórdenes alimenticios y combinándola con una exploración emocional como lo realiza la terapia enfocada en emociones. A partir de los resultados obtenidos podemos decir que el objetivo del estudio que incluye: mejor aceptación emocional y reducción de síntomas patológicos se cumplió.

Los resultados obtenidos en los cuestionarios demuestran características positivas, por ejemplo se espera obtener resultados que demuestren cambios en el post-tratamiento. Se conoce por estudios similares que el modelo cognitivo conductual apoya a la reducción de síntomas patológicos del trastornos (por ejemplo percepciones erradas, refutar creencias, entre otros), y que se enfocan únicamente el funcionamiento de las

personas en torno a su apariencia corporal. (Celis, Roca, 2011). Sin embargo no se aborda el tema experiencial y emocional.

En nuestro estudio podemos decir que las emociones juegan un rol crucial en el tratamiento y reducción de sintomatología en las pacientes y como se pudo evidenciar en el AAQ- II, existió una reducción en el señalamiento de síntomas. Como mecanismo de apoyo a la aceptación emocional se utilizó el modelo EFT, para complementar el trabajo realizado por el CBT. Así entonces, el modelo EFT buscaría confrontar la rigidez cognitiva y las creencias pro- anoréxicas (cualquier conducta que fortalezca la anorexia). (Money, Genders, Treasure, Schmidt, Tchanturia. 2011). Por lo que tras nuestra intervención las participantes no solo son capaces de ser más flexibles con sus emociones sino que parecería ser que como lo propone la EFT, se lograron introducir nuevos esquemas emocionales más adaptativos.

La integración de un modelo de expresión emocional ayuda a que el sujeto pueda expresar aquello que las personas durante la entrevista o consulta de síntomas pueden inhibir, limitando su experiencia emocional y la integración del abordaje psicológico en su totalidad. Por lo tanto podemos inferir de lo descrito en párrafos anteriores que la terapia cognitivo conductual combinada con la terapia enfocada en las emociones pueden sumar los efectos positivos y a largo plazo en conjunto versus que por si separados. Por lo que el proceso de reestructuración cognitivo de creencias irracionales junto con la expresión, experiencia emocional y cambio de enfoque logra desarrollar una mejor prognosis para el individuo.

Limitaciones del estudio

Si bien es cierto que el modelo de investigación presentado previamente goza de ciertas fortalezas, también se debe mencionar las posibles limitaciones que se encontrarían en el estudio. En primer lugar podemos destacar como una limitación en la investigación, que la muestra de participantes aborda pacientes entre 22 y 28 años y como sabemos la anorexia tiene sus inicios en la adolescencia así mismo el embarazo en Ecuador presenta elevadas tasas de embarazo adolescente por lo que talvez convendría que la muestra incluyera un rango de edad más extenso. De igual forma habría que decir que las condiciones o criterios para que las pacientes sean consideradas en la investigación es complicada por lo que esta podría ser una limitante aún más grande.

Mencionando esta última línea podemos decir que los criterios de inclusión para las participantes debieron ser modificados debido a que si se toma como consideración el peso, esta característica se podría ver afectada por el tema del embarazo por lo que fue pertinente averiguar cuál sería un peso aproximado en el embarazo para incluirlo como criterio. Así mismo se puede decir que otra posible limitación es que los psicoterapeutas pudieron haber estado más sesgados a un modelo terapéutico, ya que en el estudio cada terapeuta recibió entrenamiento y formación en CBT y EFT, sin embargo lo más probable es que se muestre más conectado con un enfoque psicológico (cualquiera que este sea).

Otra posible limitación sería que no se tuvo un control sobre la clase económica de las pacientes ya que se concentró más atención en los criterios de inclusión: anorexia y embarazo. La cual podría tener efecto significativo en los resultados, aceptación y participación en el estudio, ya sea por temas como: facilidad para movilizarse, educación, factores económicos

Tomando en cuenta lo mencionado podemos explicar que, para que estas limitaciones no se repliquen en futuros estudios debemos: 1) elaborar criterios de inclusión más precisos que tomen en consideración la variable del peso aproximado adecuado en las mujeres embarazadas. 2) Elaborar una muestra que contenga un rango de edad más amplio y que permita que la participación y número de sujetos sea más grande. 3) Habría que aumentar el número de terapeutas y probablemente entregar dos terapeutas certificados en EFT Y CBT para cada participante con la finalidad de que no existan sesgos frente a alguno de las corrientes psicológicas. 4) Pese a que se pretendería expandir la muestra en edad, también se debería tener en cuenta la clase económica para que no exista diferencia al momento de aplicar terapia, aceptar y continuar el tratamiento. Es decir sería mejor centrarse en un grupo económico específico, y en base al mismo aumentar el rango de edad.

Recomendaciones para estudios futuros

Como parte de las recomendaciones para obtener mejores resultados en futuros estudios similares podemos decir que tal vez una variable de integración para el tratamiento es la familia. Es decir, en nuestro estudio se trabajó netamente de manera individual, al mismo tiempo los enfoques EFT y CBT permiten tener variables que integran a la familia al trabajo psicológico y que traerían efectos positivos en la recuperación.

Además de ello, también se puede hacer hincapié a lo mencionado en la parte de limitaciones donde se sugiere que para mejores resultado y probablemente en estudios futuros, se puede ampliar la muestra y rango de edad de los participantes. Igualmente se puede decir que los instrumentos utilizados podrían ser más, es decir aplicar más de un cuestionario para la evaluación de cada síntoma que se desea valorar.

De igual forma se puede destacar que aunque este abordaje se plantea directamente sobre la salud mental, también se esperan resultados en el mejoramiento de la salud física y alimentaria en la madre y en el feto con las cuales los trastornos alimentarios están estrechamente vinculados. Se ha encontrado en la recopilación de literatura en la cual el abordaje de los cambios físicos y malos hábitos alimenticios son ineficaces si no se trabajan conjuntamente con la reestructuración y salud mental, por lo que los resultados en la población tendrían impacto no únicamente en la salud física, sino también mental.

REFERENCIAS:

- Alder, J., Fink, N., Bitzer, J., Hösli, I., & Holzgreve, W. (2007). Depression and anxiety during pregnancy: A risk factor for obstetric, fetal and neonatal outcome? A critical review of the literature. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*, 20, 189–209.
- Angus, L. E., & Greenberg, L. S. (2011). *Working with narrative in emotion-focused therapy: Changing stories, healing lives*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Arcelus J, Mitchell AJ, Wales J, Nielsen S. Mortality rates in patients with anorexia nervosa and other eating disorders. A meta-analysis of 36 studies. *Arch Gen Psychiatry*. 2011;68(7):724–31.
- Beck, A. T. (1970). Cognitive therapy: Nature and relation to behavior therapy. *Behavior Therapy*, 1(2), 184–200. doi: 10.1016/s0005-7894(70)80030-2.
- Beck, A. T. Role of fantasies in psychotherapy and psychopathology. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 1970, 150, 3-17.
- Beck, J. S. (1995). *Cognitive therapy: Basics and beyond*. New York: Guilford Press.
- Brockmeyer T, Grosse Holtforth M, Bents H, Kämmerer A, Herzog W, Friederich HC: Starvation and emotion regulation in anorexia nervosa. *Compr Psychiatry* 2012; 53:496–501.
- Bulik CM, Sullivan PF, Fear JL, Pickering A, Dawn A, McCullin M. Fertility and reproduction in women with anorexia nervosa: a controlled study. *J Clin Psychiatry* 1999;60:130–5.
- Byrne, S. M., Fursland, A., Allen, K. I., & Watson, H. (2011). The effectiveness of

enhanced cognitive behavioural therapy for eating disorders: An open trial. *Behaviour Research and Therapy*, 49, 219–226.

Calero JL. Investigación cualitativa y cuantitativa. Problemas no resueltos en los debates actuales. *Rev. Cubana Endocrinol* 2000; 11 (3): 192-8.

Carter J., Blackmore, K., Sutandar, P. Woodside, D. (2004). Relapse in anorexia nervosa: a survival analysis. *Psychological Medicine*, 34. p. 671-679. DOI: 10.1017/S0033291703001168.

Carter, F., et al. (2010). The Long- Term Efficacy of Three Psychotherapies for Anorexia Nervosa: A Randomized, Controlled Trial. *International Journal of Eating Disorders*, 44(7). p. 647–654.

Celis A., Roca E. (2011). Terapia cognitive- conductual para los trastornos de la conducta alimentaria segun la visión transdiagnostica. *Acción psicológica*, 8 (1), 21- 33. ISSN: 1578-908X.

Cerón, M. C. (2006). Metodologías de investigación social. Santiago de Chile: LOM

Chinello A., Dolci V., Galli M., Covili S., Tugnoli E., Zappa L. (2016). Pregnancy and Anorexia Nervosa: Will, Weigth and Feelings. *Journal of psychology and Psychotherapy Research*, 3, 24- 29. <https://www.researchgate.net/publication/306271821>.

Coelho et al. Steiger Susceptibility to cognitive distortions: the role of eating pathology *J. Eat. Disord.* , 3 (2015), p. 31. doi: 10.1186/s40337-015-0068-9

Compton, S.N., March, J.S., Brent, D., Albano, A.M., Weersing, V.R., & Curry, J. (2003). Cognitive-behavioral psychotherapy for anxiety and depressive disorders in children and adolescents: An evidenced-based medicine review. *Advances in*

Psychiatric Treatment, 9, 21-30.

Cully, J.A., y Teten, A.L. 2008. A Therapist's Guide to Brief Cognitive Behavioral Therapy. Department of Veterans Affairs South Central MIRECC, Houston.

Dalle Grave, R., Calugi, S., Brambilla, F., Abbate-Daga, G., Fassino, S., & Marchesini, G. (2007). The effect of inpatient cognitive-behavioral therapy for eating disorders on temperament and character. *Behaviour Research and Therapy*, 45, 1335–1344

Dalle R., El Ghoch M., Satirana M., Calugi S. (2016) Cognitive Behavioral Therapy for Anorexia Nervosa: An update. *Curr Psycgiatry*, 18 (2), 1-8. doi: 10.1007/s11920-015-0643-4.

De Campora, G., Guerriero, V., Magliano, M. R., Meldolesi, C., Delogu, A. M., & Tambelli, R. (2015). Emotions During Pregnancy: Do They Protect From the Risk of Dysregulated Eating Behaviors? *European Psychiatry*, 30, 1337. doi:10.1016/s0924-9338(15)32025-3.

Dobson, K (Ed). (2010). *Handbook of cognitive behavioral therapies*. New York, Estados Unidos: The Guildford Press.

Dobson, K. S., y Khatri, N. (2000). Cognitive therapy: Looking backward, looking forward. *Journal of Clinical Psychology*, 56(7), 907–923. doi:10.1002/1097-4679(200007)56:7<907::aid-jclp9>3.0.co;2-i.

Dolhanty, J., & Greenberg, L. S. (2009). Emotion-focused therapy in a case of anorexia nervosa. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 16(4), 336–382. doi:10.1002/cpp.624.

Dolhanty, J., & Greenberg, L. S. (2009). Emotion-focused therapy in a case of anorexia

nervosa. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 16(4), 336–382.

doi:10.1002/cpp.624

Eating Disorder HOPE. (2005- 2018). *Eating Disorders: Statistics & Research*. Extraído el 18 de mayo del 2018 desde:

<https://www.eatingdisorderhope.com/information/statistics-studies>

Ekeus, C., Lindberg, L., Lindblad, F., & Hjern, A. (2006). Birth outcomes and pregnancy complications in women with a history of anorexia nervosa. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 113(8), 925–929. doi:10.1111/j.1471-0528.2006.01012.x

Elliott, Robert (2012). Emotion-focused therapy. In: *The tribes of the person-centred nation*. PCCS Books, Ross-on-Wye, pp. 103-130. doi: 9781906254551.

Elliott, Robert and Greenberg, Leslie S. (2016) *Emotion-focused therapy*. In: *Person-Centred Counselling and Psychotherapy*. McGraw-Hill/Open University Press, Maidenhead, Berkshire. ISBN: 9780335263547.

Ellis, A. (1962). *Reason and emotion in psychotherapy*. New York: Stuart.

Fairburn CG. *Cognitive behavior therapy and eating disorders*. London/New York: Guilford Press; 2008.

Fairburn CG. Cognitive-behavioral treatment for bulimia. In: Garner DM, Garfinkel PE, editors. *Handbook of psychotherapy for anorexia nervosa and bulimia*. New York: Guilford Press; 1985. p. 160–92.

Fairburn, C. G., Cooper, Z., & Shafran, R. (2003). Cognitive behaviour therapy for eating disorders: a “transdiagnostic” theory and treatment. *Behaviour Research and Therapy*, 41(5), 509–528. doi: 10.1016/s0005-7967(02)00088-8.

- Felthman, Hanley, Winter. (Ed). (2017). *The SAGE Handbook of Counselling and Psychotherapy*. California, Estados Unidos: SAGE Editoriales.
- Fernández F, Turón V. *Trastornos de la alimentación. Guía básica de tratamiento en anorexia y bulimia*. Barcelona: Masson, 1998.
- Fox, J.R.E., & Harrison, A. (2008). The relation of anger to disgust: The potential role of coupled emotions within eating pathology. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 15(2), 86–95.
- Franko DL, Blais M, Becker AE, Selwyn Delinsky S, Greenwood D and Flores AT. *Pregnancy Complications and Neonatal Outcomes in Women With Eating Disorders*. *American Journal of Psychiatry* 2001; 158(9): 1461-6.
<http://dx.doi.org/10.1176/appi.ajp.158.9.1461>
- Galsworthy-Francis, L., y Allan, S. (2014). Cognitive Behavioural Therapy for anorexia nervosa: A systematic review. *Clinical Psychology Review*, 34(1), 54–72.
doi:10.1016/j.cpr.2013.11.001.
- Geller, J., Cockell, S.J., Hewitt, P.L., Goldner, E.M., & Flett, G.L. (2000). Inhibited expression of negative emotions and interpersonal orientation in anorexia nervosa. *The International Journal of Eating Disorders*, 28, 8–19.
- Gendlin, E.T. (1996) *Focusing-Oriented Psychotherapy: A Manual of the Experiential Method*. New York: Guilford Press
- Grant, D. M., y Wingate, L. R. (2011). Cognitive-Behavioral Therapy. *The Initial Psychotherapy Interview*, 231–247. doi:10.1016/b978-0-12-385146-8.00011-0.
- Greenberg, L. S. (2004). Emotion-focused therapy. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 11(1), 3–16. doi:10.1002/cpp.388

- Greenberg, L. S. (2010). Emotion-Focused Therapy: A Clinical Synthesis. *FOCUS*, 8(1), 32–42. doi:10.1176/foc.8.1.foc32.
- Greenberg, L., Rice, L., & Elliott, R. (1993). *The moment by moment process: Facilitating emotional change*. New York: Guildford Press.
- Greenberg, Leslie & Elliott, Robert & Pos, Alberta. (2018). La terapia focalizada en las emociones: una visión de conjunto. *ResearchGate*, 22, 1-20.
- Harrison, A., Sullivan, S., Tchanturia, K., & Treasure, J. (2009). Emotion recognition and regulation in anorexia nervosa. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 16(4), 348–356. doi:10.1002/cpp.628
- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., & Baptista Lucio, P. (2010). *Metodología de la investigación*.
- Inmaculada de la Serna de Pedro . (2004). Anorexia y Vigorexia. *Monografías de psiquiatría*, 16(2), pp.3- 15. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=1148306>.
- Karbasi, A. L. (2010). Enhanced Cognitive-Behavioral Therapy (CBT-E) for Eating Disorders: Case Study of a Client With Anorexia Nervosa. *Clinical Case Studies*, 9(3), 225–240. doi:10.1177/1534650110372541
- Kendall PC, Treadwell KH. The role of self-statements as a mediator in treatment for youth with anxiety disorders. *J Consult Clin Psychol* 2007;75:380-9.
- Kendall, P. C., & Ollendick, T. H. (2004). Setting the research and practice agenda for anxiety in children and adolescence: A topic comes of age. *Cognitive and Behavioral Practice*, 11, 65–74. doi: 10.1016/S1077-7229(04)80008-7.
- Kimmel MC, Ferguson EH, Zerwas S, Bulik CM, Meltzer-Brody S. Obstetric and

gynecologic problems associated with eating disorders. *Int J Eat Disord.* marzo de 2016;49(3):260-75.

Kouba, S., Hallstrom, T., Lindholm, C., Hischberg, A. (2005). Pregnancy and Neonatal Outcomes in Women With Eating Disorders. *Obstetrics & Gynecology*, 105(2), p. 225- 260. doi: 10.1097/01.AOG.0000148265.90984.c3.

Koubaa S, Hällström T, Brismar K, Hellström PM, Hirschberg AL. Biomarkers of nutrition and stress in pregnant women with a history of eating disorders in relation to head circumference and neurocognitive function of the offspring. *BMC Pregnancy Childbirth.* 27 de noviembre de 2015;15:318.

Lee, S., & Lee, E. (2017). The role of pregnancy stress, anxiety, and sense of mastery in family function among women with high-risk pregnancy. *International Information Institute (Tokyo). Information*, 20(9), 7013-7020. Retrieved from <https://search.proquest.com.ezbiblio.usfq.edu.ec/docview/2021240695?accountid=36555>.

Leung, N., Waller, G., & Thomas, G. (1999). Group cognitive-behavioural therapy for anorexia nervosa: A case for treatment? *European Eating Disorders Review*, 7, 351–361

Machado, P. P. P., Martins, C., Vaz, A. R., Conceição, E., Bastos, A. P., & Gonçalves, S. (2014).

Matsumoto, et al. (2015). Comparison in decision-making between bulimia nervosa, anorexia nervosa, and healthy women: influence of mood status and pathological eating concerns. *Journal of eating disorders*, 3(14). pp. 1-10. DOI 10.1186/s40337-015-0050-6.

- Micali N, Northstone K, Emmett P, Naumann U and Treasure J. Nutritional intake and dietary patterns in pregnancy: a longitudinal study of women with lifetime eating disorders. *Br J Nutr* 2012b; 108(11): 2093-9.
- Mond, JM, Hay, PJ, Rodgers, B., y Owen, C. (2006). Cuestionario de examen de trastorno alimentario (EDE-Q): Normas para mujeres adultas jóvenes. *Investigación y terapia de comportamiento*, 44, 53-62.
- Money, C., Genders, R., Treasure, J., Schmidt, U., & Tchanturia, K. (2011). A brief emotion focused intervention for inpatients with anorexia nervosa: A qualitative study. *Journal of Health Psychology*, 16(6), 947–958.
doi:10.1177/1359105310396395.
- Money, C., Genders, R., Treasure, J., Schmidt, U., & Tchanturia, K. (2011). A brief emotion focused intervention for inpatients with anorexia nervosa: A qualitative study. *Journal of Health Psychology*, 16(6), 947–958.
doi:10.1177/1359105310396395.
- Nathan, P. E., & Gorman, J. M. (2007). *A guide to treatments that work* (3rd ed.). New York: Oxford University Press.
- Paivio, S. C. (2013). Essential processes in emotion-focused therapy. *Psychotherapy*, 50(3), 341–345. doi:10.1037/a0032810.
- Pascual-Leone, A & Greenberg, LS (2007) Emotional processing in experiential therapy: Why ‘the only way out is through’. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 75, 875-87.
- Patrón Espinosa, Felipe. LA EVITACIÓN EXPERIENCIAL Y SU MEDICIÓN POR MEDIO DEL AAQ-II Enseñanza e Investigación en Psicología, vol. 15, núm. 1,

enero-abril, 2010, pp. 5-19.

- Pedhazur, E.J. y Schmelkin, L.P. (1991). *Measurement, design, and analysis. An integrated approach*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Pugh, M. (2015). A narrative review of schemas and schema therapy outcomes in the eating disorders. *Clinical Psychology Review*, 39, 30–41.
doi:10.1016/j.cpr.2015.04.003
- Robinson, A. L., Dolhanty, J., & Greenberg, L. (2013). Emotion-Focused Family Therapy for Eating Disorders in Children and Adolescents. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 22(1), 75–82. doi:10.1002/cpp.1861.
- Roca, E. (1999). *Manual de terapia cognitiva conductual para la anorexia nerviosa*. Valencia, España: Editorial COP.
- Rodríguez R., Sánchez J., Menor M., Sánchez A., Aguilar M. (2018). Trastornos alimentarios durante el embarazo. *Journal of Negative & No Positive Results*, 3(5), 347- 356. doi: 10.19230/jonnpr.2388.
- Ruhstaller, K., Elovitz, M., Stringer, M., & Durnwald, C. (2016). 730: Are negative emotions about body image and diet during pregnancy associated with weight gain? *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 214(1), S383.
doi:10.1016/j.ajog.2015.10.778.
- Sánchez-Carrillo V, Ávila-Vergara MA, Peraza-Garay F, Vadillo-Ortega F, Palacios-González B, García-Benavente D. Complicaciones perinatales asociadas con la ganancia excesiva de peso durante el embarazo. *Ginecol Obstet Mex*. 2017 feb; 85(2):64-70.
- Somers, Queree. (2007). *Core Information Document on Cognitive-Behavioural*

Therapy. *Centre for Applied Research in Mental Health and Addictions (CARMHA)*. 1- 5.

Stewart, W., et al. (2004). Report of the National Institutes of Health Workshop on Overcoming Barriers to Treatment Research in Anorexia Nervosa. *Wiley Inter Science*. p. 1-13. DOI: 10.1002/eat.10261.

Suveg, C., Davis, M., & Jones, A. (2015). Emotion regulation interventions for youth with anxiety disorders. In T. J. Cleary (Ed.), *Self-regulated learning interventions with at-risk populations: Academic, mental health, and contextual considerations* (pp. 137–156). Washington, DC: American Psychological Association.

Suveg, C., Jones, A., Davis, M. et al. *J Abnorm Child Psychol* (2018) 46: 569.

<https://doi.org.ezbiblio.usfq.edu.ec/10.1007/s10802-017-0319-0>

The Mental Health Foundation. (2000). *All about anorexia nervosa*. London, United Kingdom: The mental health foundation.

The National Institute of Mental Health. (2002- 2018). *Eating Disorders: About More than Food*. Extraído el 18 de mayo del 2018 desde:

<https://www.nimh.nih.gov/health/publications/eating-disorders/index.shtml>

Uçar, T., Güney, E., Cesur, B., & Yurtsal, Z. B. (2018). The scale for body image concerns during pregnancy: Development and validation. *Perspectives in Psychiatric Care*, 54(3), 416–421. doi:10.1111/ppc.12287.

Vitousek K, Watson S, Wilson GT. Enhancing motivation for change in treatment-resistant eating disorders. *Clin Psychol Rev*. 1998;18(4):391–420.

Whitfield, G., y Williams, C. (2004). The evidence base for cognitive-behavioral

therapy in depression: Delivery in busy clinical settings. *Advances in Psychiatric Treatment*, 9, 21-30.

Wohl ML, Gur E. [Pregnancy in anorexia nervosa--an oxymoron that has become reality]. *Harefuah*. julio de 2015;154(7):456-9, 468.

ANEXO A: Carta para reclutamiento de participantes

Estimada:

La presente carta tiene como propósito extender una cordial invitación a su persona para que participe en una nueva investigación que tiene como agente a los modelos de terapia cognitivo conductual y enfocado en las emociones en mujeres embarazadas con previa o actual existencia de un trastorno alimenticio.

La manera por la cual nos contactamos con usted, es por medio de base de datos previos de atención psicológica e información proporcionada por maternidades y hospitales públicos. La información que usted entregue solo será utilizada con fines de investigación, los datos y la manera de reclutar información será totalmente anónima y confidencial y serán eliminados una vez analizados los resultados para el trabajo de titulación.

En caso de requerir información o despejar cualquier duda pueden contactarse con nosotros de manera personal, via telefónica o mail, con los datos que se encuentran en la parte delantera de este sobre. De ante mano agradecemos su colaboración.

Saludos cordiales,

Centro de atención psicológica catarsis.

ANEXO B: Formulario de consentimiento informado

Universidad San Francisco de Quito

Juan Carlos Villacís Bayas

0987509188 juan.villacis.bayas@estud.usfq.edu.ec

Cherie

Introducción

Estimada usted ha sido invitada a participar en la investigación sobre un modelo de tratamiento para mujeres embarazadas con historia de TCA previos o actuales por medio de terapia psicológica EFT Y CBT. Se ha encontrado beneficios de la integración de la reestructuración cognitiva conjunto con el abordamiento de las emociones. Antes de confirmar procedo a despejar sus dudas.

Propósito de estudio

Con la presente investigación se busca integrar técnicas que muestran resultados y beneficios para situaciones similares (en trastornos de conducta alimentaria), usando el modelo EFT, conjuntamente con el modelo CBT. Se evaluarán a 50 mujeres.

Descripción de los procedimientos

Después de reclutar a las participantes serán divididas en grupos de mismo número y serán asignadas terapeutas especializados en EFT y CBT, recibirán terapia una vez a la semana o más dependiendo de la valoración del psicólogo. Se les administrará cuestionarios una vez empezado el tratamiento y al finalizar. Después se compartirán los resultados a cada individuo (sea grupal o en privado).

Riesgos y beneficios

En el ámbito clínico su participación permitirá darle importancia al trastorno de conducta

alimentaria como lo es la anorexia. En el mismo sentido apoyara y alentara a futuras investigaciones sobre el mismo tema.

Confidencialidad de datos

Toda la información entregada es confidencial. Las únicas personas que tendrán acceso al mismo son los investigadores y analizadores de datos.

Derechos y opciones del participante

Las participantes tienen derecho de reusarse a participar en cualquier fase de la investigación sin ninguna consecuencia de alguna índole. No se entregara ningún tipo de beneficio económico por participar en el estudio o algun otro tipo de gratificación que no sea aquellas entregadas por el enfoque terapéutico.

Informacion de contacto

En caso de inquietudes, sugerencias o contacto por favor llamar al siguiente teléfono celular : 0987509188 numero personal de la persona a cargo de la investigación. En caso de requerir contacto electrónico escribir al mail: juan.villacis.bayas@estud.usfq.edu.ec.

ANEXO C: Herramientas para levantamiento de información

ID:

Date:

EATING QUESTIONNAIRE

Instructions: The following questions are concerned with the past four weeks (28 days) only. Please read each question carefully. Please answer all of the questions. Please only choose one answer for each question. Thank you.

Questions 1 to 12: Please circle the appropriate number on the right. Remember that the questions only refer to the past four weeks (28 days) only.

On how many of the past 28 days	NO days	1 – 5 days	6 – 12 days	13 – 15 days	16 – 22 days	23 – 27 days	Every Day
1. Have you been deliberately <u>trying</u> to limit the amount of food you eat to influence your shape or weight (whether or not you have succeeded)?							
2. Have you gone for long periods of time (8 waking hours or more) without eating anything at all in order to influence your shape or weight?							
3. Have you <u>tried</u> to exclude from your diet any foods that you like in order to influence your shape or weight (whether or not you have succeeded)?							
4. Have you tried to follow definite rules regarding your eating (for example, a calorie limit) in order to influence your shape or weight (whether or not you have succeeded)?							
5. Have you had a definite desire to have an <u>empty</u> stomach with the aim of influencing your shape or weight?							
6. Have you had a definite desire to have a <u>totally flat</u> stomach?							

7. Has thinking about <u>food, eating or calories</u> made it very difficult to concentrate on things you are interested in (for example, working, following a conversation, or reading)?							
8. Has thinking about <u>shape or weight</u> made it very difficult to concentrate on things you are interested in (for example, working, following a conversation, or reading)?							
9. Have you had a definite fear of losing control over eating?							
10. Have you had a definite fear that you might gain weight?							
11. Have you felt fat?							
12. Have you had a strong desire to lose weight?							

Questions 13-18: Please fill in the appropriate number in the boxes on the right.

Remember that the questions only refer to the past four weeks (28 days). Over the past four weeks (28 days).....

On how many of the past 28 days	NO days	1 – 5 days	6 – 12 days	13 – 15 days	16 – 22 days	23 – 27 days	Every Day
13. Over the past 28 days, how manytimes have you eaten what other people would regard as a usually large amount of food (given the circumstances)?							
14. On how many of these times did you have a sense of having lost control over your eating (at the time you were eating)?							
15. Over the past 28 days, on how many DAYS have such episodes of overrating occurred (i.e., you have eaten an unusually large amount of food <u>and</u> have had a sense of loss of control at the time?							

16. Over the past 28 days, how many times have you made yourself sick (vomit) as a means of controlling your shape or weight?							
17. Over the past 28 days, how many times have you taken laxatives as a means of controlling your shape or weight?							
18. Over the past 28 days, how many times have you exercised in a “driven” or “compulsive” way as a means of controlling your weight, shape or amount of fat or to burn off calories?							

Questions 19-21: Please circle the appropriate number. Please note that for these questions the term “binge eating” means eating what others would regard as an unusually large amount of food for the circumstances, accompanied by a sense of having lost control over eating

On how many of the past 28 days	NO days	1 – 5 days	6 – 12 days	13 – 15 days	16 – 22 days	23 – 27 days	Every Day
19. Over the past 28 days, on how many days have you eaten in secret (ie, furtively)?.....Do not count episodes of binge eating							
20. On what proportion of the times that you have eaten have you felt guilty (felt that you've done wrong) because of its effect on your shape or weight?Do not count episodes of binge eating							
21. Over the past 28 days, how concerned have you been about other people seeing you eat?Do not count episodes of binge eating							

Questions 22-28: Please circle the appropriate number on the right. Remember that the questions only refer to the past four weeks (28 days)

On how many of the past 28 days	NO days	1 – 5 days	6 – 12 days	13 – 15 days	16 – 22 days	23 – 27 days	Every Day
22. Has your weight influenced how you think about (judge) yourself as a person?							
23. Has your shape influenced how you think about (judge) yourself as a person?							
24. How much would it have upset you if you had been asked to weigh yourself once a week (no more, or less, often) for the next four weeks?							
25. How dissatisfied have you been with your weight?							
26. How dissatisfied have you been with your shape?							
27. How uncomfortable have you felt seeing your body (for example, seeing your shape in the mirror, in a shop window reflection, while undressing or taking a bath or shower)?							
28. How uncomfortable have you felt about others seeing your shape or figure (for example, in communal changing rooms, when swimming, or wearing tight clothes)?							

What is your weight at present? (Please give your best estimate).

What is your height? (Please give your best estimate).

If female: Over the past three.to-four months have you missed any menstrual periods?

.....

If so, how many?

Have you been taking “the pill” ?

THANK YOU

ANEXO C: Herramientas para levantamiento de información

AAQ- II (Acceptance & Action Questionnaire)

1	2	3	4	5	6	7					
Never true	Very seldom true	Seldom true	Sometimes true	Frequently true	Almost always true	Always true					
1. It's OK if I remember something unpleasant.					1	2	3	4	5	6	7
2. My painful experiences and memories make it difficult for me to live a life that I would value.					1	2	3	4	5	6	7
3. I'm afraid of my feelings.					1	2	3	4	5	6	7
4. I worry about not being able to control my worries and feelings.					1	2	3	4	5	6	7
5. My painful memories prevent me from having a fulfilling life.					1	2	3	4	5	6	7
6. I am in control of my life.					1	2	3	4	5	6	7
7. Emotions cause problems in my life.					1	2	3	4	5	6	7
8. It seems like most people are handling their lives better than I am.					1	2	3	4	5	6	7
9. Worries get in the way of my success.					1	2	3	4	5	6	7
10. My thoughts and feelings do not get in the way of how I want to live my life.					1	2	3	4	5	6	7