



**MÁSTER UNIVERSITARIO EN PSICOLOGÍA GENERAL
SANITARIA**

Curso 2016-2017

Trabajo Fin de Máster

**Terapia de aceptación y compromiso. Un programa para
pacientes con Trastorno de la Conducta Alimentaria.**

María Marco Cramer

Tutora: María José Quiles Sebastián

Yolanda Quiles Marco

Convocatoria: febrero 2017.

ÍNDICE

Introducción	1
Método	5
<i>Participantes</i>	5
<i>Procedimiento</i>	8
<i>Tipo de diseño</i>	11
<i>Análisis de datos</i>	11
Resultados	11
Discusión.....	15
Referencias Bibliográficas	19



TERAPIA DE ACEPTACIÓN Y COMPROMISO. UN PROGRAMA PARA PACIENTES CON TRASTORNO DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA.

RESUMEN: Recientemente la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) se ha desarrollado como una alternativa conceptual conductista a los modelos cognitivo-conductuales. El objetivo de este trabajo es aplicar un programa de intervención breve en un grupo de pacientes con Trastorno de la Conducta Alimentaria (TCA) basado en la ACT. La muestra estuvo compuesta por 14 pacientes del Centro de Recuperación Emocional y Alimentaria, CREA. La media de edad fue de 17.93 ($DT= 3.75$). Tras 12 sesiones de intervención, el grupo terapéutico finalizó. Se aplicaron distintos instrumentos para la evaluación empírica del tratamiento, medidas de imagen corporal, calidad de vida, conciencia emocional, ansiedad y depresión, y aceptación relacionadas con la flexibilidad psicológica. Los resultados fueron prometedores, obteniendo cambios estadísticamente significativos. Siendo esto último útil para futuras investigaciones en esta línea.

Palabras clave: trastornos de la conducta alimentaria, terapia aceptación y compromiso.

Abstract: Acceptance and Commitment Therapy (ACT) has recently been developed as a conceptual and behavioral alternative to cognitive-behavioral models. The aim of this paper is to test the efficacy of a brief intervention in a group of patients with Eating Disorder (ACD) based in ACT. The sample consisted of 14 patients from the Center for Emotional and Food Recovery, CREA. The mean age was 17.93 ($SD = 3.75$). After 12 intervention sessions, the therapeutic group ended. Different instruments were applied for the empirical evaluation of the treatment, measures of body image, quality of life, emotional awareness, anxiety and depression, and acceptance related to the psychological flexibility. The results were promising, obtaining statistically significant changes. The latter being useful for future research in this line.

Keys words: eating disorders, acceptance and commitment therapy.

INTRODUCCIÓN

Un Trastorno de la Conducta Alimentaria (TCA) se caracteriza por una conducta alterada de la ingesta alimentaria o la aparición de comportamientos de control de peso. Es una enfermedad de larga duración y conlleva importantes afectaciones no solo a nivel físico sino también en el ámbito académico, familiar, emocional, etc (NICE, 2003; Juarascio, 2011); estudios recientes lo consideran un trastorno mental grave (Klump, Bulik, Treasure y Tyson, 2009).

Los TCA son relativamente comunes entre las mujeres jóvenes (Stice, Marti, y Rohde, 2013). En las últimas décadas, ha habido un aumento en el riesgo de incidencia en el grupo poblacional comprendido entre las edades de 15 a 19 años. No está claro si este dato refleja la detección precoz de anorexia nerviosa o una edad más temprana en el inicio de la enfermedad (Smink, van Hoeke y Hoek, 2012).

Los TCA son trastornos complejos que muestran un gran deterioro funcional, angustia emocional, riesgo de suicidio, alteración en el Índice de Masa Corporal (IMC), entre otros, con repercusión tanto en el individuo como en su contexto más cercano (Stice, Marti, y Rohde, 2013). Es por ello que la duración del trastorno se correlaciona directamente con la probabilidad de muerte. Edad y severidad son variables predictivas en el grado de cronicidad, aumentando en un 9,6% de probabilidad entre las edades comprendidas de 20 a 40 años (Arcelus et al., 2011).

Según el DSM-V (American Psychiatric Association, 2014), dentro de los trastornos de la conducta alimentaria se distinguen tres categorías: *Anorexia Nerviosa* (AN), *Bulimia Nerviosa* (BN) y *Trastorno de la Conducta Alimentaria No Especificado* (TCANE).

La anorexia nerviosa (AN) se caracteriza por la pérdida de peso o fracaso en la ganancia del mismo que conduce al adelgazamiento. En el DSM-V (2014) se describen dos tipos de AN: 1) *Anorexia Nerviosa Restrictiva* 2) *Anorexia Nerviosa Purgativa*.

La definición y diagnóstico de la Bulimia Nerviosa (BN), según el DSM-V (APA, 2014), implica la presencia de tres características principales. a) Presencia de episodios recurrentes de atracones; b) durante el atracón se experimenta sensación de pérdida de control sobre la ingesta; c), ejecución de conductas compensatorias recurrentes realizadas para prevenir la ganancia de peso. Teniendo presente el tipo de conductas compensatorias que se emplean, se han definido dos subtipos de BN: 1) *BN purgativa* 2) *BN no purgativa*.

El DSM-V (2014) incluye el Trastorno por Atracón, en el que se engloba a los pacientes que presentan episodios de hiperfagia y que tienen una preocupación excesiva por la imagen corporal, aunque pueden estar en normopeso.

Los programas terapéuticos para el tratamiento de los TCA están diseñados siguiendo los avances recogidos de las investigaciones realizadas en este ámbito. Están altamente especializados en el marco teórico cognitivo (TCC) y sistémico (NICE, 2004; Shapiro et al., 2007). Existen variaciones de la TCC e intervenciones alternativas cuya base está en el sistema familiar. Para adolescentes, la terapia familiar tiene gran eficacia en el tratamiento de la AN y la BN (Bluett et al., 2016). En adultos, adaptaciones del protocolo de TCC como guías de autoayuda en BN y TCANE han mostrado buenos resultados. También se utilizan técnicas emocionales y mindfulness (Godfrey, Gallo y Afari, 2015).

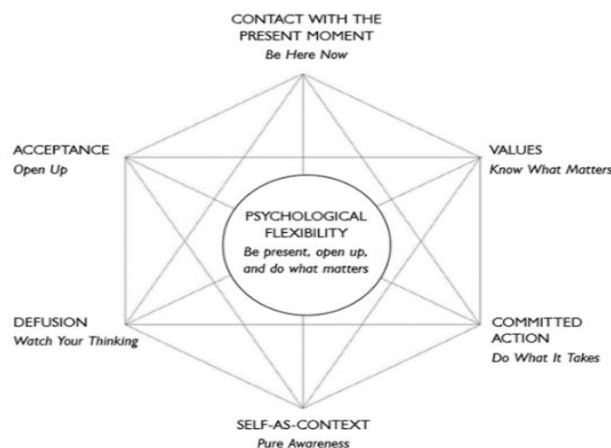
Entre los diversos acercamientos terapéuticos, la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) es la más completa de las incluidas en la Tercera Generación de Terapias de Conducta.

Ofrece una alternativa a la psicopatología tradicional (la dimensión funcional de la evitación experimental) y promueve, desde una nueva Teoría del Lenguaje, una investigación básica y ensayos controlados (Hauke, 2006; Luciano y Valdivia, 2006; Weiss y Harrer, 2011; Hayes, Pistorello y Levin, 2012).

La ACT es una de las nuevas corrientes en aceptación y mindfulness y, en lugar de centrarse en el cambio de eventos psicológicos directamente, desarrolla intervenciones que pretenden cambiar la función de los eventos y la relación de las personas hacia ellos (Hayes, Pistorello y Levin, 2012). En este sentido, la ACT da un giro radical en el enfoque de la terapia: primero, no trata de cambiar o reducir pensamientos, sensaciones o recuerdos molestos, sino que se trata de alterar su función y generar flexibilidad en la regulación del comportamiento. La mayoría de estrategias de ACT son cognitivas, su uso tiene como objetivo trabajar y empoderar los valores personales (Juarascio, 2011; Manlick Cochran y Koon, 2012).

Todos estos objetivos se pueden reducir para la ACT en la flexibilidad psicológica; entendida como la disposición activa a hacer contacto con la experiencia en el momento presente, de manera consciente, sin defensa y al servicio de aquello que es más importante para la persona. La flexibilidad sería el resultado de seis procesos comportamentales, representados en el Hexaflex (Bundschuh-Müller, 2004).

Figura 1 Hexaflex



La ACT está siendo utilizada en distintos ámbitos o problema psicológicos como en trastornos de Ansiedad (Sharp, 2012), en el Trastorno de Angustia con Agorafobia (Carrascoso López, 1999), en el tratamiento del Trastorno de Ansiedad Generalizada (Roemer y Orsillo, 2008; Darlymple y Herbert, 2009; Niles et al. 2014), en pacientes con un riesgo alto de intento de suicidio (Whitlock, 2009; Ducasse, et al. 2014), así como en pacientes con un diagnóstico de Trastorno de Personalidad Límite (Morton, Snowdon, Gopold y Guymmer, 2012).

El mindfulness (ej. atención plena, postura no enjuiciadora) y sus constructos están relacionados, y son relevantes, para el entendimiento del desarrollo y mantenimiento de TCA (Keng, Smoki y Robins, 2011; Niemeier et al., 2012; Butryn et al., 2013; Jennings y Apsche, 2014; Lillis y Kendra, 2014; Godfrey, Gallo y Afari, 2015). AN y BN se caracterizan por una evitación experiencial (Berman, Boutelle y Crow, 2009; Butryn et al., 2012; Cattivelli et al., 2015; Bluett et al., 2016; Juarascio et al., 2016); por lo que muchos pacientes comienzan a centrar su atención en su cuerpo y la comida como estrategia para evitar otros pensamientos y emociones que consideran fuera de su control (Ganem, de Heer y Morera, 2009; Pearson, 2012). En ACT la base está en cambiar este patrón de atención en el cuerpo y la conducta alimentaria para dejar que emerjan otros comportamientos más adaptativos (Merwin y Wilson, 2009; Juarascio, 2011; Juarascio et al., 2013; Masuda et al., 2014). Los estudios realizados de revisión sistemática han sugerido que la ACT puede resultar eficaz como intervención en los trastornos de alimentación (Safer, Telch y Chen 2009; Juarascio, Forman y Herbet, 2010; Juarascio et al., 2013). Así, los pacientes que experimentan grandes mejoras en atención, aceptación y evitación emocional muestran una mayor reducción de los síntomas de TCA (López y Diéguez, 2007; Manlick, Cochran y Koon, 2012; Butryn et al., 2013; Bluett et al., 2016).

Este estudio tiene como objetivo aplicar un programa de intervención basado en ACT en el ámbito de los TCA, y analizar si se producen cambios en las dimensiones afectadas (atención, imagen corporal, conciencia emocional, calidad de vida y aceptación y compromiso).

MÉTODO

Participantes

Participaron 14 pacientes (13 chicas y 1 chico) con diagnóstico de TCA del centro de día CREA. La media de edad fue de 17.93 ($DT= 3.75$). Respecto al diagnóstico, un 57.1% presentaba AN, un 14.3% BN, el 21.4% TCANE y un 7.1% TA. En cuanto al nivel de estudios, un 28.6% cursaba educación secundaria obligatoria, un 28.6% estudios de bachillerato, el 28.6% estudios universitarios, un 7.1% formación profesional y el 7.1% abandonaron los estudios de enseñanza secundaria obligatoria antes de finalizar. En relación a la duración con la que cursaban TCA, el rango osciló entre 11 y 94 meses ($M =32.64$ y $DT=24$, encontrando que, el 42.9% presentaba el trastorno desde hacía menos de 24 meses. Un 57.1% de la muestra estaba en tratamiento farmacológico, y un 64.3% presentaba una psicopatología comorbida con el TCA (depresión, trastorno de personalidad y trastorno de ansiedad).

Variables e Instrumentos

Imagen corporal:

- *Escala de apreciación corporal (BAS)* (Jáuregui y Bolaños, 2011). Este instrumento evalúa los aspectos positivos de la imagen corporal en adolescentes españoles. Consta de 13 ítems que valoran la existencia de una opinión favorable acerca de las características físicas, la aceptación de su cuerpo, respeto y atención a las necesidades del mismo a través de la

adopción de comportamientos saludables, la autoprotección por rechazar los ideales de belleza presentados en los medios de comunicación y la forma o imperfecciones del cuerpo. Es un instrumento, de estructura unifactorial, con una adecuada consistencia interna ($\alpha = .91$).

- *Cuestionario de evitación corporal (BIAQ)* (Jáuregui y Bolaños, 2011). Mide la flexibilidad cognitiva y la aceptación de la imagen corporal, y correlaciona con la auto-compasión, la insatisfacción corporal, sintomatología de TCA, la comparación social, depresión y ansiedad (Ferreira, Pinto-Gouveia y Duarte, 2011). Es un instrumento multifactorial, con una consistencia interna alta (0.95) tanto para la escala total, como para las subescalas. Así, el coeficiente alpha de Cronbach fue elevado para la subescala *Actividades Sociales* ($\alpha = .87$) y moderada para las subescalas *Ropa* ($\alpha = .68$), *Comida* ($\alpha = .62$), *Chequeo* ($\alpha = .61$) (Tornero, 2013).
- Satisfacción corporal. Para evaluar la satisfacción corporal se utilizó una pregunta con una escala del 0 al 10. “¿Cómo de satisfecha estás con tu cuerpo?”.

Calidad de vida:

- *Cuestionario de salud SF-12* (Versión reducida del cuestionario SF-36) (Alonso, Prieto y Antó, 1995). Esta herramienta proporciona una medida subjetiva del estado de salud. Evalúa ocho aspectos de salud: funcionamiento físico, limitaciones en el rol por problemas físicos, funcionamiento social, dolor corporal, salud mental, limitaciones en el rol por problemas personales, vitalidad y salud general. Consta de un total de 12 ítems. La consistencia interna osciló entre $\alpha = .72$ y $\alpha = .89$.

Conciencia emocional:

- *Cuestionario de conciencia emocional (EAQ)* (Rieffe et al., 2008). Es un autoinforme dirigido a niños y adolescentes. Consta de 30 ítems, agrupados en seis factores: diferenciar emociones, comunicar emociones verbalmente, no esconder emociones, conciencia corporal, atender emociones de otros y análisis de emociones propias, con una escala de tipo Likert de tres opciones (desde 1= no es verdad, 2= a veces verdad, 3= verdad). Tiene un índice de fiabilidad de $\alpha=.62$.
- *Escala de conciencia y atención plena (MAAS)*. Se utilizó la versión española de Soler et al. 2012. Cuestionario unifactorial de 15 ítems diseñado para valorar una característica de la atención plena, la conciencia abierta. Ha sido validado con muestra de estudiantes de universidad y pacientes con cáncer. Tiene un índice de fiabilidad de $\alpha=.89$.

Ansiedad y Depresión:

- *Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS)* (adaptación española de Tejero, Guimerá, Farré y Peri, 1986). Es un instrumento utilizado para evaluar síntomas de ansiedad y depresión en el ámbito hospitalario. Es una escala breve y adecuada en tanto que descarta los síntomas propios de la enfermedad. Está estructurado como una escala de tipo Likert que va de 0 a 3, consta de dos factores (ansiedad y depresión). Presenta un índice de fiabilidad de $\alpha=.86$.

Aceptación:

- *Cuestionario de aceptación y acción (AAQ)* (Hayes, Louma, Bond, Masuda y Lillis, 2000) consta de 16 ítems, en este trabajo ha sido utilizada la escala reducida, con 9 ítems. Estos ítems evalúan la evitación experiencial y la aceptación, dos aspectos claves dentro de la

ACT (Barraca, 2004). Estos están repartidos en 3 factores: factor I desbordamiento emocional (3, 5, 7, 8, 9), factor II inadecuada evaluación de los problemas (2,6) y el factor III inadecuada respuesta a los problemas (1,4). La versión española de la AAQ se puede considerar una escala fiable y válida para la medida de la evitación experiencial y la aceptación psicológica en la población española. La consistencia interna de este instrumento es de $\alpha=.74$.

Procedimiento

El estudio se realizó de acuerdo con los principios éticos referidos al estudio con personas, y fue aprobado por la institución encargada de revisar el trabajo. Todos los participantes firmaron un consentimiento informado para formar parte de la investigación.

El programa se aplicó en el centro de día, CREA, situado en Elche. Desde el centro se les explicó a los pacientes los objetivos del estudio, se les invitó a participar de manera voluntaria, garantizando la confidencialidad de la información y el uso de los datos solo con fines de investigación.

El programa de intervención constaba de 10 sesiones de una hora de duración, en un total de siete semanas. Fue impartido por el mismo terapeuta en la misma franja horaria, martes y jueves; se empleó un formato grupal, exceptuando sesiones individuales, en dos ocasiones, para dos pacientes que se incorporaron una semana más tarde al grupo. La aplicación del mismo se realizó de manera complementaria a las intervenciones psicológicas y psiquiátricas que reciben los pacientes en el centro sanitario.

Para el diseño de las sesiones se utilizaron distintos manuales de ACT (Hayes, 2011; Hayes, 2013; Hayes, Stroschal y Wilson, 2014; Orlando-Olaz, 2014). En la 1ª sesión el objetivo principal

fue una psicoeducación sobre la ACT. En la 2ª y 3ª sesiones se exploraron la gestión emocional y el manejo de control con relación a la ansiedad, evaluando los esfuerzos realizados y las pérdidas resultantes por este control. En las sesiones 4ª y 5ª sesiones se trabajó el mindfulness, la aceptación y la defusión cognitiva como el procesamiento verbal sobre la experiencia vivida (pensamientos, conversaciones internas) como parte abordable para trabajar la atención plena en el momento presente, reduciendo la literalidad de estos pensamientos. De las sesiones 6ª a la 9ª se siguió trabajando aceptación, mindfulness y defusión, añadiendo la exploración de valores personales con el objetivo de incrementar actitudes basadas en los valores personales y no en el continuo control de la ansiedad. En la sesión 10ª se revisó todo lo trabajado y cómo seguir adelante.

Los objetivos específicos de la intervención fueron los siguientes:

- b) Estudiar la flexibilidad psicológica de los participantes, valorando la relación entre ésta y la calidad de vida, y las variables ansiedad y depresión.
- c) Mejorar la conciencia emocional.
- d) Relacionar las estrategias de ACT con la evitación experiencial.
- e) Fomentar la realización de nuevas conductas y apreciación positiva de la imagen corporal.

Tabla 1

Resumen Sesiones y Objetivos

Sesión	Objetivos	Materiales
0. Evaluación inicial.	Informar sobre el tratamiento. Evaluar y recoger los datos sobre el estado anímico de los pacientes antes de la intervención.	Batería de cuestionarios. Consentimiento informado.
1. Presentación ACT y Modelo Matrix.	Explicar en qué consiste la Terapia de Aceptación y Compromiso, como sus 6 procesos básicos. En qué consiste el Modelo Matrix.	Video Introductorio sobre la ACT. https://goanimate.com/videos/0YFUIpv7NA3Q
2. Proceso Cognitivo.	Trabajar pensamientos negativos.	Ejercicio “La carga del tren de la mente” (Hayes, S., y Smith, S., 2013).
3. Proceso Cognitivo I.	Trabajar pensamientos negativos. Técnicas de defusión cognitiva.	Ejercicio “Hojas flotando en la corriente” (Hayes, S., y Smith, S., 2013). Manual de técnicas de defusión cognitiva.
4. Aceptación: Aceptar y comprender eventos inesperados.	Aceptación es lo contrario a experimentar evitación. Conocer autoconceptualizaciones.	Plantilla sesión 4. Ejercicio “Reinterpretar la propia historia” (Hayes, S., y Smith, S., 2013).
5. Metáfora de ajedrez.	Distinguir los contenidos del yo y el yo-contexto. Promover la práctica que permite situarse en la posición del tablero.	Ejercicio “Metáfora de ajedrez” (Hayes, S., Stroschal, K., y Wilson, K., 2014).
6. Contacto con el momento presente.	Tomar contacto con el aquí y ahora.	Ejercicio “Estar donde estás” (Hayes, S., y Smith, S., 2013).
7. Estar dispuesto.	Qué significa e implicar “estar dispuesto”.	Ejercicio “Dolor” (Hayes, S., y Smith, S., 2013). Ejercicio “Qué evito” (Hayes, S., y Smith, S., 2013).
8. Valores y acciones valoradas.	Conocer valores en los principales ámbitos de la vida.	Video “Pensamientos pasajeros” (Hayes, S., Stroschal, K., y Wilson, K., 2014). Ejercicio “La diana.” (Hayes, S., y Smith, S., 2013).
9. Valores y acciones valoradas II.	Conocer valores en los principales ámbitos de la vida. Establecer metas.	Ejercicio “Hoja de valores, barreras y estrategias” (Hayes, S., y Smith, S., 2013).
10. Mindfulness y contrato de acción.	Entrenar habilidades de atención plena diaria. Comprometerse a la acción.	Ejercicio “El globo que se infla” (Hayes, S., Stroschal, K., y Wilson, K., 2014). Contrato de acción y aceptación.
11. Evaluación final.	Finalización del grupo de tratamiento. Recoger los datos del estado anímico de los pacientes tras la intervención.	Batería de cuestionarios.

Tipo de diseño

Para este estudio se ha empleado un diseño cuasi-experimental de grupo pretest-postest (DGPP) ($N=14$).

Análisis de datos

El tratamiento estadístico de los datos se realizó mediante el paquete estadístico SPSS v.22. Primero, se procedió a la comprobación de los supuestos de aplicación: normalidad, mediante la prueba estadística Kolmogorov-Smirnov, e independencia, con la prueba estadística de Rachas. Obteniendo resultados favorables para realizar una *t-Student*, se calcularon la diferencia entre medias como prueba paramétrica en muestras relacionadas, así como la potencia de contraste de las diferentes pruebas. Finalmente, se calculó el tamaño del efecto *d Cohen*, considerando la clasificación de los valores $d=.20$ pequeño, $d=.50$ medio y $d=.80$ grande. Simultáneamente se realizó un análisis cualitativo y cuantitativo de los datos obtenidos de las variables estudiadas, así como un desglose de cada variable con sus escalas correspondientes.

RESULTADOS

Los resultados obtenidos pueden verse recogidos en la tabla 2. Respecto a la variable *Imagen Corporal* los resultados mostraron un aumento de las puntuaciones en la escala *BAS* lo que refleja una opinión más favorable respecto a las características físicas del propio cuerpo. Estas diferencias fueron significativas ($t=-5.32, p<.01$), con un tamaño del efecto grande ($d=.92$). En el caso del *BIAQ* los datos mostraron un descenso significativo en las puntuaciones en la escala total ($t=4.37, p<.01$), con un tamaño del efecto grande ($d=.84$). En las subescalas también se produjo una disminución alcanzando la significación estadística, en *Ropa* ($t=3.62, p<.01$) con un tamaño del efecto grande ($d=.81$); en *Actividad social* ($t=2.86, p<.01$) y su tamaño del efecto medio (d

=.53); en *Restricción Alimentaria* ($t=3.07, p<.05$) con un tamaño del efecto medio ($d=.54$); y *Acicalarse* ($t=2.57, p<.01$) con un valor medio en el tamaño del efecto ($d=.68$). Estos datos reflejan un descenso en la evitación corporal y, por ende, un aumento en la aceptación de la propia imagen.

En cuanto a *Calidad de Vida* los resultados desvelan que mejoró positivamente la percepción de la salud mental, así como el papel de la salud física en las actividades del día a día, muestras significativas en dos de las escalas del *SF-12*, *Rol Físico* ($t= -2.83, p<.01$) con un tamaño del efecto medio ($d=.63$) y en *Salud Mental* ($t=2.18, p<.05$) con un tamaño del efecto grande ($d=.88$).

Respecto a la variable *Conciencia Emocional*, los resultados mostraron un aumento significativo. El instrumento *EAQ* desveló ($t=2.54, p<.05$) con un tamaño del efecto medio ($d=.78$), y dos de sus escalas: *Diferenciar Emociones* ($t=3.29, p<.01$) con un tamaño medio del efecto ($d=.44$), *No esconder* ($t=2.30, p<.05$) con un tamaño medio del efecto ($d=.44$). Estos resultados apoyan la mejora en la habilidad de identificar diferentes tipos de emociones y la expresión de las emociones de manera asertiva. En el caso de la escala *MAAS* los resultados son ($t=-1.95, p<.05$) con un valor medio en el tamaño del efecto ($d = .43$); esto reveló una mejoría en la atención del momento presente.

Además, en la variable *Ansiedad y Depresión*, la escala de ansiedad del *HADS* muestra una diferencia significativa entre antes y después del tratamiento ($t=2.96, p<.01$) con un valor medio en el tamaño del efecto ($d=.51$). Esto revela un descenso en el estado de tensión, preocupación y el tener sensaciones de temor.

En los gráficos del 1 al 7 se observa cómo varía las medias de las escalas de cada instrumento.

Tabla 2

Resultados

<i>Variable Predictora</i>	Pre	Post		Tamaño del efecto
	M (DT)	M (DT)	<i>t</i>	<i>d</i>
IMC	21.50 (4.46)	21.40 (4.38)	.80	.02
Satisfacción Corporal	3.64 (1.91)	5.14 (2.54)	-4.17	.66
BAS	29.29 (8.07)	38.57 (11.78)	-5.32**	.92
BIAQ (total)	46.43 (17.73)	52.79 (14.54)	4.37**	.84
Ropa	18.57 (7.15)	13 (6.65)	3.62**	.81
Actividad Social	14.14 (8.44)	9.86 (7.67)	2.86*	.53
Restricción Alimentaria	4.14 (4.69)	2.07 (2.67)	3.07**	.54
Acicalarse	9.57 (2.21)	7.86 (2.77)	2.57*	.68
SF-12 (total)	30.00 (1.96)	30.64 (2.27)	-1.09	.30
Salud General	3.29 (1.07)	4.14 (1.03)	-1.83	.80
Funcionamiento Físico	5.07 (1.07)	5 (.08)	.18	.09
Rol Físico	2.79 (.89)	3.36 (.93)	-2.83**	.63
Vitalidad	3.43 (1.40)	3.36 (.84)	.21	.06
Funcionamiento Social	3.07 (1.32)	3.64 (1.08)	-1.52	.47
Rol Emocional	2.5 (.76)	3.07 (1.33)	-1.96	.52
Salud Mental	7.29 (.91)	5.79 (2.22)	2.18*	.88
Dolor Corporal	2.57 (1.74)	1.5 (.52)	2.02	.83
EAQ (total)	67.07 (4.97)	63.00 (5.43)	2.54*	.78
Diferenciar Emociones	15.21 (3.76)	12.42 (3.97)	3.29**	.72
Comunicar Emociones Verbalmente	6.07 (.92)	5.85 (.86)	.90	.25
No esconder	11.28 (2.94)	10.07 (2.58)	2.30*	.44
Conciencia Corporal	12.28 (1.14)	11.71 (1.48)	1.12	.44
Emociones Otros	10.21 (.80)	10.42 (.64)	-.71	.29
Análisis Emociones Propias	12 (2.35)	12.5 (2.10)	-1.24	.22
MAAS	46.00 (11.88)	51.86 (14.85)	-1.95*	.43
HADS (total)	19.64 (3.63)	18.86 (2.85)	.94	.24
Escala de Ansiedad	10.71 (3.52)	9.14 (2.54)	2.96**	.51
Escala de Depresión	8.93 (2.99)	9.71 (3.12)	-1.30	.25
AAQ (total)	40.21 (4.99)	38.79 (6.05)	.96	.25
Desbordamiento Emocional	24.42 (4.77)	21.78 (5.65)	1.72	.50
Inadecuada Evaluación Problemas	8.85 (2.41)	8.92 (2.36)	-.11	.02
Inadecuada Respuesta a los Problemas	6.92 (1.73)	8.07 (2.81)	-1.79	.50

** $p < .01$, * $p < .05$.

Gráfico 1 Puntuaciones en el *BAS*

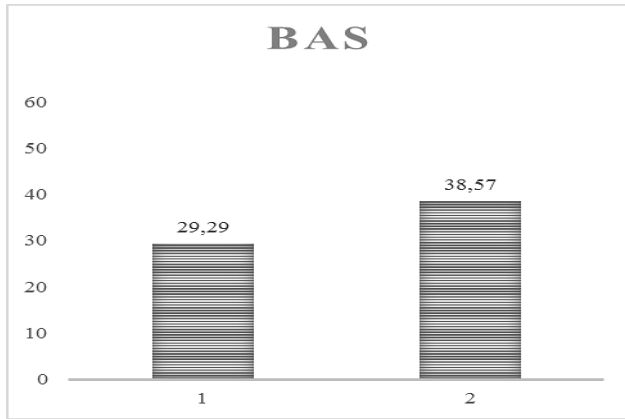


Gráfico 2 Puntuaciones en el *BIAQ*

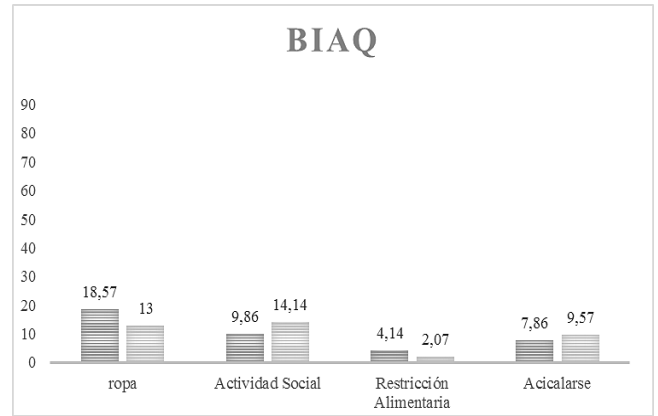


Gráfico 3 Puntuaciones en el *EAQ*

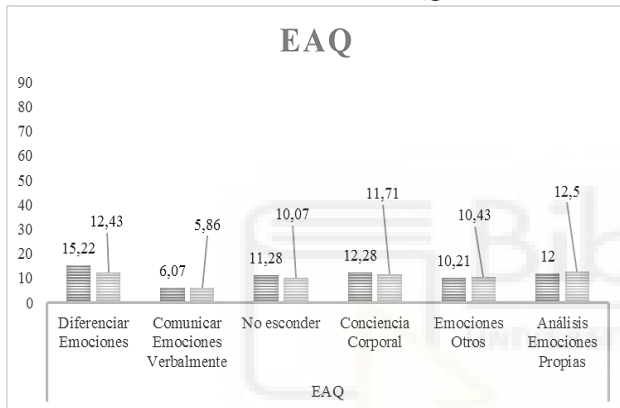


Gráfico 4 Puntuaciones en el *AAQ*

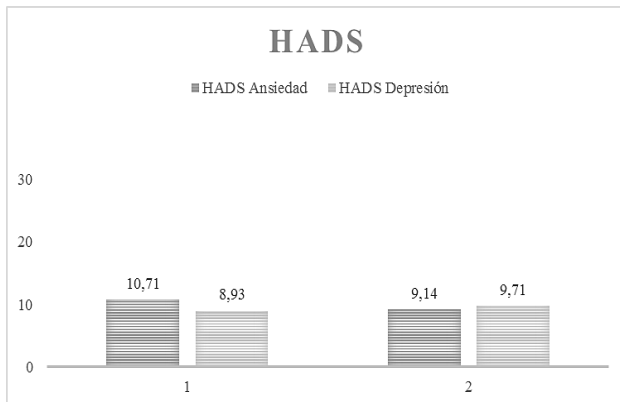
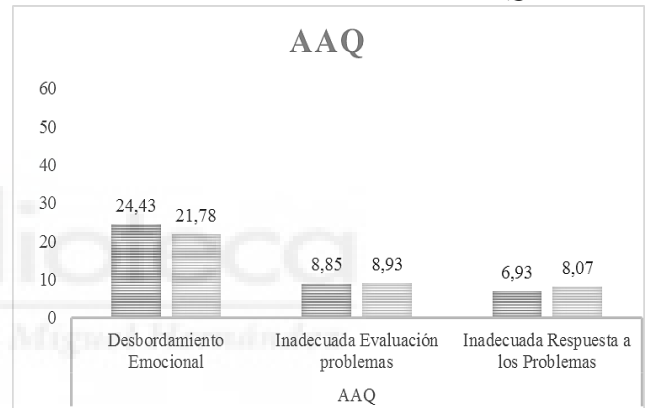


Gráfico 5 Puntuaciones en el *HADS*

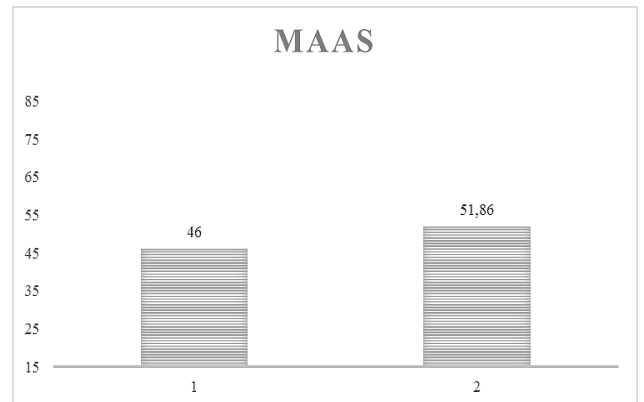
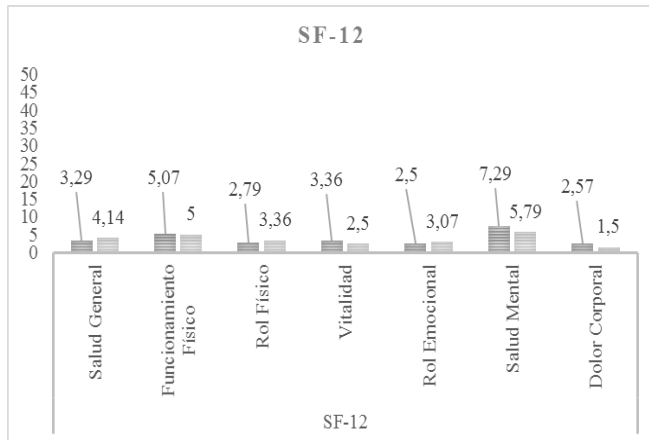


Gráfico 6 Puntuaciones en el *MAAS*

Gráfico 7 Puntuaciones en el SF-12



DISCUSIÓN.

El objetivo de este trabajo fue aplicar un programa de intervención breve basado en la ACT en un grupo de pacientes con un diagnóstico de TCA, analizar si se producían cambios en la insatisfacción corporal, calidad de vida, conciencia emocional y la aceptación (Lillis y Kendra, 2014).

Tras analizar los resultados podemos afirmar que se produjo una mejoría clínica en los pacientes que recibieron la intervención.

En el instrumento *BAS*, apreciación corporal, se observó un cambio en la actitud frente al aspecto físico teniendo en cuenta los resultados significativos. Se halló también una reducción de la insatisfacción corporal y de la distorsión corporal, consiguiendo disminuir pensamientos erróneos sobre ésta y sustituirlos por otros más adaptativos y objetivos (Juarascio et al., 2013).

En lo que respecta a los resultados obtenidos en el *BIAQ*, en las escalas *Ropa* y *Restricción Alimentaria* podemos observar como disminuyen las conductas evitativas con respecto a estos ámbitos, por lo que podemos afirmar que mejoró la aceptación de la imagen corporal. Cabe resaltar que desde el paradigma de ACT este resultado es positivo, pues no busca eliminar la evitación

experiencial sino experimentar y valorar las situaciones generadoras de esta conducta y confrontarlas (Hayes et al., 2014). Durante el desarrollo del programa, los pacientes fueron alentados y retroalimentados verbalmente para participar en diversas actividades sociales, lo cual puede explicar los resultados expuestos.

Los pacientes informaron de una mejoría en el *Rol Físico y Salud Mental*, recogidos en el *SF-12*, esto es entendido como un menor impedimento a la hora de realizar actividades lo que puede ayudar a mantener una conducta alimentaria normalizada y prevenir recaídas, además de mostrar cambios en la salud mental.

En este trabajo uno de los objetivos era mejorar la conciencia emocional con la finalidad de mejorar la aceptación y el conocimiento personal. Al igual que en otros estudios recientes, aplicando estrategias basadas en la aceptación del problema, podemos observar que tras el aprendizaje hay mejoras significativas aumentando la conciencia plena (Neimeier et al., 2012).

El *EAQ* desvela el alto grado de evitación, indicando en las escalas significativas que estos pacientes se benefician con el tratamiento pudiendo adoptar una actitud de aceptación consigo misma (Merwin y Wilson, 2009). Además, estos cambios se asociaron con cambios en el peso en este estudio, estos resultados son consistentes con investigaciones anteriores (Safer, Telch y Chen 2009; Juarascio, Forman y Herbet, 2010; Juarascio et al., 2013). De acuerdo con los resultados obtenidos podemos entender que se produjo un incremento de estrategias de aceptación cambiando la manera de reaccionar ante situaciones, incrementando pensamientos de crecimiento personal, y un impacto en la calidad de vida del paciente (Hayes, Barnes-Holmes y Roche, 2001; Ducasse et al., 2014; Orlando-Olaz, 2014).

Se observaron mejoras en la atención plena o mindfulness al igual que en investigaciones anteriores los resultados de este estudio mantienen que altas puntuaciones en sintomatología de TCA correlaciona con bajos niveles de atención plena, aceptación y defusión cognitiva, así como niveles altos en evitación experiencial (Butryn et al., 2012; Callejón-Ruiz, 2014).

A pesar de no obtener resultados significativos en el instrumento *AAQ*, cabe mencionar que, si hubo una disminución en la subescala *Desbordamiento Emocional* antes y después de la intervención, esto evidencia la disminución en la percepción de incapacidad de hacer frente a las responsabilidades y la aceptación de sus sentimientos.

En relación a los hallazgos encontrados, los datos sugieren que las habilidades aprendidas en esta intervención fueron de utilidad para aceptar la angustia de experiencias internas y la disposición a mantener conductas de afrontamiento relacionadas con los valores personales, aumentando su percepción de cambio y reduciendo así las conductas de enfermedad (restricción alimentaria, evitación experiencial, conductas de comprobación, etc) (Juarascio, 2011).

La mejora del contacto con metas significativas, puede proporcionar la justificación y la motivación para el cambio necesario en el comportamiento relacionado con el cambio de dieta y pérdida de peso. En su lugar se espera que mejore la dieta e incluso se cambie la imagen del cuerpo, alentando así a la persona a empezar a vivir con atención plena (Páez-Blarrina, Gutiérrez-Martínez, Valdivia y Luciano, 2006).

A día de hoy, investigaciones sugieren que incrementando la flexibilidad psicológica mejora cuantitativamente la calidad de vida de la persona. En definitiva, identificando factores predictores del tratamiento puede mejorarse y adaptar los objetivos de la intervención (Hayes y Pankey, 2002). ACT comenzó a emplearse en el tratamiento del TCA a principios del 2002,

demostrando que podría ser una alternativa al tratamiento por TCC (Hayes y Pankey, 2002; Heffner, Sperry, Eifert, y Detweiler, 2002; Orsillo y Batten, 2002).

Los resultados mostraron que en general la ACT fue efectiva en el tratamiento de los trastornos de la conducta alimentaria, tanto en términos de tiempo de intervención como de efectividad clínica. Teniendo en cuenta el formato de terapia grupal de este estudio de grupo, esta conclusión es similar a la extraída por Morton et al., 2012 y Juarascio et al., 2013 en una presentación de resultados preliminares de la investigación sobre la ACT.

Este trabajo presenta ciertas limitaciones. En primer lugar, cabe destacar las propias al uso de medidas de fundamentalmente basadas en autoinformes, excepto en el caso del IMC.

Además, este programa se ha desarrollado de manera integrada en el enfoque de intervención del centro, lo que hace que los resultados deban ser interpretados con cierta cautela.

Asimismo, la muestra clínica a la que se ha podido acceder ha sido de tamaño pequeño y no cuenta con un grupo de control, por lo que sería recomendable seguir utilizando esta terapia en grupo y con grupo de control, así como con un seguimiento estructurado más amplio.

A pesar de estas limitaciones, los resultados de este trabajo son prometedores respecto a la eficacia de ACT en la intervención en el ámbito de los TCA. Los resultados proporcionan una base para un modelo de intervención breve para el sufrimiento asociado con el cuerpo y la insatisfacción de la imagen corporal. Sería útil comparar los efectos entre cohortes, edad y entre quienes tienen en su historial familiar antecedentes de un TCA y los que no. Determinar si podría ser eficaz en la reducción de recaídas en aquellas personas que ya han sido tratadas por un TCA por orientación residual de la insatisfacción sobre la imagen corporal, puede ser un valioso aporte en este campo.

Para concluir cabe mencionar que la ACT se presenta como una alternativa, que acumula evidencia a su favor, para la intervención y tratamiento de estos trastornos tan complejos, gracias a sus nuevos desarrollos conceptuales.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alonso, J., Prieto, L., y Antó, J.M. (1995). La versión española del SF-36 Health Survey (Cuestionario de salud SF-36): un instrumento para la medida de los resultados clínicos. *Medicina Clínica, 104*(20), 771-776.
- American Psychological Association (2014). DSM-V-TR. *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Masson.
- Arcelus, J., Mitchell, A., Wales, J., et al. (2011). Mortality rates in patients with anorexia nervosa and other eating disorders. A meta-analysis of 36 studies. *Archives of General Psychiatry Journal, 68*(7), 724-731.
- Berman, M.I., Boutelle, K., y Crow, S. (2009). A case series investigating acceptance and commitment therapy as a treatment for previously treated, unremitted patients with anorexia nervosa. *European Eating Disorders Review, 17*(6), 426-434.
- Bluett, E.J., Lee, E.B., Simone, M., et al. (2016). The role of body image psychological flexibility on the treatment of eating disorders in a residential facility. *Eating Disorder, 23*, 150-155.
- Bundschuh-Müller, K. (2004). „Es ist was ist sagt die Liebe...“ Achtsamkeit und Akzeptanz in der Personzentrierten und Experientiellen Psychotherapie. Heidenreich, T., y Michalak, J. (2004). *Achtsamkeit und Akzeptanz in der Psychotherapie. Ein Handbuch*. Tübingen: dgvt-Verlag.

- Butryn, M.L., Juarascio, A., Shaw, J., Kerrigan, S.C., Clark, V., et al. (2013). Mindfulness and its relationship with eating disorders symptomatology in women receiving residential treatment. *Eating Behaviors, 14*, 13-16.
- Carrascoso, F.J. (1999). Terapia de aceptación y compromiso (ACT) en el trastorno de angustia con agorafobia: un estudio de caso. *Psicothema, 11*(1), 1-12.
- Cattivelli, R., et al. (2015). ACTonFood: Opportunities of ACT to address food addiction. *Frontiers in Psychology, 6*, 396.
- Dalrymple, K.L., y Herbert, J.D. Acceptance and commitment therapy for generalized social anxiety disorder. a pilot study. *Behavior Modification*. Manuscript in Press.
- Ducasse, D., René, E., Béziat, S., Guillaume, S., Courtet, P., y Olie, E. (2014). Acceptance and commitment therapy for management of suicidal patients: a pilot study. *Psychotherapy and Psychosomatics, 83*, 374-376.
- Ferreira, C., Pinto-Gouveia, J., y Duarte, C. (2011). The validation of the body image acceptance and action questionnaire: Exploring the moderating effect of acceptance on disordered eating. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy, 11*(3), 327-345.
- Godfrey, K., Gallo, L., y Afari, N. (2015). Mindfulness-based interventions for binge eating: a systematic review and meta-analysis. *Journal Behavioral Medicine, 38*, 348-362.
- Harris, R. (2009). *ACT made simple: an easy-to-read primer on acceptance and commitment therapy*. Oakland: New Harbinger Publications.
- Hauke, G. (2006). Das potential der dritten Welle der verhaltenstherapie: mit Achtsamkeit und Akzeptanz auf dem Weg zu wertorientierter Identität. *Psychotherapie, 11*, 203-230.
- Hayes, S. (2013). *The instructor's manual: acceptance and commitment therapy: values and action with steven hayes, PhD*. Mill Valley: Psychotherapy.net.

- Hayes, S., Masuda, A., Bisset, R., Louma, J., y Guerrero, L.F. (2004). DBT, FAP and ACT: How empirically oriented are the new behavior therapy technologies?. *Psychology Faculty Publications*, 82.
- Hayes, S., Pistorello, J., y Levin, M.E. (2012). Acceptance and commitment therapy as a unified model of behavior change. *The Counseling Psychologist*, 40(7), 976-1002.
- Hayes, S., Strosahl, K., y Wilson, K. (2014). *Terapia de aceptación y compromiso. Proceso y práctica del cambio consciente (Mindfulness)*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Hayes, S., y Smith, S. (2013). *Sal de tu mente, entra en tu vida*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Jáuregui, I., y Bolaños, P. (2011). Body image and quality of life in a Spanish population. *International Journal of General Medicine*, 4, 63-72.
- Jennings, J.L., y Apsche, J.A. (2014). The evolution of a fundamentally mindfulness-based treatment methodology: from DBT and ACT to MDT and beyond. *International Journal of Behavioral Consultation and Therapy*, 9(2), 1-3.
- Juarascio, A. (2011). *Acceptance and commitment therapy as a novel treatment for eating disorders: an initial test of efficacy and mediation*. Pensilvania: Drexel University.
- Juarascio, A., et al. (2016). Developing an Acceptance-Based Behavioral Treatment for Binge Eating Disorder: Rationale and Challenges. *Cognitive and Behavioral Practice*. Article in Press.
- Juarascio, A., Shaw, J., Forman, E.M., Timko, C.A., Herbert, J.D., Butryn, M.L., y Lowe, M. (2013). Acceptance and commitment therapy for eating disorders: clinical applications of a group treatment. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 2, 85-94.
- Keng, S-L., Smoski, M.J., y Robins, C.J. (2011). Effects of mindfulness on psychological health: A review of empirical studies. *Clinical Psychology Review*, 31, 1041-1056.

- Klump, K., Bulik, C., Kaye, W., Treasure, J., y Tyson, E. (2009). Academy for eating disorders position paper: eating disorders are serious mental illnesses. *International Journal of Eating Disorders*, 42(2), 97-183.
- Lillis, J., y Kendra, K. (2014). Acceptance and commitment therapy for weight control: model, evidence, and future directions. *Journal of Contextual Behavioral Science* 3, 1-7.
- López, M., y Diéguez, M. (2007). “No pienses en un oso blanco”. Sobre un caso de trastorno de la conducta alimentaria de larga evolución. *Revista Asociación Española Neuropsiquiatría*, 99, 85-89.
- Luciano, M.C., y Valdivia, M.S. (2006). La terapia de aceptación y compromiso (ACT). Fundamentos, características y evidencia. *Papeles del Psicólogo*, 27(2), 79-91.
- Manchón, J. (2016). *Terapia de aceptación y compromiso en formato grupal breve para trastornos de ansiedad*. Elche: Universidad Miguel Hernández.
- Manlick, C.F., Cochran, S.V., y Koon, J. (2013). Acceptance and commitment therapy for eating disorders: rationale and literature Review. *Journal Contemp. Psychotherapy*, 43, 115-122.
- Marco, J., Perpiñá, C., y Botella, C. (2014). The treatment of the body image disturbances in eating disorders and clinically significant change. *Anales de Psicología*, 30(2), 422-430.
- Masuda, A., Hill, M.L., Melcher, H., Morgan, J., y Twohig, M.P. (2014). Acceptance and commitment therapy for women diagnosed with binge eating disorder: A case-series study. *Psychology Faculty Publications*, 89, 1-35.
- Morton, J., Snowden, S., Gopold, M., y Guymer, E. (2012). Acceptance and commitment therapy group treatment for symptoms of borderline personality disorder: a public sector pilot study. *Cognitive and Behavioral Practice* 19, 527-544.

- National Institute for Clinical Excellence (NICE). (2004). *Eating disorders core interventions in the treatment and management of anorexia nervosa, bulimia nervosa and related eating disorders (Clinical Guideline No. 9)*. London: The British Psychological Society. The Royal College of Psychiatrists.
- Niles, A.N., Burklund, L.J., Arch, J.J., Lieberman, M.D., Saxbe, D., y Graskie, M.G. (2014). Cognitive mediators of treatment for social anxiety disorder: comparing acceptance and commitment therapy and cognitive-behavioral therapy. *Behavioral Therapy*, 45(5), 664-677.
- Noguera M.J., Pérez, B., Barrientos, V., Robles, R., y Sierra, J.G. (2013). escala de ansiedad y depresión hospitalaria: validación en pacientes con infección por VIH. *Psicología Iberoamericana*, 21(2), 29-37.
- Orlando-Olaz, F. (2014). *Aplicaciones de la terapia de aceptación y compromiso en el abordaje de la bulimia*. Universidad Nacional de Córdoba: Facultad de Psicología.
- Orsillo, S. M., y Batten, S. V. (2002). ACT as treatment of a disorder of excessive control: Anorexia. *Cognitive and Behavioral Practice*, 9(3), 253-259.
- Páez-Blarrina, M., Gutiérrez-Martínez, O., Valdivia-Salas, S., y Luciano-Soriano, C. (2006). Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) y la importancia de los valores personales en el contexto de la terapia psicológica. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 6(1), 1-20.
- Pearson, A. (2012). A pilot study of acceptance and commitment therapy as a workshop intervention for body dissatisfaction and disordered eating attitudes. *Cognitive and Behavioral Practice*, 19, 181-197.

- Roemer, L., Orsillo, S.M., y Salters-Pedneault, K. (2008). Efficacy of an acceptance-based behavior therapy for generalized anxiety disorder: Evaluation in a randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 76*(6), 1083-1089.
- Sharp, K. (2012). A review of acceptance and commitment therapy with Anxiety Disorders. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy, 12*(3), 359-372.
- Smink, F., van Hoeken, D., y Hoek, H. (2012). Epidemiology of eating disorders: Incidence, prevalence and mortality rates. *Current Psychiatry Reports, 14*, 406-414.
- Stice, E., Marti, C., y Nathan, R. (2013). Prevalence, incidence, impairment, and course of the proposed DSM-5 eating disorder diagnoses in an 8-year prospective community study of young women. *Journal of Abnormal Psychology, 122*(2), 445-457.
- Terol-Cantero, M.C., Cabrera-Perona, V., y Martín-Aragón, M. (2015). Revisión de estudios de la escala de ansiedad y depresión hospitalaria en muestras españolas. *Anales de Psicología, 31*(2), 494-503.
- Tornero, I. (2013). *Imagen corporal y actitudes hacia la obesidad en el alumnado y profesorado de Educación Física de Secundaria Obligatoria de la provincia de Huelva*. Huelva: Universidad de Huelva.
- Tornero, R., Bustamante, M.J., y del Arco, R. (2014). Tratamiento psicológico de un grupo de adolescentes con trastorno de la conducta alimentaria. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes, 1*(1), 7-16.
- Vilagut, G., et al. (2008). Interpretación de los cuestionarios de salud SF-36 y SF-12 en España: componentes físico y mental. *Medicina Clínica, 130*(19), 726-735.
- Weiss, H., y Harrer, M.E. (2010). Achtsamkeit in der Psychotherapie. Verändern durch „Nicht-Verändern-Wollen“ ein Paradigmenwechsel?. *Psychotherapeutenjournal, 1*, 14- 24.