

**Terapia Cognitivo Conductual con técnicas EMDR vía virtual para reducir síntomas de ansiedad en una mujer que ha sufrido abortos espontáneos**

Karla Alicia Alfaro

Universidad Iberoamericana

**Nota del Autor**

Karla A. Alfaro

Departamento de Psicología, Universidad Iberoamericana

La correspondencia en relación con este artículo debe dirigirse a Karla Alfaro,

Departamento de Psicología, Universidad Iberoamericana., Av. Francia 129, Santo Domingo

10203

Dirección electrónica: [kalfarohe@gmail.com](mailto:kalfarohe@gmail.com)

### Resumen

El presente artículo tuvo como objetivo evaluar los resultados que puede tener la Terapia Cognitivo Conductual con técnicas EMDR vía virtual para reducir síntomas de ansiedad, como inquietud o sensación de estar atrapado, facilidad para fatigarse, dificultad para concentrarse, irritabilidad, tensión muscular y/o problemas de sueño, en una mujer que ha sufrido abortos espontáneos. Esta investigación se fundamentó en un diseño prospectivo, cuantitativo y no experimental. La selección de la participante fue mediante un muestreo no probabilístico. El instrumento utilizado fue la Escala de Ansiedad de Hamilton para medir los niveles de ansiedad. Se encontraron resultados favorables para la reducción de los síntomas de ansiedad, como inquietud, dificultad para concentrarse, irritabilidad, tensión muscular, debido a la pérdida por aborto espontáneo mediante la Terapia Cognitivo Conductual con técnicas EMDR de manera virtual en esta participante. Sin embargo, por tratarse de un estudio de caso los resultados de esta investigación no pueden generalizarse ni ser representativos de las mujeres en la República Dominicana.

*Palabras clave:* síntomas de ansiedad, aborto espontáneo, terapia cognitivo conductual, técnicas EMDR

La complicación más común del embarazo son los abortos espontáneos ya que un 15% de las mujeres embarazadas terminan sufriendo esta situación (Matamoros & Rodríguez, 2011). Según Abiola et al. (2013), cuando una mujer ha concluido su embarazo de manera no intencional antes de las 24 semanas, es considerado un aborto espontáneo. Este tipo de pérdida puede traer como consecuencia una carga tanto física como emocional (Olivo et al, 2019).

El impacto que tiene un aborto espontáneo puede generar sentimientos de culpabilidad, vacío, aislamiento, tensión, hostilidad, síntomas de ansiedad y dificultad en sus relaciones (Almeida & Paredes, 2022, Bautista et al., 2017, García & Quiroz, 2021). Los sentimientos de ansiedad, tristeza, ira están relacionados con que la mujer se siente traicionada por ella misma por no haber sido capaz de traer un hijo sano al mundo (Fiorentino, 2016). Las secuelas que deja el aborto dependen de la personalidad y las creencias que tenga la mujer (Montoya & Jiménez, 2022). Además de esto, influye la ayuda que ellas reciben y en este sentido hay poco apoyo emocional de parte de los profesionales involucrados durante la pérdida y cuando el personal de la clínica no empatiza con ella, esto hace que la probabilidad de la paciente concebir otra vez disminuya bastante (Bautista et al., 2017 & Sáñez et al., 2017).

Al momento de soportar un aborto espontáneo las consecuencias psicológicas, como la depresión y ansiedad, se manifiestan de manera inmediata y persisten durante un tiempo, por lo que es necesario ofrecerles atención mental especializada de manera urgente (Khodakarami et al., 2017; Nakano et al., 2013 & Sáñez et al., 2017). La pérdida de un embarazo puede incluso ser un evento traumático y aproximadamente el 25% de las mujeres presentan altas tasas de prevalencia de Trastorno por Estrés Postraumático (Vázquez, 2021). Esto es porque la pérdida del embarazo es un estrés abrumador que provoca una reducción en la retroalimentación negativa del cortisol y hace que aumente los niveles de la hormona (Montoya & Jiménez, 2022). Por esta

razón, es necesario que se comprenda la importancia de que los profesionales brinden un acceso, seguimiento y apoyo adecuado (Meléndez & Pasos, 2019).

Algunos métodos de intervención que se ha utilizado para mujeres que han sufrido abortos espontáneos ha sido el programa de consejería de felicidad y la Terapia Cognitivo Conductual (TCC). Ambos métodos encontraron resultados positivos, siendo estas la disminución de la depresión, ansiedad y estrés (Bassuoni et al., 2021 & Nakano et al., 2013). La TCC es de gran utilidad para el análisis y la intervención con distintas complicaciones psicológicas (Ramírez & Rodríguez, 2012).

La TCC es un tratamiento que se utiliza para ayudar al paciente a modificar pensamientos, conductas y emociones a otras más adecuadas que le permitan combatir sus dificultades (Puerta & Padilla, 2011). Esta contiene distintas técnicas que se ajustan a cada paciente según sus necesidades (Jackson, 2017). Este modelo tiene efectos similares a los del uso de medicamentos antidepresivos y otras terapias (Fiorentino, 2016). Algunos de los objetivos de este tratamiento es reducir las distorsiones cognitivas, aumentar sus capacidades de autocontrol, mejorar la salud, entre otros (Puerta & Padilla, 2011). La TCC aumenta la capacidad de afrontar el estrés y reduce la ansiedad por lo que mejora la calidad de vida del individuo (González & Duarte, 2014).

En un tratamiento con una persona con el Trastorno por Estrés Postraumático (TEPT) se realizó una intervención de Desensibilización y Reprocesamiento por Movimientos Oculares (EMDR por sus siglas en inglés) dentro de un marco cognitivo-conductual donde los objetivos de disminuir la reexperimentación, poder recuperar la memoria sin retraumatización, reconciliar el sueño y trabajar la fatiga fueron logrados a través de este proceso terapéutico (González & Martin, 2004). En cuanto a las mujeres que han sufrido abortos espontáneos se señala que el 77%

sufren de pensamientos intrusivos, ansiedad al recordar el evento, pesadillas, ira, sensación de vacío (Vázquez, 2021). Por esta razón, como los síntomas físicos y emocionales de ansiedad son similares al TEPT, esta investigación plantea que utilizando la TCC con técnicas de EMDR podría ser de gran beneficio para estos casos.

La EMDR se basa en realizar una estimulación sensorial que activa secuencialmente ambos hemisferios del cerebro provocando que se declinen las emociones negativas de los recuerdos traumáticos, para de esta manera reprocesar la experiencia (Solvey & Ferrazzano, 2014). Gomez & Ashdown (2013), señalan que EMDR combina patrones de movimiento ocular, kinestésico y sonidos que permiten mayor acceso y reprocesamiento a estos recuerdos. Solvey & Ferrazzano (2014), mencionan que durante estas estimulaciones es que el cerebro hace las conexiones neurales que permiten integrar los recuerdos que han sido bloqueados producto del trauma.

El método de EMDR se utiliza para ayudar a la persona a salir de las experiencias pasadas negativas, desensibilizar aquellos detonantes que activan la angustia y aprender conductas positivas que le aporten en un futuro (Shapiro, 2010). Parte importante de esta intervención tiene que ver con el paciente recordar eventos traumáticos mientras realiza el movimiento kinestésico alternado u ocular de un lado a otro (Van den Hout & Engelhard, 2012). Una técnica muy útil de este método es el abrazo de la mariposa.

El abrazo de la mariposa es una técnica que fomenta mayor seguridad a medida que se reprocesan memorias (Fiszson et al., 2021). Esta técnica tiene la capacidad de instalar pensamientos y sensaciones físicas positivas que el paciente identifique como su lugar seguro (Chen, 2018). Es una alternativa eficiente para calmar la mente a través de movimientos que brindan tranquilidad (Wahyu, Widayati & Agusti, 2021). El principal objetivo es que el paciente

pueda procesar las experiencias negativas y que pueda vivir en el presente de manera adecuada (Gómez & Ashdown, 2013).

Farrell et al. (2021), emplearon intervención de EMDR de manera virtual, como psicoterapia durante el COVID-19, para tratar memoria del trauma y su intensidad, los sistemas de creencias y niveles de emotividad con pacientes que hayan vivido experiencias desfavorables en su infancia. Los autores señalan que la intervención fue de gran ventaja ya que esta intervención parecía segura y efectiva para los clientes ya que revelaron recuerdos que no siempre se está dispuesto a compartir por temor, vergüenza, culpa, entre otros.

Relacionando lo anterior con el hecho de que Nakano (2013), recomienda terapia de manera virtual con mujeres que han sufrido abortos espontáneos ya que puede ser más económico, se puede acceder desde cualquier lugar y requiere de menos auto revelación lo cual es favorable ya que se preocupan por el costo de las terapias, cómo puede ser el encuentro con el terapeuta y pueden mostrar reservas en cuanto a la auto revelación, se propone hacer la intervención de terapia cognitivo conductual con técnicas de EMDR de forma virtual.

### **Método**

Esta investigación se fundamentó en un diseño prospectivo, cuantitativo y no experimental, con el fin de realizar un tratamiento psicológico a una mujer que ha sufrido algún aborto espontáneo para de esta manera reducir síntomas de ansiedad que la misma esté presentando.

### **Participante**

La participante seleccionada fue la primera en aplicar para esta investigación y al cumplir con los criterios no se descartaron otras personas. Esta es una mujer de 39 años, que ha sufrido un aborto espontáneo en el último año y siete meses. Fue seleccionada mediante un

muestreo no probabilístico. Los criterios de inclusión para participar fueron ser mayor de 18 años, haber sufrido al menos 1 aborto espontáneo en los últimos 6 meses y 2 años, con acceso a computadora o celular con internet y con más de 6 meses con al menos 3 de los siguientes síntomas: inquietud o sensación de estar atrapado, facilidad para fatigarse, dificultad para concentrarse, irritabilidad, tensión muscular y/o problemas de sueño. La variable de exclusión para este estudio fue que tuviera un diagnóstico de salud mental adicional a los síntomas de ansiedad ya que cuando hay otros diagnósticos, existen factores que podrían complejizar el caso e interferir con el objetivo de la investigación.

### **Instrumento**

Se utilizó un formulario en Google Forms, creada por la investigadora, que debió ser completado por la interesada en participar. Este formulario constó de 6 preguntas de selección múltiple que se referían a los criterios de inclusión que se pueden ver en el anexo II. El instrumento que fue utilizado para medir los niveles de ansiedad de la participante fue la versión del Servicio Andaluz de Salud de la Escala de Ansiedad de Hamilton, la cual se puede ver en el anexo III. López & Mayorga (2018), señalan que esta escala posee un alfa de Cronbach de 0.79 a 0.86 y una validez con el inventario de ansiedad de Beck por lo que es admisible para evaluar la ansiedad. La población con la que se trabajó en este estudio fue con mujeres entre los 30 años con síntomas de ansiedad como: irritabilidad, síntomas psicósomáticos y estados de frustración.

Posee 14 ítems donde cada reactivo contiene una escala Likert de 0-4, donde 0 equivale a ausente, 1 a leve, 2 a moderado, 3 a grave y 4 a muy grave. Esta escala esta compuesta por afirmaciones de síntomas asociados a la ansiedad en donde el paciente debe indicar la intensidad con las que se manifiestan. Luego de la participante contestar cada ítem se suma el total de los puntos obtenidos y se determina dentro de qué nivel de ansiedad se encuentra según las distintas

clasificaciones que son: ninguna ansiedad (0-5 puntos), ansiedad leve (6-14 puntos) y ansiedad severa (15 puntos en adelante). Esta escala se le aplicó a la participante durante la primera, quinta y última sesión.

### **Procedimiento**

Al Comité de Ética de Investigación de la institución aprobar el tema, la investigadora procedió a la recolección de datos y utilizó distintas plataformas de redes sociales para reclutar a la participante. Luego de que la misma contactara a la investigadora se procedió a que completara el formulario de Google Forms y luego de confirmado que cumplía con los criterios se inició el proceso de intervención, comenzando con la recolección de datos de la paciente y con aplicarle la Escala de Ansiedad de Hamilton.

La participante firmó un consentimiento que se encuentra en el anexo I, en donde se le expuso los objetivos y propósitos de la investigación, así como la garantía de la confidencialidad de sus respuestas, señalando que ninguna de ellas será divulgada a terceros. Del mismo modo, se le certificó el derecho a no permanecer en la investigación si en medio de ella desea retirarse, sin recibir consecuencia alguna. Por último, fue informada sobre los beneficios y riesgos que puede tener la intervención y también que puede consultar información adicional del estudio con la investigadora principal o contactando el Comité de Ética.

Se llevaron a cabo 8 sesiones de terapia de manera virtual y semanal, con una duración de 45 minutos cada una, utilizando la Terapia Cognitivo Conductual (TCC) y la Desensibilización y Reprocesamiento por Movimientos Oculares (EMDR). El plan de intervención que se realizó fue estructurado en 3 etapas. La primera etapa abarcó las primeras dos sesiones, las cuales se enfocaron en crear el vínculo terapéutico, rastreo, identificación de las manifestaciones

emocionales, conductuales y/o fisiológicas e indagación de cuándo empezaron los síntomas. Se utilizó la Escala de Ansiedad de Hamilton y tareas de auto observación y registro.

La segunda etapa, incluyó desde la tercera hasta la sexta sesión. Estas sesiones se basaron en identificar las creencias irracionales de la paciente, combatir sus pensamientos y creencias disfuncionales, psicoeducar sobre la ansiedad, pensamientos automáticos, procesar las vivencias pasadas de la pérdida y las emociones asociadas y aprender a regularse ante pensamientos o sensaciones estresantes. Las técnicas que se utilizaron fueron cuestionamiento socrático, reestructuración cognitiva, auto observación y registro, la respuesta alterna, el abrazo de la mariposa, movimientos oculares, visualización y relajación muscular progresiva. A su vez, en la quinta sesión se empleó nuevamente la Escala de Ansiedad de Hamilton para evaluar avances en la paciente.

La última etapa, contuvo la séptima y octava sesión. En estas se realizó el cierre de la intervención terapéutica, se aplicó por última vez la Escala de Ansiedad de Hamilton para evaluar resultados y progreso de la paciente. La misma compartió las herramientas, técnicas, aprendizajes que adquirió en el proceso.

### **Resultados**

La participante A.R es una paciente dominicana, de 39 años que ha sufrido un aborto espontáneo hace 1 año y 7 meses. Tiene 4 años de relación con su pareja actual, los dos últimos de casada. Viene de una familia de 5 hermanos. Según lo dicho por la paciente y reflejado en la primera aplicación de la Escala de Ansiedad de Hamilton, ella presenta sintomatología severa de ansiedad manifestada principalmente por problemas físicos y cognitivos.

Durante las sesiones, A.R señala que tiene aproximadamente 3 años intentando quedar embarazada. Ella menciona que en el 2019 le descubrieron miomas en el útero por lo que los

médicos tuvieron que intervenir y luego le pusieron un dispositivo intrauterino (DIU) por un tiempo. Luego de retirado el aparato y no quedar embarazada pasó por otro proceso quirúrgico en donde se detectaron situaciones que tenían que ser intervenidos de manera inmediata. En este momento le informan que sus trompas de Falopio están cerradas por lo que no le será posible quedar embarazada y le sugerían contemplar fecundación in vitro.

Al darle este diagnóstico A.R señala que pasó por un “proceso depresivo” y no continuó en búsqueda de embarazo. Seis meses más tarde, finales de julio del 2020, ella confirma que está embarazada y al mes y medio del embarazo, el médico le identifica un hematoma por lo que la mandan permanecer en reposo. A la semana, A.R. empieza a sangrar y al asistir al ginecólogo este le informa sobre la pérdida del bebé. Cabe destacar que, en todo este proceso de aproximadamente 3 años, la paciente no recibió ayuda terapéutica.

En cuanto al historial familiar, A.R señala que sus hermanos no han tenido dificultad para concebir y solo hay un historial de una pérdida de embarazo de parte de una hermana. Sin embargo, señala que en la familia paterna las mujeres se casaban y procreaban tarde y solo un miembro de la familia no ha podido quedar embarazada. Por otro lado, es importante señalar que su esposo ha sufrido tres pérdidas de embarazo en relaciones previas. A.R señala que ella se ha realizado todos los estudios necesarios para descartar cualquier situación fisiológica que pueda estar impidiendo el embarazo, sin embargo, ella entiende que su esposo ha estado “evadiendo ir al urólogo para evitar el proceso de hacerse diversos estudios médicos”.

Durante las primeras sesiones se pudo observar que mientras A.R. hablaba, miraba hacia otros lados o mantenía la cabeza hacia abajo en muchas ocasiones. Al hablar de la pérdida, manifestaba llanto, suspiros, las cejas fruncidas. A medida en que iban pasando las sesiones

empezó a hablar más manteniendo la mirada enfocada en el espacio en el que estábamos y se mostraba más relajada.

Así mismo, en estos primeros encuentros A.R. señala que no duerme suficiente ni descansa, tiene pensamientos intrusivos sobre si podrá lograr otro embarazo, llora con mucha frecuencia y “pierde la fe” en si podrá lograr un embarazo. Mencionó que a pesar de creer firmemente en Dios “todo este proceso la había distanciado un poco de él”. La participante señala que el poco descanso y estos pensamientos ocasionan que esté muy irritable y constantemente fatigada. Ella infiere que esto puede estar interrumpiendo su proceso de búsqueda de embarazo. Además, ella señala algunos síntomas físicos que ha estado presentando como dificultad en relajarse, sensación de inquietud y dolores, molestias y rigidez muscular.

También, se pudo identificar que la participante tiene distorsiones cognitivas como: culpabilidad (“debí haber empezado antes” “si hubiera hecho las cosas distintas...”), comparación (“por qué ella pudo quedar embarazada y yo no”) y falacia de control (“no puedo dejárselo a otros porque no me funciona”).

### **Intervenciones Terapéuticas**

Para intervenir con estas distorsiones primero se trabajó con la paciente el reconocimiento y la psicoeducación de estos pensamientos, también se trabajó con la técnica de respuesta alterna y reestructuración cognitiva. La psicoeducación sobre los pensamientos automáticos y la ansiedad constaron en explicarle a la paciente qué son, cómo se manifiestan, cómo pueden controlar nuestra mente y cómo podemos contrarrestarlos. Con la ansiedad también se psicoeducó usando metáforas ya que es una manera simple y entretenida de hacer entender mejor al paciente cómo funciona. La metáfora que se utilizó fue la de “cuerpo a flote” que nos

permite ver cómo al soltar la lucha de tener el control, las cosas empiezan a fluir e incluso aquello que tememos deja de pasar.

Al finalizar el proceso terapéutico, la paciente había aprendido a reemplazar aquellas distorsiones por pensamientos racionales. Algunos ejemplos son: el pensamiento sobre “debí haber empezado antes” se reemplazó por “todo tiene su tiempo”, el pensamiento sobre “no se si podré quedar embarazada” fue reemplazado por “así como pude salir embarazada una vez, a pesar de que me habían dicho que era infértil, puede volver a pasar.”

En la tabla 1, se observan los objetivos y las técnicas trabajadas en las sesiones. Para trabajar con los pensamientos y sentimientos que la paciente presentaba, en primer lugar, se le solicitó que llevara un registro sobre los mismos para que estuviera más consciente de en cuales momentos esto ocurría y se trabajó con la psicoeducación en cuanto a los pensamientos automáticos y la ansiedad. A partir de la tercera sesión la participante se empezó a mostrar esperanzada diciendo “siento que en algún momento voy a quedar embarazada, aunque no sea en mi tiempo, pero confío en Dios.”

Tabla 1

*Técnicas de intervención por sesión*

<b># de Sesión</b>	<b>Objetivos y Técnicas</b>
Sesión 1	Crear vínculo terapéutico, emplear Escala de Ansiedad de Hamilton, rastreo de historia clínica, identificación de manifestaciones de síntomas. Tarea para paciente: autoobservación y registro.
Sesión 2	Continuación de primera sesión y revisión de tarea. Realización de técnica de respiración rítmica y se asignó como tarea.
Sesión 3	Identificación de creencias irracionales, psicoeducación sobre pensamientos automáticos y técnica EMDR.
Sesión 4	Revisar registro, psicoeducación sobre la ansiedad, técnica EMDR y visualización.

Sesión 5	Técnica de respuesta alterna, contención, emplear Escala de Ansiedad de Hamilton.
Sesión 6	Reestructuración cognitiva, Técnica EMDR técnica de relajación de Jacobson.
Sesión 7	Técnica EMDR, técnica de relajación de Jacobson, reflexión de lo que ha aprendido.
Sesión 8	Cierre

También, se trabajó con la técnica de respuesta alterna ya que actualmente estaba pasando por procesos médicos ginecológicos que la tenían ansiosa respecto a su proceso de búsqueda de embarazo, con pensamientos “y si sale algo peor en el estudio” “y si sale algo que me complica aún más el proceso”. Se realizó esta técnica con el fin de que se abriera un espacio en donde ella pudiera evaluar que existen otras posibilidades menos negativas de las que estaba ideando. La participante logró reflexionar sobre otras probabilidades y sustituir las negativas. Esto se obtuvo dándole a la paciente un espacio para evaluar evidencias sobre experiencias pasadas en las cuales a pesar de los malos pronósticos los resultados de lo esperado fueron distintos.

Respecto a los síntomas físicos de la ansiedad se realizaron técnicas de respiración, como la técnica de respiración rítmica, visualización y la técnica de relajación muscular de Jacobson. La paciente manifestaba sentirse más relajada al finalizar los ejercicios. También, mencionó que durante la semana hacía los ejercicios sobre todo el de Jacobson que “la ayudaba mucho para la tensión muscular.”

Durante 4 sesiones se realizó también la técnica EMDR, durante aproximadamente 25-30 minutos. En la primera sesión, se empleó con movimientos oculares y en las siguientes con la técnica del abrazo de la mariposa ya que la experiencia fue más favorable para la paciente con esta. Se trabajó con el momento de la pérdida de la participante, los recuerdos que más venían a su mente fueron el momento en que el médico le había comunicado la pérdida del embarazo, el

sentimiento de desilusión y frustración ya que era algo que tenía tiempo esperando. En la primera intervención con EMDR, en una escala del 1-10, siendo 10 el nivel más intenso, la paciente sentía la perturbación emocional en un 7. Durante el recuerdo, ella manifestaba sentir mucho dolor en el pecho, tristeza, ira, sensación de vacío, desilusión y angustia. En la última intervención con esta técnica, la perturbación emocional que este recuerdo le generaba disminuyó a 2, por lo que esas emociones mencionadas anteriormente se redujeron en gran manera.

Durante la primera, quinta y última sesión se empleó la escala de Ansiedad de Hamilton. En la primera aplicación la participante obtuvo una puntuación de 25 siendo esta clasificada como ansiedad severa, luego disminuyó a 16 que pertenece a la misma clasificación. En la última realización de la escala obtuvo un 8, que se clasifica como ansiedad leve. En la primera aplicación, los ítems que salieron más elevados fueron: estado de ánimo ansioso (preocupaciones irritabilidad), intelectual (dificultad para concentrarse), insomnio, síntomas somáticos musculares y sensoriales (dolores musculares, rigidez muscular, zumbidos de oídos, sensación de debilidad) y síntomas gastrointestinales, teniendo estas puntuaciones entre 3 y 4. En la última aplicación de la escala, todos estos ítems disminuyeron a 0 y 1, excepto el de insomnio que solo disminuyó a 3.

Cabe destacar que en el proceso A.R. señaló que, si no se hubiera sentido en un espacio seguro, de paz y preocupación genuina hacia ella, no se hubiera abierto y probablemente no hubiera continuado con el proceso.

### **Discusión**

En este estudio de caso se pudo evidenciar que la participante había iniciado el proceso con una ansiedad severa y al llevar a cabo la intervención la paciente logró disminuir los

síntomas a una ansiedad leve. Se pudo observar que en lo que se refiere al momento de la pérdida, que se trabajó con la técnica EMDR empleando el abrazo de la mariposa, hubo una reducción significativa en cuanto a los pensamientos y las emociones negativas que este recuerdo le ocasionaba. Esta reducción puede deberse al control que toma la paciente sobre su propia estimulación que permite que se empodere y esto la ayuda a sentir seguridad al momento de reprocesar aquellas memorias patogénicas (Jarero & Artigas, 2021). Además, la estimulación que se realiza permite que el reprocesamiento, que fue detenido por el impacto del evento, se active y posibilita la integración del recuerdo descartando lo negativo y dándole significado a lo sucedido (Solvey & Ferrazzano, 2014).

Respecto a la pérdida de embarazo, Figeras (2015) señala que este es un momento traumático que afecta varias áreas de la vida de quienes lo sufren. Esto se pudo evidenciar en este caso ya que la paciente sufrió consecuencias físicas y emocionales importantes por el impacto que le ocasionó esta pérdida. Por esta razón, la investigadora sostiene que es fundamental el abordaje y apoyo que se les ofrece a las mujeres al momento de la pérdida. Es fundamental que los médicos e involucrados empaticen, brinden toda información pertinente y dispongan de un espacio de contención (Furtado & Farías, 2015). Además, los profesionales deben proveer el seguimiento y asesoría necesaria a estas mujeres (Meléndez & Pasos, 2019). De esta manera, se estará ayudando a que se puedan sentir apoyadas, orientadas y sea menos difícil el proceso de la pérdida.

Dentro de los síntomas de ansiedad se pudo evidenciar una gran mejora en la mayoría excepto en el insomnio donde la reducción fue muy ligera. Esto puede deberse a que Contreras (2013), señala que algunos factores que influyen en el insomnio son los factores genéticos y hábitos incorrectos del sueño. La paciente tuvo dificultad en ser consistente con abandonar

hábitos que interferían con su hora de sueño (horarios irregulares, uso de pantallas). Transformar las prácticas involucradas en dificultades en el sueño no resulta tan fácil (Tafoya & Lara, 2011). Estos mismos autores señalan que en algunos casos la combinación de fármacos con el tratamiento no farmacológico puede ser más efectivo lo que pudo haber influido ya que el uso de medicamentos no fue contemplado en esta investigación.

Las distorsiones cognitivas presentadas por la paciente (culpabilidad, falacia de control y comparación) parecen ser comunes en situaciones de duelo ya que en otro estudio de caso realizado por Vele (2010), sobre el duelo por divorcio, las distorsiones más evidenciadas fueron las anteriormente señaladas, entre otras. La investigadora sustenta que las distorsiones presentadas por la participante pueden presentarse en conjunto, con frecuencia, ya que una influye sobre la otra. De hecho, Fernández, Rodríguez & Diéguez (2006), señalan que en el duelo es muy común que se presente la culpabilidad ya que surgen preguntas del tipo “¿y sí?” “y si hubiera ido antes al médico?” entre otras interrogantes. La investigadora sostiene que estos pensamientos de culpa que pueden surgir en mujeres que han sufrido una pérdida por aborto espontáneo puede relacionarse a que como una persona tiene control de su cuerpo la mujer se siente responsable de lo que hace o no respecto a su cuerpo y salud. Esto puede relacionarse incluso con lo que menciona Fiorentino (2016) de que la mujer se siente traicionada por ella misma por no haber sido capaz de traer un hijo sano al mundo.

En cuanto a la distorsión de falacia de control que tenía la paciente que la hacía entender que debía tener el control de todo, se evidenció que pudo mejorar a través de su relación con Dios en la que comprendió que hay cosas sobre las que no tiene el control. En este sentido, su fe le permitió reemplazar los pensamientos negativos por pensamientos de confianza y esperanza. Esto puede relacionarse con que parte de lo que se trabaja con la TCC es que el individuo

conecte con procesos asociados a la aceptación psicológica de los valores del paciente y de la espiritualidad (Moreno, 2012). A la paciente expresar sus creencias, la investigadora usó esto en el proceso de intervención.

Trabajar de la mano con sus creencias se evidenció en que este proceso le ayudó a “reafianzar su relación con Dios” ya que en una de las sesiones ella había expresado que estaba un poco apartada de Dios. En efecto, Bermejo et al (2012) señalan que el apego seguro a Dios y la búsqueda de significado de una pérdida intercede en la vivencia de duelo y puede generar cambios positivos en la vida del individuo. Las creencias y prácticas espirituales impactan de manera positiva la salud ya que disminuyen el estrés o lo previenen, dan una esperanza de sanidad y les permite darle un significado a la pérdida, además de que el apoyo que recibe de la comunidad los fortalece (Miaja & Moral, 2014 & Yoffe, 2012). Esto refleja la importancia de que los terapeutas respeten y conecten con las creencias del paciente como se hizo en esta intervención.

Así, la relación terapeuta-paciente influyó de manera positiva en la intervención ya que A.R. se sintió en un espacio seguro, de confianza y respeto hacia ella y su proceso. Hernández (2018), señala que el objetivo principal de un terapeuta debe ser relacionarse de manera honesta y profunda para que de esta manera el paciente pueda aprender a relacionarse consigo mismo y a ser transformado. Se logró conectar con su fe y creencias abriendo un espacio en donde ella podía compartir experiencias espirituales que había tenido, usar incluso historias de la biblia relacionadas a su lucha de fertilidad y aprovechar esta herramienta para el beneficio de la paciente. Korman, Garay & Sarudiansky (2008), señalan que los valores y creencias del paciente pueden tener mayor impacto que las técnicas de un tratamiento por lo que indican la importancia de que los terapeutas respeten estos valores, aunque no los compartan.

Es necesario señalar lo adaptable y beneficioso que fue la virtualidad con la participante, similar a lo que se propone en otros estudios que indican el fácil acceso que esta modalidad implica (Macías & Valerio, 2018). Es fundamental que el paciente se sienta en un espacio seguro sobre todo cuando se va a trabajar con eventos dolorosos o traumáticos (Fisher, 2021). Por esta razón, tanto la investigadora como A.R. se comprometieron a estar en un espacio cerrado, privado y sin interrupciones y donde permeaba el respeto y la empatía. Rodríguez (2013), señala la facilidad para el paciente abrirse con temas de interés y expresar libremente sus emociones sin sentirse juzgados con este método. Por lo señalado anteriormente, se puede decir que en este estudio queda evidenciado la posibilidad de implementar EMDR de manera virtual y obtener resultados favorables del mismo.

Este estudio permite brindar a los profesionales en el área, técnicas y herramientas que pueden ser útiles en un proceso de pérdida por aborto espontáneo. Les permite observar la importancia del respeto de las creencias, efectividad de las técnicas de TCC y la funcionalidad de la técnica EMDR de manera virtual al igual que valorar la flexibilidad de esta modalidad. Por otro lado, la investigación cuenta con ciertas limitaciones ya que, por tratarse de un estudio de caso los resultados de esta investigación no pueden generalizarse ni ser representativos de las mujeres en República Dominicana. Al aplicar la Escala de Ansiedad de Hamilton con poco tiempo entre cada una, la paciente pudo haber recordado lo que puso en la anterior por lo que puede haber un sesgo en la aplicación ya que tiene conocimiento de que se está buscando reducir la ansiedad y esto puede afectar en los resultados. También, la evidencia de la técnica EMDR en pérdidas es limitada por lo que se necesitarán otros estudios con metodologías experimentales para valorar la efectividad de esta técnica.

En conclusión, en esta paciente se encontraron resultados favorables para la reducción de los síntomas de ansiedad debido a pérdida por aborto espontáneo mediante la Terapia Cognitivo Conductual con técnicas EMDR de manera virtual. Esto sugiere que es posible lograr una conexión adecuada de paciente-terapeuta e implementar las técnicas de EMDR a través de la virtualidad por lo que otros estudios pueden llevar a cabo esta modalidad. Se sugiere respetar el proceso del paciente y conectar profundamente con el mismo. Así mismo, las creencias del paciente son factores importantes para tomar en cuenta en las intervenciones con personas que han sufrido pérdidas por aborto espontáneo.

### Referencias

- Abiola, A., Ajayi, A., Umeh, C., Adegbesan, M., Olufunlayo, T. & Akodu, B. (2013). Knowledge, Prevalence and Psychological Effect of Miscarriage among women of reproductive age group attending Obstetrics and Gynaecology Clinics of Lagos University Teaching Hospital, Nigeria. *The Nigerian Postgraduate Medical Journal*, 20(4), 319-324.
- Almeida, Maria. & Paredes, Maritza. (2022). Efectos del aborto sobre la salud mental de las mujeres. [Tesis de Título, Universidad Central del Ecuador].  
<http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/26117/1/FCP-CPC-ALMEIDA%20MARIA.pdf>
- Bassuoni, N., Mohamed, S., Hammam, M. & Mohamed, M. (2021). Effect of Happiness Counseling on Depression, Anxiety and Stress in Women with Recurrent Miscarriage. *International Journal of Women's Health*, 13, 287-295.
- Bautista, B., Abellan, S., Gomez, M., Martinez, A. & Dema, S. (2017). Necesidades y sentimientos percibidos por las mujeres ante el diagnostico de aborto espontaneo. *Matronas Profesión*, 18(1), 18-25.
- Bermejo, J., Magaña, M., Villaceros, M., Carabias, R. & Serrano, I. (2012). Estrategias de afrontamiento y resiliencia como factores mediadores de duelo complicado. *Revista de Psicoterapia*, 22(88), 85-95.
- Chen, I. (2018). Efectos de la Terapia EMDR para reducir la ansiedad y síntomas post-traumáticos en jóvenes entre 15 y 24 años, de sexo masculino con experiencias de trauma, privados de libertad en los Centros de Custodia/Cumplimiento de Pacora y Arco

- Iris. [Tesis de Maestría, Universidad de Panamá]. <http://up-rid.up.ac.pa/1986/1/isabel%20chen.pdf>
- Contreras, A. (2013). Insomnio: Generalidades y Alternativas Terapéuticas de Última Generación. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 24(3), 433-441.
- Farrell, D., Fadeeva, A., Zat, Z., Knibbs, L., Miller, P., Barron, I., Matthes, H., Matthes, C., Gazit, N. & Kiernan, M. (2021). A Stage 1 Pilot Cohort Exploring the Use of EMDR Therapy as a Video-Conference Psychotherapy During Covid-19 – A Proof of Concept Study Utilising a Virtual Blind 2 Therapist Protocol. <https://assets.researchsquare.com/files/rs-886940/v1/8463ddfe-2e5e-4e25-9ca3-a7538ea72418.pdf?c=1647422072>
- Fernández, A., Rodríguez, B. & Diéguez, M. (2006). Intervenciones sobre Duelo. *Programa de Autoformación: Psicoterapia de Respuestas Traumáticas*, 3, 113-142.
- Figueras, I. (2015). Cambios en la mitología de la pareja que ha vivido una pérdida perinatal. *Redes*, 32, 35-48.
- Fiorentino, C. (2016). *El Defectus Incubus de la madre en el aborto espontáneo y su atención en los servicios de salud*. [Tesis de Grado, Universidad Católica Argentina]. <http://bibliotecadigital.uca.edu.ar/repositorio/tesis/defectus-incubus-madre-aborto-espontaneo.pdf>
- Fisher, N. (2021). Using EMDR Therapy to Treat Clients Remotely. *Journal of EMDR Practice and Research*, 15(1).
- Fiszson, V., Arévalo, M., López, L., Mengíbar, F., Vergara, L., Pastor., A., Fontané, L. & Millá, L. (2021). Resultados de una intervención psicoeducativa interdisciplinar con EMDR en

- pacientes con fibromialgia: experiencia de un centro privado. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, 28(3), 119-128.
- Furtado, L. & Farías, C. (2015). La dolorosa pérdida de una ilusión: pérdida gestacional. [Tesis de Grado, Universidad de la República Uruguay].  
<https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/bitstream/20.500.12008/8000/1/Furtado%2c%20Laura.pdf>
- García, R. & Quiroz, M. (2021). Nivel de Conocimiento de las Consecuencias del Aborto en las Mujeres en Edad Fértil en el Asentamiento Humano Luzmila Templo de Octubre a Diciembre del 2019. [Tesis de Grado, Universidad de Huánuco].  
<http://200.37.135.58/bitstream/handle/123456789/2865/Garc%C3%ADa%20Laguna%2c%20Rossio%20Giovanna.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Gómez, R. & Ashdown, Brien. (2013). Efectividad de Tratamiento EMDR en Personas Guatemaltecas con Síntomas de Trauma Psicológico. *Acta de Investigación Psicológica*, 3(3), 1264-1270.
- González, M. & Duarte, G. (2014). Terapia cognitivo-conductual y enfermería. A propósito de un caso. *Ene*, 8(1). [https://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1988-348X2014000100010&script=sci\\_arttext&tlng=en](https://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1988-348X2014000100010&script=sci_arttext&tlng=en)
- González, M. & Martin, A. (2004). Tratamiento de un caso de trastorno por estrés postraumático con EMDR dentro de un marco cognitivo-conductual. *Clínica y Salud*, 15(3), 337-354.
- Hernández, F. (2018). Comprensión de la experiencia de no ser de un psicoterapeuta en la relación terapéutica con una paciente que racionaliza su vivencia de duelo. [Tesis de Maestría, Fundación Universidad del Norte, Colombia].  
<http://manglar.uninorte.edu.co/bitstream/handle/10584/8272/133883.pdf?sequence=1>

- Jackson, C. (2017). Programa de Psicoterapia Cognitivo Conductual en un Grupo de 12 Mujeres Embarazadas de 20-35 años, Que Padecen de Estrés. [Tesis de Maestría, Universidad de Panamá]. [http://up-rid.up.ac.pa/1352/1/cándida\\_jackson.pdf](http://up-rid.up.ac.pa/1352/1/cándida_jackson.pdf)
- Jarero, I & Artigas, L. (2021). El Abrazo de la Mariposa: Método de Terapia EMDR para la Autoadministración de Estimulación Bilateral. *Revista Iberoamericana de Psicotraumatología y Disociación*, 11(1).
- Khodakarami, B., Mafakheri, B., Shobeiri, F., Soltanian, A. & Mohagheghi, H. (2017). The Effect of Fordyce Happiness Cognitive-Behavioral Counseling on the Anxiety and Depression of Women with Spontaneous Abortion. *Journal of Pharmaceutical Sciences and Research*, 9(12), 2335-2341.
- Korman, G., Garay, C. & Sarudiansky, M. (2008). Psicoterapia cognitiva y religión: ¿Qué debe saber un terapeuta cognitivo de la diversidad religiosa de la Capital Federal y el Conurbano Bonaerense? *Summa Psicológica UST*, 5(2), 53-62.
- López, M. & Mayorga, P. (2018). Niveles de Ansiedad en las y los Trabajadores de los Centros Infantiles del Buen Vivir del Cantón Ambato. [Tesis de Grado, Pontifica Universidad Católica del Ecuador Sede Ambato].  
<https://repositorio.pucesa.edu.ec/bitstream/123456789/2175/1/76597.pdf>
- Macías, J. & Valero, L. (2018). La psicoterapia online ante los retos y peligros de la intervención psicológica a distancia. *Apuntes de Psicología*, 36(1-2), 107-113.
- Matamoros, C. & Rodríguez, O. (2011). Una actualización en aborto recurrente. *Revista Médica de Costa Rica y Centroamérica*, 423-433.
- Meléndez, R. & Pasos, A. (2019). Factores de Riesgo Gineco-Obstétricos Asociados a Aborto Espontáneo en Gestantes del Hospital Básico del Cantón el Carmen-Manabí. [Tesis de

- Grado, Universidad Técnica de Babahoyo, Ecuador].  
<http://dspace.utb.edu.ec/bitstream/handle/49000/6491/P-UTB-FCS-ENF-000147.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Miaja, M. & Moral, J. (2014). Predicción de las respuestas psicológicas del duelo ante la pérdida de salud por variables de personalidad, religiosidad sociodemográficas y existenciales. *Salud & Sociedad*, 5(3), 254-272.
- Montoya, L & Jiménez, D. (2022). Aborto y su incidencia en el Trastorno de Estrés Postraumático de una paciente de 23 años de edad del Cantón Babahoyo. [Tesis de Grado, Universidad Técnica de Babahoyo, Ecuador].  
<http://dspace.utb.edu.ec/bitstream/handle/49000/12070/E-UTB-FCJSE-PSCLIN-000606.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Moreno, A. (2012). Terapias Cognitivo-Conductuales de Tercera Generación. *Revista Internacional de Psicología*, 12(1).
- Nakano, Y., Akechi, T., Furukawa, T. & Sugiura M. (2013). Cognitive behavior therapy for psychological distress in patients with recurrent miscarriage. *Psychology Research and Behavior Management*, 6, 37-43.
- Olivo, L., Galarza, J., Olivo, J. & Tapia, V. (2019). Aborto recurrente: etiología, diagnóstico y tratamiento. *Revista Científica de Investigación Actualización del Mundo de las Ciencias*, 3(1), 443-463.
- Puerta, J & Padilla, D. (2011). Terapia Cognitivo Conductual (TCC) como tratamiento para la depresión: una revisión del estado del arte. *Revista Duazary*, 8(2), 251-257.

Ramírez, J. & Rodríguez J. (2012). El Proceso en Psicoterapia Combinando Dos Modelos:

Centrado en Soluciones y Cognitivo Conductual. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 15(2), 610-635.

Rodríguez, E. (2013). Consultorio Psicológico Virtual: Soporte para la población actual. *Avances en Psicología*, 21(2), 177-180.

Sánchez, H., Sánchez, E., Hernández, L., Rivera, P., Mateo, M., Mateo, V. & Mateo, D. (2017).

Pérdida recurrente del embarazo: revisión bibliográfica. *Revista de Ginecología y Obstetricia de México*, 84(8), 523-534.

Shapiro, F. (2010). *EMDR: Desensibilización y reprocesamiento por medio del movimiento ocular*. Editorial Pax México.

[https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=noH4B4t8ercC&oi=fnd&pg=PA1&dq=EMDR:+Desensibilización+y+reprocesamiento+por+medio+del+movimiento+ocular&ots=xJj\\_GP1W8&sig=bg58pM3J8Azn4hJU37wS\\_pLyVMQ#v=onepage&q=EMDR%3A%20Desensibilización%20y%20reprocesamiento%20por%20medio%20del%20movimiento%20ocular&f=false](https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=noH4B4t8ercC&oi=fnd&pg=PA1&dq=EMDR:+Desensibilización+y+reprocesamiento+por+medio+del+movimiento+ocular&ots=xJj_GP1W8&sig=bg58pM3J8Azn4hJU37wS_pLyVMQ#v=onepage&q=EMDR%3A%20Desensibilización%20y%20reprocesamiento%20por%20medio%20del%20movimiento%20ocular&f=false)

Solvey, P. & Ferrazzano, R. (2014). EMDR: un nuevo abordaje terapéutico. *Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica*, 19(1), 23-30.

Tafoya, S. & Lara, M. (2011). Intervenciones no farmacológicas en el insomnio primario: la evidencia de los ensayos clínicos controlados en los últimos diez años. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 40(2), 310-335.

Van den Hout, M. & Engelhard, I. (2012). How does EMDR work? *Journal of Experimental Psychopathology*, 3, 724-738.

- Vázquez, A. (2021). Trastorno de estrés postraumático en mujeres que han sufrido un aborto espontáneo: una revisión de la literatura. [Tesis de Grado, Universidad Zaragoza, España]. <https://zaguan.unizar.es/record/107237/files/TAZ-TFG-2021-474.pdf>
- Vele, M. (2010). Propuesta psicoterapéutica enfocada en la aplicación de técnicas Cognitivo Conductual para reestructurar distorsiones cognitivas en la depresión en un caso de divorcio. [Tesis de Título, Universidad del Azuay, Ecuador]. <https://dspace.uazuay.edu.ec/bitstream/datos/1319/1/07767.pdf>
- Wahyu, P., Widayati, D. & Agusti, S. (2021). Butterfly Hug to Reduce Anxiety on Elderly. *Journal of Ners and Midwifery*, 8(3), 295-300.
- Yoffe, L. (2012). Efectos positivos de las prácticas religiosas/espirituales en el duelo. *Avances en Psicología* 20 (1), 9-30.

## Anexo I

### Consentimiento Informado

#### Terapia Cognitivo Conductual con técnicas de Desensibilización y Reprocesamiento por Movimientos Oculares (EMDR).

El propósito de esta ficha de consentimiento es proveer a la participante en esta investigación una clara explicación de la naturaleza de esta, así como de su rol en ella como participante.

La presente investigación es conducida por la Lic. Karla Alfaro, estudiante de la Maestría de Intervenciones en Crisis y Traumas. El objetivo de esta investigación es implementar dos métodos de intervención que son la Terapia Cognitivo Conductual (TCC), la cual consiste en utilizar distintas técnicas para transformar los pensamientos, las emociones y conductas negativas, y la Desensibilización y Reprocesamiento por Movimientos Oculares (EMDR), la cual consiste en hacer movimientos oculares mientras llegan a la mente recuerdos estresantes o negativos. Estos métodos se realizarán de manera virtual durante 2 meses cumpliendo así con 8 sesiones de una duración de 45 minutos. Este tratamiento es con el fin de ayudarla a reducir la sintomatología de ansiedad que puede incluir: inquietud o sensación de estar atrapada, facilidad para fatigarse, dificultad para concentrarse, irritabilidad, tensión muscular y/o problemas de sueño, que esté sufriendo debido a las pérdidas por aborto espontáneo que ha experimentado.

Los beneficios de su participación en esta intervención es mejorar su calidad de vida como consecuencia de la reducción de los síntomas de ansiedad. Así mismo, podrá tener herramientas que la ayude a manejar la ansiedad en su vida cotidiana. Los riesgos que esta investigación pueden conllevar son recordar eventos negativos que le han ocasionado gran dolor lo que puede complicar o aumentar los síntomas de ansiedad. Si esto ocurre la investigadora tendrá una lista de ejercicios de relajación para regularla. También, podría surgir una preocupación distinta a la inicial por revivir experiencias traumáticas. En caso de que su nueva preocupación resulte prioritaria, se abordará durante las sesiones siempre y cuando la investigadora esté capacitada para hacerlo. De lo contrario, usted será referida a otro profesional que pueda atender su nueva problemática. Debido a lo que se establece en el Código de Ética en el Capítulo III: Art 16, en caso de que haya ideación o riesgo suicidas la investigadora se encuentra en la responsabilidad de comunicar a un familiar u otro profesional. Usted no recibirá ninguna remuneración por su participación en esta investigación.

Si usted decide participar en este estudio, debe de tener acceso a una computadora o celular con internet. Se le pedirá responder las preguntas de la Escala de Ansiedad de Hamilton la cual mide la ansiedad. Lo realizará antes de iniciar y luego de finalizar el tratamiento. Además, se comprometerá a realizar las tareas que se asignen de llevar un registro de pensamientos, emociones, comportamientos negativos, técnicas de respiración y relajación, entre otros, con el fin de brindarle herramientas para manejar los síntomas que está presentando. De igual manera, durante las sesiones se efectuarán técnicas de movimiento ocular al recordar un evento negativo, lo cual le ayudará a disminuir las emociones, reacciones negativas que este recuerdo le genera.

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. Tiene derecho a retirarse de su participación en esta investigación en cualquier momento, sin consecuencia alguna. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Para proteger la confidencialidad realizaremos las sesiones virtuales en un

espacio seguro y cerrado y no serán grabadas. Sus datos personales y toda información serán registradas en una computadora bajo clave en donde solo la investigadora tendrá acceso a esta.

Esta investigación ha sido aprobada por el Comité de Ética de la Universidad Iberoamericana. Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede contactar en cualquier momento a la investigadora a través de su correo electrónico: kalfarohe@gmail.com o puede contactar al Comité de Investigación de UNIBE llamando al 809-689-4111.

Yo \_\_\_\_\_, cedula \_\_\_\_\_, acepto participar voluntariamente en esta investigación, conducida por la Lic. Karla Alfaro. He sido informada que el objetivo de este estudio es realizar una intervención de Terapia Cognitivo Conductual con técnicas de EMDR, las cuales consisten en utilizar distintas técnicas para transformar los pensamientos, las emociones y conductas negativas y hacer movimientos oculares mientras llegan a mi mente recuerdos estresantes o negativos, de manera virtual durante 2 meses cumpliendo así con 8 sesiones de una duración de 45 minutos, con el fin de disminuir la sintomatología de inquietud o sensación de estar atrapada, facilidad para fatigarse, dificultad para concentrarse, irritabilidad, tensión muscular y/o problemas de sueño, que esté sufriendo debido a las pérdidas por aborto espontáneo que he experimentado.

Me han señalado que los beneficios de mi participación en esta intervención es mejorar mi calidad de vida como consecuencia de la reducción de los síntomas de ansiedad. Así mismo, podré tener herramientas que me ayuden a manejar la ansiedad en mi vida cotidiana. También, que los riesgos pueden ser recordar eventos negativos que me han ocasionado gran dolor lo que puede complicar o aumentar los síntomas de ansiedad. Además, podría surgir una demanda distinta a la inicial por revivir experiencias traumáticas. Así mismo, he entendido que si se presenta ideación o riesgo suicida es responsabilidad de la investigadora informar a un familiar u otro profesional. Por otro lado, he entendido que no recibiré ninguna remuneración por mi participación en esta investigación. Me han indicado también que tendré que responder preguntas de la Escala de Ansiedad de Hamilton, la cual mide la ansiedad, hacer las tareas que me asignen con el fin de brindarme herramientas para manejar los síntomas que estoy presentando y realizar técnicas de movimiento ocular al recordar un evento negativo, lo cual me ayudará a disminuir las emociones, reacciones negativas que este recuerdo me genera.

Reconozco que la información que yo provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada con otro propósito fuera de los de este estudio. He sido informada que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento. Así mismo, he entendido que tengo el derecho de desistir de mi participación en esta investigación en cualquier momento, sin consecuencia alguna. Por último, entiendo que recibiré una copia de esta ficha de consentimiento.

\_\_\_\_\_  
Firma del Participante

\_\_\_\_\_  
Fecha

## Anexo II

## Formulario Google

## Terapia Cognitivo Conductual con técnicas EMDR vía virtual para reducir

Las respuestas de este formulario son completamente confidenciales.

 kalfarohe@gmail.com (not shared)  
[Switch account](#)

\* Required

Nombre \*

Your answer \_\_\_\_\_

Edad \*

- 18-25
- 26-30
- 31-40

Cuántos abortos espontáneos recurrentes ha tenido? \*

- 1
- 2
- Más de 2

Cuándo fue su último aborto espontáneo? \*

- Menos de 6 meses
- 6 meses
- 1 a 2 años
- Más de 2 años

Ha experimentado síntomas de inquietud o sensación de estar atrapada, fatiga, dificultad para concentrarse, irritabilidad, tensión muscular y/o problemas de sueño en los últimos 6 meses? \*

- Sí
- No

Tiene usted una computadora o un celular con internet? \*

- Sí
- No

Tiene algún diagnóstico de salud mental? \*

- Sí
- No

Si su respuesta fue sí, por favor indicar el diagnóstico. Si su respuesta fue no, puede poner N/A. \*

Your answer \_\_\_\_\_

## Anexo III

## Escala de Ansiedad de Hamilton



Nombre \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_  
 Unidad/Centro \_\_\_\_\_ Nº Historia \_\_\_\_\_

**ESCALA DE ANSIEDAD DE HAMILTON**

**Población diana:** Población general. Se trata de una escala heteroadministrada por un clínico tras una entrevista. El entrevistador puntúa de 0 a 4 puntos cada ítem, valorando tanto la intensidad como la frecuencia del mismo. Se pueden obtener, además, dos puntuaciones que corresponden a ansiedad psíquica (ítems 1, 2, 3, 4, 5, 6 y 14) y a ansiedad somática (ítems 7, 8, 9, 10, 11, 12 y 13). Es aconsejable distinguir entre ambos a la hora de valorar los resultados de la misma. No existen puntos de corte. Una mayor puntuación indica una mayor intensidad de la ansiedad. Es sensible a las variaciones a través del tiempo o tras recibir tratamiento

**Instrucciones para el profesional**

Seleccione para cada ítem la puntuación que corresponda, según su experiencia. Las definiciones que siguen al enunciado del ítem son ejemplos que sirven de guía. Marque en el casillero situado a la derecha la cifra que defina mejor la intensidad de cada síntoma en el paciente. Todos los ítems deben ser puntuados.

SÍNTOMAS DE LOS ESTADOS DE ANSIEDAD					
	Ausente	Leve	Moderado	Grave	Muy grave/ Incapacitante
<b>1. Estado de ánimo ansioso.</b> Preocupaciones, anticipación de lo peor, aprensión (anticipación temerosa), irritabilidad	0	1	2	3	4
<b>2. Tensión.</b> Sensación de tensión, imposibilidad de relajarse, reacciones con sobresalto, llanto fácil, temblores, sensación de inquietud.	0	1	2	3	4
<b>3. Temores.</b> A la oscuridad, a los desconocidos, a quedarse solo, a los animales grandes, al tráfico, a las multitudes.	0	1	2	3	4
<b>4. Insomnio.</b> Dificultad para dormirse, sueño interrumpido, sueño insatisfactorio y cansancio al despertar.	0	1	2	3	4
<b>5. Intelectual (cognitivo)</b> Dificultad para concentrarse, mala memoria.	0	1	2	3	4
<b>6. Estado de ánimo deprimido.</b> Pérdida de interés, insatisfacción en las diversiones, depresión, despertar prematuro, cambios de humor durante el día.	0	1	2	3	4

<b>7. Síntomas somáticos generales (musculares)</b> Dolores y molestias musculares, rigidez muscular, contracciones musculares, sacudidas clónicas, crujir de dientes, voz temblorosa.	0	1	2	3	4
<b>8. Síntomas somáticos generales (sensoriales)</b> Zumbidos de oídos, visión borrosa, sofocos y escalofríos, sensación de debilidad, sensación de hormigueo.	0	1	2	3	4
<b>9. Síntomas cardiovasculares.</b> Taquicardia, palpitaciones, dolor en el pecho, latidos vasculares, sensación de desmayo, extrasístole.	0	1	2	3	4
<b>10. Síntomas respiratorios.</b> Opresión o constricción en el pecho, sensación de ahogo, suspiros, disnea.	0	1	2	3	4
<b>11. Síntomas gastrointestinales.</b> Dificultad para tragar, gases, dispepsia: dolor antes y después de comer, sensación de ardor, sensación de estómago lleno, vómitos acuosos, vómitos, sensación de estómago vacío, digestión lenta, borborigmos (ruido intestinal), diarrea, pérdida de peso, estreñimiento.	0	1	2	3	4
<b>12. Síntomas genitourinarios.</b> Micción frecuente, micción urgente, amenorrea, menorragia, aparición de la frigidez, eyaculación precoz, ausencia de erección, impotencia.	0	1	2	3	4
<b>13. Síntomas autónomos.</b> Boca seca, rubor, palidez, tendencia a sudar, vértigos, cefaleas de tensión, piloerección (pelos de punta)	0	1	2	3	4
<b>14. Comportamiento en la entrevista (general y fisiológico)</b> Tenso, no relajado, agitación nerviosa: manos, dedos cogidos, apretados, tics, enrollar un pañuelo; inquietud; pasearse de un lado a otro, temblor de manos, ceño fruncido, cara tirante, aumento del tono muscular, suspiros, palidez facial. Tragar saliva, eructar, taquicardia de reposo, frecuencia respiratoria por encima de 20 res/min, sacudidas enérgicas de tendones, temblor, pupilas dilatadas, exoftalmos (proyección anormal del globo del ojo), sudor, tics en los párpados.	0	1	2	3	4

Ansiedad psíquica	
Ansiedad somática	
<b>PUNTUACIÓN TOTAL</b>	

## Anexo IV

## Aprobación del Comité de Ética



## Decanato de Investigación Académica UNIBE

<b>Código de Aplicación</b>	ACECEI2021-94
<b>Nombre del Estudiante #1</b>	Karla Alfaro
<b>Matrícula del Estudiante #1</b>	160343
<b>Nombre del Proyecto de Investigación</b>	Terapia Cognitivo Conductual con técnicas EMDR vía virtual para reducir síntomas de ansiedad en una mujer que ha sufrido abortos espontáneos recurrentes.
<b>ESTADO DE LA APLICACIÓN</b>	APROBADO
<b>Fecha de revisión</b>	Thursday, March 24, 2022

FORMULARIO DE ENMIENDA PARA DOCENTES	
Date	04-08-2022
Número de aplicación:	ACECEI2021-94
Nombre del Proyecto:	Terapia Cognitivo Conductual con técnicas EMDR vía virtual para reducir síntomas de ansiedad en una mujer que ha sufrido abortos espontáneos recurrentes
Nombre del Investigador Principal:	Karla Alicia Alfaro
Correo electrónico del Investigador principal:	alfarola@hotmail.com
Número de contacto del Investigador principal:	(809) 9663032
Fecha de aprobación:	24-03-2022
Es una investigación con participantes humanos, información de participantes humanos o productos biológicos derivado de seres humanos?	Sí
Describe el motivo de la modificación	Se ampliará el rango de muestreo a personas que hayan sufrido al menos un aborto espontáneo en los últimos 6 meses y no más de 2 años ya que el tema del aborto recurrente no era decisivo para probar la hipótesis de la intervención.
Detalle las modificaciones que se realizarán al protocolo	La única modificación que habrá es que en los criterios de inclusión en vez de que haya tenido 2 o más pérdidas, podrá ampliarse a sí ha tenido al menos 1 pérdida. Esto no cambia el protocolo de intervención.
¿Las modificaciones cambian el proceso de consentimiento informado o el documento mismo?	No
¿El investigador estima que este cambio conlleva riesgos adicionales a los participantes de la investigación?	No
ESTADO DE LA SOLICITUD	APROBADO
Firma del evaluador	<input type="checkbox"/>