

## **APLICACIÓN DE UN PROGRAMA DE ESTIMULACIÓN COGNITIVA EN ADOLESCENTES CON UN TRASTORNO DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA: UN ESTUDIO PILOTO**

Sandra Peinado, Yolanda Quiles y María J. Quiles

*Universidad Miguel Hernández, Elche (España)*

### **Resumen**

Los recientes hallazgos neuropsicológicos señalan ciertos déficit cognitivos entre los pacientes con trastorno de la conducta alimentaria (TCA), como la rigidez cognitiva y la focalización excesiva en los detalles. En este contexto, emerge la terapia de estimulación cognitiva aplicada al campo de los TCA. En el presente estudio se aplica un programa de estimulación cognitiva en un grupo de pacientes diagnosticado de un TCA ( $n= 11$ ), de entre 13 y 19 años ( $M= 16,18$ ;  $DT= 1,99$ ). Se analizaron las dimensiones cognitivas de coherencia central y flexibilidad cognitiva, mediante el "Test de copia y reproducción de memoria de figuras geométricas complejas" (REY) y el "Test de rastreo" (*Trail Making Test*, TMT), además de variables clínicas relevantes. El tratamiento estuvo formado por 10 sesiones semanales de 45 minutos. Los resultados ponen de manifiesto la relevancia del tratamiento para mejorar la coherencia central en pacientes con un TCA. Se plantea la necesidad de continuar investigando la eficacia de dicha terapia con estudios controlados aleatorizados, con grupos de control y desde una perspectiva transdiagnóstica.

**PALABRAS CLAVE:** *estimulación cognitiva, trastorno alimentario, adolescentes.*

### **Abstract**

Recent studies have shown that patients with an eating disorder have deficits in neuropsychological functioning. Cognitive remediation therapy (CRT) was developed to improve these cognitive deficits. The objective of this study was to apply a CRT to a group of adolescents with an eating disorder ( $n= 11$ ), whose age ranged between 13 and 19 ( $M= 16.18$ ,  $SD= 1.99$ ). Central coherence and cognitive flexibility were analyzed by means of the Rey Complex Figure Test and the Trail Making Test, and other clinical measures. Ten weekly 45-minute sessions were designed. The results of this study indicated that CRT is outstanding to improve central coherence in patients with an eating disorder. Further research is needed to evaluate the efficacy of CRT in this clinical population. Future research may incorporate randomized controlled trials with control groups as well as the use of a transdiagnostic perspective.

**KEY WORDS:** *cognitive remediation, eating disorder, adolescents.*

## Introducción

Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) implican una alteración de la ingesta alimentaria y comportamientos relacionados con el control del peso (Arrufat *et al.*, 2009; Viñuales, Fernández, Jiménez, Turón y Vallejo, 2001). En la quinta versión del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5; *American Psychiatric Association* [APA], 2013), dentro de este tipo de trastornos, se incluyen la pica, el trastorno de rumiación, el trastorno de evitación/restricción de la ingesta de alimentos, la anorexia nerviosa (AN), la bulimia nerviosa (BN), el trastorno por atracón (TA) y el trastorno de la conducta alimentaria no especificado (TCANE).

Los TCA suponen un problema grave de salud, con múltiples complicaciones a nivel físico, altos índices de mortalidad, una tendencia a la cronicación y una prevalencia que continúa incrementándose desde los años 90 (Rojo, Linares, Arguis y Félix-Alcántara, 2015). En España, se estima una prevalencia del 4,1-6,41% de la población (Arrufat *et al.*, 2009).

Entre los aspectos implicados en el inicio, desarrollo y mantenimiento de los TCA se incluyen factores genéticos, biológicos, psicológicos y sociales (Arrufat *et al.*, 2009). En cuanto a los factores psicológicos, la literatura muestra la presencia de ciertas características comunes en las personas con AN, como un procesamiento de la información focalizado en los detalles, inflexibilidad y apego a las reglas (Lopez, Tchanturia, Stahl y Treasure, 2008; Roberts, Tchanturia y Treasure, 2010; Southgate, Tchanturia y Treasure, 2009). En la práctica clínica, se observa este estilo de pensamiento en la forma en la que controlan su peso, en la preocupación sobre el contenido calórico de los alimentos, en la persecución del perfeccionismo, en la preocupación excesiva de los detalles, orden y simetría y en la focalización en partes específicas de su cuerpo (Tchanturia, Davies, Reeder y Wykes, 2010).

En esta línea, diversas investigaciones realizadas en el campo de la neuropsicología coinciden en señalar estas dificultades en las personas con AN (Roberts *et al.*, 2010; Tchanturia, Campbell, Morris y Treasure, 2005; Tenconi *et al.*, 2010). Además, esas características persisten tras la rehabilitación nutricional (Tchanturia, Morris y Brecelj Anderluh, 2004; Tchanturia, Morris, Surguladze y Treasure, 2002).

Estos nuevos hallazgos neuropsicológicos plantean la necesidad de considerar una línea de tratamiento específica que permita mejorar los déficit cognitivos de las personas con TCA, como la rigidez cognitiva y la focalización en los detalles (Tchanturia *et al.*, 2010). En este contexto, ante las nuevas necesidades terapéuticas, emerge la terapia de estimulación cognitiva aplicada al campo de los TCA.

Esta terapia se plantea como una forma de focalizar la intervención terapéutica en los procesos de pensamiento de las personas y no en el contenido *per se*. Su objetivo principal es estimular las conexiones cerebrales a través de ejercicios mentales para mejorar el funcionamiento cognitivo. La fundamentación teórica que apoya este propósito se basa en el conocimiento existente sobre la capacidad plástica del cerebro (Doidge, 2007). Así pues, mediante la práctica de

ciertas habilidades cognitivas se puede conseguir una mayor activación e incluso un aumento en el tamaño de las áreas cerebrales implicadas, dando lugar al desarrollo y la recuperación de funciones cerebrales (Tchanturia *et al.*, 2010).

Del mismo modo, se pretende que los pacientes reflexionen sobre los estilos de pensamiento que utilizan en su vida diaria a partir de la reflexión sobre los ejercicios mentales realizados durante las sesiones. Así pues, se estimula la metacognición y el aprendizaje consciente de nuevas estrategias cognitivas que pueden ser entrenadas y son generalizables a la vida real, mejorando así su funcionamiento cognitivo (Tchanturia *et al.*, 2010). Finalmente, mediante la estimulación cognitiva es posible movilizar al paciente para que realice cambios conductuales, ya que se introducen pequeños experimentos conductuales que permiten interiorizar los diferentes estilos cognitivos aprendidos, así como estimular la motivación al cambio y la confianza en uno mismo para continuar aprendiendo y lograr con éxito aquellos objetivos propuestos (Tchanturia *et al.*, 2010).

Investigaciones previas han puesto de manifiesto que este tipo de intervención consigue cambios en el funcionamiento cognitivo, produciendo mejoras en el desempeño de las tareas cognitivas, en la flexibilidad cognitiva, en las estrategias cognitivas, en la habilidad para cambiar, en el procesamiento global de la información, en la memoria visoespacial, en el nivel de depresión, en el índice de masa corporal y en la fluencia verbal (Abbate-Daga, Buzzichelli, Marzola, Amianto y Fassino, 2012; Lindvall, Lask, Landrø y Rø, 2014; Davies y Tchanturia, 2005; Genders *et al.*, 2008; Genders y Tchanturia, 2010; Pretorius y Tchanturia, 2007; Tchanturia, Davies y Campbell, 2007; Tchanturia *et al.*, 2008). No obstante, cabe señalar, que no existe consenso en cuanto a las funciones cognitivas que específicamente se ven desarrolladas con esta terapia, encontrando estudios donde algunas variables se han visto incrementadas, mientras que en otros estudios no han mostrado cambios significativos (Lindvall y Rø, 2014).

En cuanto a los diseños que se utilizan para aplicar este tipo de intervención, la mayoría utilizan el formato individual, no obstante también se considera aceptable el formato de grupo (Genders y Tchanturia, 2010; Pretorius *et al.*, 2012; Wood, Al-Khairulla y Lask, 2011; Zuchova, Kubena, Eler y Papezova, 2013). En este sentido, ante las demandas exigentes en el ámbito de la salud y la escasez de recursos, parece que el formato grupal es el que más ventajas posee. Además, esta modalidad puede implicar efectos beneficiosos en los pacientes, pues se promueve la interacción social, la autoestima, la empatía y la comprensión y se favorece un espacio seguro en el que poder compartir experiencias. No obstante, la elección de un tipo u otro de modalidad deberá adaptarse a las características de cada unidad y a las necesidades de los pacientes (Tchanturia *et al.*, 2010).

Con respecto a la edad de los pacientes, las intervenciones se han realizado tanto en adultos como en adolescentes, pues se considera que el cerebro y los estilos de pensamiento pueden ser modificados durante todo el ciclo vital. Con relación al número de sesiones, el formato más extendido está formado por 10, de una duración entre 30 y 40 minutos y con una frecuencia de una o dos veces por semana (Lindvall y Rø, 2014; Tchanturia *et al.*, 2010).

El objetivo del presente trabajo es aplicar un programa de estimulación cognitiva en un grupo de pacientes diagnosticado de un TCA, así como analizar si se producen cambios en las dimensiones cognitivas coherencia central y flexibilidad cognitiva tras la intervención. Asimismo, se pretende explorar si se presentan cambios en variables clínicas como el nivel de depresión, el nivel de ansiedad y la autoestima, entre otras. Nuestra hipótesis es que las dimensiones cognitivas se verán incrementadas una vez finalizado el programa.

## Método

### *Participantes*

Participaron 11 pacientes con un TCA que acudían a un centro de día y que tenían de entre 13 y 19 años ( $M= 16,18$ ;  $DT= 1,99$ ). Respecto al diagnóstico, siguiendo los criterios empleados en el DSM-5 (APA, 2013), 7 tenían AN (3 de subtipo restrictivo y 4 purgativo), 1 BN ( $n= 1$ ) y 3 TCANE que se correspondían con casos subumbral. En cuanto al nivel de estudios, 7 cursaban estudios secundarios, 2 estudios universitarios y otros 2 estudios de formación profesional. Con respecto a la duración del TCA, el rango estaba entre 16 y 84 meses ( $M= 31,91$ ;  $DT= 18,62$ ). El 45,5% presentaba el trastorno desde hacía más de 24 meses, mientras que en el 54,5% el problema tenía una duración de 24 meses o inferior. Del total, 7 pacientes recibían tratamiento farmacológico y 5 presentaba psicopatología asociada. En cuanto a las pautas farmacológicas, se administraban diversos fármacos antidepresivos y ansiolíticos para el tratamiento de los trastornos depresivos ( $n= 3$ ) y los trastornos de ansiedad ( $n= 1$ ). Asimismo, dentro de la psicopatología asociada destaca un paciente con un diagnóstico de trastorno obsesivo compulsivo ( $n= 1$ ).

### *Instrumentos*

- a) "Test de copia y reproducción de memoria de figuras geométricas complejas" (Rey, 1959), adaptación española (Rey, 2003). Esta prueba consta de dos partes, en la primera tenían que copiar el dibujo que les presentábamos y en la segunda tenían que intentar reproducir de memoria ese mismo dibujo. Se evalúa la organización visual perceptiva y la memoria no verbal, por lo que se utiliza para evaluar el tipo de procesamiento de la persona cuando desarrolla un dibujo complejo. En este estudio, cabe considerar tanto la exactitud y riqueza del dibujo, como la rapidez del trabajo. Presenta una buena fiabilidad interjueces, con un coeficiente de Kendall entre 0,95 y 1.
- b) "Test de rastreo" (*Trail making test*, TMT; Reitan, 1992). Esta prueba se administró siguiendo las directrices de Strauss, Sherman y Spreen (2006). En la parte A, debían unir una serie de números en orden ascendente; y en la parte B debían enlazar de forma alternada números y letras, también en orden ascendente. La parte A evalúa la atención sostenida y la velocidad de coordinación óculo-manual, así como con la parte B se obtiene información sobre la habilidad para alternar dos conjuntos de estímulos mentales y la flexibilidad cognitiva (Mitrushina, Boone, Razani y D'Elia, 2005). La puntuación

total considerada es la diferencia entre el tiempo empleado en la parte B y el empleado en la parte A. Cuanto mayor sea la puntuación, mayores déficit en flexibilidad cognitiva refleja la persona. Presenta una buena fiabilidad con un alfa de Cronbach de 0,86 (Serrani, 2013).

- c) Preguntas *ad hoc* para evaluar la motivación al cambio. Se utilizaron dos preguntas que los participantes respondían con una escala de 0 a 10. La primera pregunta era: *¿En qué medida es importante para ti cambiar?* y la segunda: *¿En qué medida te sientes capacitado para cambiar en el caso de que así lo decidas?* Estas preguntas se formularon siguiendo las reglas de cambio empleadas en la entrevista motivacional de Miller y Rollnick (1999).
- d) "Escala de ansiedad y depresión hospitalaria" (*Hospital Anxiety and Depression Scale*, HADS; Zigmond y Snaith, 1983). Se empleó la versión española de Tejero, Guimera, Farré y Peri (1986), formada por 14 ítems con una escala tipo Likert con cuatro alternativas de respuesta (0= *nunca* y 3= *siempre*). Se evalúa el estado emocional, obteniéndose dos puntuaciones, una referida al nivel de ansiedad y otra al nivel de depresión. El rango de puntuaciones en cada subescala es de 0 a 21, por lo que puntuaciones más altas indican mayores niveles de ansiedad o depresión. Presenta una buena consistencia interna, con un alfa de Cronbach entre 0,80 y 0,87 para cada subescala (López-Roig *et al.*, 2000).
- e) "Inventario de trastornos de la conducta alimentaria" (*Eating Disorder Inventory-Two*, EDI-2; Garner, 1998), adaptación española de Corral, González, Pereña y Seisdedos (1998). El EDI-2 está formado por 91 ítems que evalúan síntomas clínicos que frecuentemente acompañan a los TCA. En el presente estudio se utilizó la escala de perfeccionismo, que tal y como se informa en las normas de uso del cuestionario, se puede utilizar de forma aislada. Está formada por seis ítems con una escala tipo Likert de seis alternativas, donde 0= *Nunca* y 5= *Siempre*. Presenta un rango de puntuaciones entre 0 y 30, donde las puntuaciones altas se corresponden también con niveles altos de perfeccionismo. El EDI-2 presenta una buena consistencia interna, con un alfa de Cronbach entre 0,83 y 0,92.
- f) "Cuestionario de actitudes ante la alimentación" (*Eating Attitudes Test*, EAT-26; Garner, Olmsted, Bohry y Garfinkel, 1982), versión española de Gandarillas *et al.* (2003). El EAT-26 se utilizó como instrumento de cribado. Está formado por 26 ítems con una escala tipo Likert de seis alternativas de respuesta, que van desde 0= *siempre* hasta 3= *nunca* donde se evalúan actitudes alimentarias anómalas. Se puede obtener una puntuación entre 0 y 78, situándose el punto de corte en 20. Puntuaciones superiores a 20 indican que el participante presenta actitudes negativas hacia la alimentación. El EAT-26 muestra propiedades psicométricas similares a las del instrumento original, presentándose como un cuestionario fiable y válido (Arrufat *et al.*, 2009).
- g) "Escala de autoestima de Rosenberg" (*Rosenberg Self-Esteem Scale*, RSES; Rosenberg, 1965). Se utilizó la versión española de Echeburúa (1995), constituida por 10 ítems con una escala tipo Likert con cuatro alternativas (desde 1= *muy en desacuerdo* hasta 4= *muy de acuerdo*). Se evalúan sentimientos de respeto y aceptación de la persona consigo misma. La RSES

presenta un rango de puntuación entre 1 y 40. Puntuaciones inferiores a los 25 puntos indican una autoestima baja, puntuaciones entre 26 y 29 reflejan una autoestima media y puntuaciones superiores a los 30 puntos indican una autoestima elevada. La escala presenta buena consistencia interna, con un alfa de Cronbach de 0,87 (Morejón, García-Bóveda y Jiménez, 2004).

- h) "Cuestionario de valoración" de la intervención, elaborado *ad hoc*. Este instrumento evaluó aspectos como la utilidad, el aprendizaje de habilidades, su aplicabilidad en la vida diaria y la satisfacción general, entre otros. Para ello, se utilizaron en total 15 cuestiones, 5 preguntas con estructura abierta y 10 preguntas con estructura cerrada, donde se empleó una escala de medida de 0 a 10.

### *Procedimiento*

Se contactó con el equipo de dirección del centro de día, especializado en el tratamiento de personas con un TCA, situado en Elche. Se les explicaron detalladamente los objetivos del estudio y se invitó a todos los usuarios del centro de día a participar voluntariamente en él, garantizando la confidencialidad de la información y solicitando el consentimiento informado pertinente.

Inicialmente formaron parte del estudio 16 pacientes, teniendo en cuenta como criterios de inclusión que aceptaran voluntariamente la participación en el programa, que estuvieran recibiendo tratamiento en el centro de día y que presentaran un diagnóstico de TCA. No obstante, la muestra final estuvo formada por 11 participantes, ya que se excluyeron a aquellos pacientes que no participaron en al menos el 70% de las sesiones ( $n= 4$ ) y a aquellos que no cumplimentaron los autoinformes de evaluación postratamiento ( $n= 1$ ).

En la intervención, se empleó un programa de estimulación cognitiva formado por 10 sesiones semanales de aproximadamente 45 minutos de duración. Para ello, se siguieron las directrices propuestas por Maiden, Baker, Espie, Simic y Tchanturia (2014), adaptando el programa a las necesidades de los pacientes y a las características del centro de día. De este modo, se empleó un formato combinado con sesiones individuales y grupales y el programa se implantó por el mismo terapeuta en dos franjas horarias, utilizando en ambos grupos un protocolo estandarizado. Cabe señalar que tanto la primera como la última sesión siguieron un formato individual, coincidiendo con la evaluación pre y post tratamiento, mientras que el resto de sesiones fueron grupales.

Asimismo, la aplicación del programa se realizó de forma complementaria junto a otro tipo de intervenciones psicológicas y psiquiátricas que recibían los pacientes en el centro. El tratamiento que seguían los pacientes constaba de unas pautas dietéticas según las cuales debían realizar cinco tomas de alimento al día y garantizar un reposo posterior. Del mismo modo, siguiendo la terapia cognitivo conductual, se realizaban sesiones de psicoterapia individual diarias y terapias de grupo, con el objetivo de disminuir los pensamientos, conductas y obsesiones respecto al peso, la alimentación y la imagen corporal, y mejorar las habilidades sociales y el manejo de las emociones. También se llevaban a cabo sesiones semanales de evaluación y tratamiento con el médico psiquiatra.

Entre los objetivos de la intervención, cabe señalar los siguientes:

- Reflexionar sobre los estilos de pensamiento que los participantes utilizan en los ejercicios cognitivos realizados durante las sesiones.
- Relacionar las estrategias empleadas en las tareas cognitivas con los estilos de pensamiento que utilizan en su vida diaria.
- Estimular la metacognición y el aprendizaje consciente de nuevas estrategias cognitivas.
- Fomentar la realización de cambios con la introducción de ensayos conductuales.

Estos objetivos se consiguen mediante la práctica de habilidades cognitivas, como el pensamiento global y centrado en el detalle, la alternancia y la multitarea. Este entrenamiento se lleva a cabo a través de la realización de las tareas cognitivas citadas en el Apéndice, así como de la reflexión de las estrategias empleadas a la hora de resolver los ejercicios. Las sesiones presentaron una estructura similar, excepto la primera sesión y la última, donde se realizaron las evaluaciones. En primer lugar, se realizaba una actividad para *romper el hielo* (5 min.). A continuación, se revisaban las tareas para casa y se explicaba cuál iba a ser el contenido de la sesión (10 min.). Después, se realizaban los ejercicios cognitivos pertinentes, reflexionando sobre las estrategias utilizadas en ellos y en situaciones reales (20 min.). Finalmente, se comentaban las conclusiones de la sesión, intentando que los propios participantes tomaran la iniciativa (5 min.) y se explicaban las tareas para casa (5 min.)

### *Análisis de datos*

Por un lado, se realizó un análisis cuantitativo de los resultados, utilizando el paquete informático SPSS, v. 20.0 (IBM Corp., 2011). Así pues, tras comprobar el supuesto de independencia mediante la prueba de rachas y el de normalidad con la prueba de Kolmogorov-Smirnov, se aplicó para calcular la diferencia entre medias la *t*-Student como prueba paramétrica para muestras relacionadas. Además, se calcularon los tamaños del efecto utilizando la clasificación de Cohen (1988), considerando que un valor  $d= 0,20$  es bajo,  $d= 0,50$  es medio y  $d= 0,80$  es alto. Por otro lado, se realizó un análisis cuantitativo y cualitativo de los datos obtenidos mediante el cuestionario de valoración de la intervención.

## **Resultados**

Como observamos en la tabla 1, la diferencia entre el tiempo obtenido en la parte B del TMT y la parte A, disminuyó tras la intervención. No obstante, los análisis estadísticos realizados no mostraron que esas diferencias fuesen significativas. En el caso del tiempo empleado en la Figura de Rey, tanto en la fase de copia como en la de reproducción, las diferencias entre las medias pre y postratamiento no fueron estadísticamente significativas. En cuanto a la puntuación obtenida en la fase de copia de la figura de Rey, los datos mostraron que existían diferencias significativas entre las medias obtenidas antes y después del tratamiento ( $t= -2,264$ ;  $p < 0,05$ ). Además, el valor del tamaño del efecto ( $d=$

0,68) indicó que esas diferencias no se explicaban por el tamaño muestral. Los análisis de diferencias de las puntuaciones directas obtenidas en la fase de reproducción también mostraron diferencias significativas ( $t = -3,378$ ;  $p < 0,01$ ), obteniendo un valor del tamaño del efecto  $d = 1,02$ . En cuanto al índice de masa corporal (IMC), los resultados mostraron un aumento de esta variable tras la intervención, resultando las diferencias significativas estadísticamente ( $t = -2,859$ ;  $p < 0,05$ ), con un tamaño del efecto alto ( $d = 0,86$ ). Con relación a la motivación al cambio, tanto la importancia que tiene el cambio para los participantes como la capacidad que perciben que tienen para lograrlo obtuvieron puntuaciones superiores una vez transcurrido el programa. No obstante, esas diferencias no resultaron significativas a nivel estadístico. Del mismo modo ocurrió con el nivel de ansiedad, el nivel de depresión, la autoestima y las actitudes alimentarias. En cuanto al perfeccionismo, los resultados mostraron que tras la intervención las puntuaciones medias eran significativamente superiores ( $t = -3,496$ ;  $p < 0,01$ ), con un tamaño del efecto alto ( $d = 1,05$ ).

**Tabla 1**

Resumen de los resultados obtenidos en la evaluación pre y postratamiento

	Pre		Pos		<i>t</i>	<i>d</i> de Cohen
	<i>M</i>	<i>DT</i>	<i>M</i>	<i>DT</i>		
Tiempo de ejecución (TMT)	26,82	9,04	26,73	8,92	0,037	--
Tiempo fase copia (Rey)	1,84	1,26	1,29	0,47	2,106	--
Puntuación fase copia (Rey)	31,72	3,54	33,91	1,70	-2,264*	0,68
Tiempo fase reproducción (Rey)	1,73	0,78	1,44	0,43	1,883	--
Puntuación fase reproducción (Rey)	18,68	5,88	23,68	5,92	-3,378**	1,02
IMC	18,69	1,89	19,05	2,10	-2,859*	0,86
Motivación al cambio (importancia)	8,73	2,69	9,00	1,55	-0,352	--
Motivación al cambio (capacidad)	4,18	2,79	4,73	2,72	-0,690	--
HADS (ansiedad)	14,73	2,87	15,09	2,26	-0,425	--
HADS (depresión)	11,73	3,85	10,73	3,10	0,786	--
EAT-26	42,36	10,75	35,82	15,32	1,377	--
RSES	18,36	3,64	18,36	4,03	0,000	--
EDI-2 (perfeccionismo)	17,09	7,31	19,09	6,24	-3,496**	1,05

Notas: TMT= Test de rastreo; IMC= índice de masa corporal; HADS= Escala de ansiedad y depresión hospitalaria; EAT-26= Cuestionario de actitudes antes la alimentación; RSES= Escala de autoestima de Rosenberg; EDI-2= Escala perfeccionismo del Inventario de trastornos de la conducta alimentaria. \* $p < 0,05$ ; \*\* $p < 0,01$ .

A continuación, en la tabla 2, se presenta el análisis cuantitativo del cuestionario de valoración de la intervención. Los resultados se sitúan en torno a los valores más altos del rango de puntuaciones (0-10), por encima de los 6 puntos. Los aspectos que mejor se valoraron fueron los referidos a la duración, al número y al carácter dinámico de las sesiones, así como la comprensión de los conceptos que se fueron explicando durante el programa. Además, los



participantes percibieron que la aplicabilidad del tratamiento a su vida diaria era alta. La utilidad de las sesiones ha sido el componente que se ha valorado menos positivamente, a pesar de obtener una media por encima del rango medio de puntuaciones.

**Tabla 2**  
Resultados recogidos con el cuestionario de valoración

Ítem	M	DT	Moda
¿En qué medida has disfrutado de las sesiones?	6,73	1,35	8
¿Te han parecido dinámicas las sesiones?	8,59	1,35	10
¿Cómo de útiles te han sido las sesiones?	6,64	1,12	6
¿Crees que has comprendido los conceptos que se han ido explicando?	8,55	2,16	10
¿Piensas que has aprendido nuevas estrategias/habilidades?	7,64	1,50	8
¿En qué medida el grupo cumplió tus expectativas?	7,27	1,19	8
¿Sientes que el tratamiento te brinda habilidades que puedes aplicar en tu vida diaria?	9,18	1,17	10
¿Crees que la duración de las sesiones ha sido adecuada?	8,73	1,74	9
¿Crees que el número de sesiones ha sido adecuado?	8,73	1,74	9
¿Cuál es tu satisfacción general con el grupo?	7,9	1,91	8

Nota: las puntuaciones directas estaban entre 0 y 10.

Respecto al análisis cualitativo de las preguntas abiertas, en la tabla 3 se muestran las distintas categorías que se establecieron para cada una de las cuestiones presentadas en el cuestionario de valoración de la intervención.

**Tabla 3**  
Análisis cualitativo de las preguntas abiertas del cuestionario de valoración (n= 10)

Pregunta	Frecuencia
¿Qué es lo que más te ha gustado del grupo? Aspectos a destacar	
Grupo dinámico y participativo	5
Aprendizaje de nuevas habilidades y de cuáles son sus estilos de pensamiento	5
Actividades útiles, que favorecían la comprensión del contenido, y lúdicas	5
La flexibilidad que han adquirido y el aprender a hacer las cosas de distinta forma	2
Realización de muchas actividades relacionadas con el contenido de la sesión	1
Los juegos de multitarea	1
¿Qué es lo que menos te ha gustado del grupo? Aspectos a mejorar	
Grupo en ocasiones repetitivo	3
Mayor aplicabilidad a la enfermedad	2
Grupo en ocasiones estresante, había muchas actividades y muchos conceptos	2
La actividad de pros y contras	1
El juego del Rummy, porque hubo mucha competitividad	1
El ejercicio de multitarea (cantante multitarea)	1

¿Qué es lo que te ha aportado a ti personalmente el grupo?	
Aprendizaje de cómo utilizar en su vida diaria, de forma adaptativa, un tipo u otro de pensamiento	5
Les ha permitido ser más flexibles, llevar a cabo conductas menos rígidas y probar a hacer cosas nuevas o de distinta forma	5
Aprendizaje acerca de los estilos de pensamiento que existen	4
Identificación de su propio estilo de pensamiento y reflexión sobre su utilidad	4
¿Qué cosas te han resultado difíciles?	
Actividades de multitarea como Slap Clap Click Click y Cantante multitarea	6
Distinguir cada una de las habilidades y sus diferencias	2
Algunas preguntas de reflexión sobre qué tipo de pensamiento podría mejorar	2
Hacer frente a la rutina	1
Intentar dar el 100% en cada una de las actividades de la multitarea	1
La habilidad de alternar entre distintos tipos de información	1
La habilidad de pensamiento global	1
¿Cómo podrías seguir manteniendo los cambios que has conseguido durante este grupo?	
Aplicando los conocimientos aprendidos en su día a día	7
Siguiendo con la práctica de las habilidades aprendidas	6
Continuando con el aprendizaje de nuevas estrategias de pensamiento	2

### Discusión

El objetivo del presente trabajo ha consistido en aplicar un programa de estimulación cognitiva en un grupo de pacientes diagnosticado de un TCA, analizar si se producían cambios en las dimensiones cognitivas coherencia central y flexibilidad cognitiva tras la intervención, así como en otras variables clínicas.

Los resultados mostraron el efecto de la intervención en algunas de las variables cognitivas medidas, como se refleja en las puntuaciones obtenidas durante la fase de copia y de reproducción de la figura de Rey. Así pues, los resultados indicaron que la intervención específica en estimulación cognitiva tuvo un efecto significativo en dos de las dimensiones de la coherencia central: la exactitud y la riqueza del trabajo. No obstante, a pesar de no haberse cumplido la hipótesis planteada, pues se esperaba encontrar cambios significativos estadísticamente en ambas dimensiones cognitivas: flexibilidad y coherencia central, no por ello dejan de ser relevantes los resultados obtenidos, destacando algunas coincidencias con los encontrados en otras investigaciones previas (Davies y Tchanturia, 2005; Genders y Tchanturia, 2010; Pretorius *et al.*, 2012).

En cuanto a los análisis realizados para explorar si la intervención producía cambios en las variables clínicas empleadas, los datos mostraron únicamente un efecto significativo en el caso del IMC, con un valor del tamaño del efecto alto. Este resultado es similar al encontrado en otras investigaciones previas realizadas (Lindvall *et al.*, 2014; Pretorius y Tchanturia, 2007).

Estos resultados ponen de manifiesto la relevancia de continuar con la implantación de tratamientos específicos centrados en el funcionamiento cognitivo, ya que únicamente el abordaje de la problemática desde una

perspectiva nutricional no consigue mejoras a nivel cognitivo, de acuerdo con lo establecido en otros estudios realizados previamente (Tchanturia *et al.*, 2002; Tchanturia *et al.*, 2004; Treasure, 2004).

Cabe destacar el caso del perfeccionismo, pues los resultados mostraron resultados significativos pero en el sentido opuesto al esperado, ya que tras la intervención, el nivel de perfeccionismo aumentó. Del mismo modo, en un estudio realizado por Pitt, Lewis, Morgan y Woodward (2010), se encontró que algunos de los participantes aumentaron sus puntuaciones en perfeccionismo tras la intervención, mientras otros las disminuyeron. En este sentido, cabe considerar que la escala de perfeccionismo del EDI-2 empleada en este trabajo, que consta de seis ítems, presenta dos ítems referidos a las expectativas de los padres y uno que se refiere a cuando el participante era pequeño, por lo que la valoración de la intervención aplicada en este estudio no pudo reflejar cambios en esos aspectos.

Si atendemos al análisis cualitativo, los resultados coinciden con los hallados en la literatura. Las investigaciones realizadas muestran una valoración muy positiva de los pacientes con respecto a su participación en el programa de estimulación cognitiva, señalando aspectos como la utilidad del programa, el dinamismo de las sesiones y la ayuda proporcionada para implementar nuevas estrategias cognitivas y para poder aplicarlas a la vida cotidiana (Davies y Tchanturia, 2005; Genders y Tchanturia, 2010; Tchanturia *et al.*, 2007, 2008; Tchanturia y Hambrook, 2010; Tchanturia y Lock, 2011; Whitney, Easter y Tchanturia, 2008; Wood *et al.*, 2011).

En este sentido, algunas de las características mejor valoradas por los participantes, como el clima agradable y participativo de las sesiones, que otorga la oportunidad de aprender a partir de los errores y de la práctica, son aspectos esenciales de este tipo de terapia que se han tenido en cuenta durante la implantación del programa. Asimismo, siguiendo las recomendaciones de Tchanturia *et al.* (2010), el papel del terapeuta ha sido de colaboración e interacción en las dinámicas, así como motivacional, animando y reforzando positivamente las reflexiones de los pacientes.

Los participantes coinciden en señalar que hacer varias actividades simultáneamente, la multitarea, ha sido la habilidad que más difícil les ha resultado. Tal y como refieren en sus reflexiones, esto puede deberse a que son tareas estresantes, ya que no pueden alcanzar esos niveles de perfeccionismo que se autoimponen, lo que les genera frustración. Estas conclusiones coinciden con la literatura, pues también señala esos niveles de autoexigencia como características presentes en las personas con TCA (Tchanturia *et al.*, 2010). En este sentido, para aplicaciones futuras del programa, cabe considerar un mayor hincapié en el desarrollo y práctica de esta habilidad.

En cuanto a las mejoras que proponen los participantes, cabe destacar la mayor aplicabilidad del programa a la enfermedad, ya que la terapia de estimulación cognitiva centra la intervención en el modo de funcionar del cerebro y no en temas específicos relacionados con el TCA (Tchanturia *et al.*, 2010). Así pues, en futuras aplicaciones del programa, se debería explicar con mayor detenimiento la característica fundamental que diferencia este tipo de terapia con respecto a otras como la cognitivo conductual.

En conclusión, teniendo en cuenta la información proporcionada por los participantes, los objetivos teóricos que se plantea la terapia de estimulación cognitiva se han conseguido con la aplicación de la intervención en nuestros participantes. Según ellos mismos refieren, el tratamiento les ha permitido explorar y reflexionar sobre sus estilos de pensamiento, así como sobre las estrategias que emplean durante la realización de algunas actividades. Todo ello, ha hecho posible que aprendan a utilizar y aplicar en su entorno el estilo de pensamiento más adaptativo. Asimismo, señalan que gracias a la intervención han podido introducir pequeños cambios conductuales, realizando algunas actividades de distinta forma o, incluso, probando actividades nuevas.

Es necesario considerar algunas limitaciones presentes en este trabajo. En primer lugar, los resultados deben ser interpretados de forma cautelosa, ya que la intervención en estimulación cognitiva se ha desarrollado de forma integrada en el enfoque multidisciplinar de intervenciones del centro de día. Asimismo, la muestra clínica a la que se ha podido acceder presenta un tamaño pequeño ( $n= 11$ ), por lo que se recomienda seguir utilizando esta terapia en grupos mayores. Además, no se utilizó un grupo control con el que poder comparar los resultados obtenidos. No obstante, teniendo en cuenta estas limitaciones, el presente trabajo se plantea como un estudio piloto en el que se ha aplicado un tipo de terapia novedosa en nuestro país en los TCA y se pretendía explorar los cambios producidos, sin querer ser pretenciosos en las conclusiones y en la generalización de los resultados de nuestra muestra.

A pesar de las limitaciones descritas en este trabajo, los estudios coinciden en señalar la estimulación cognitiva como una terapia adecuada en el tratamiento de los TCA. No obstante, se trata de una terapia en fase de desarrollo sobre la que asolan diversas cuestiones, como su capacidad para producir mejoras en los síntomas específicos de los TCA y la psicopatología asociada (Lindvall y Rø, 2014).

Con el objetivo de paliar estas cuestiones, se plantea la necesidad de continuar en futuras investigaciones con diseños de estudios controlados aleatorizados, así como de incluir un mayor número de instrumentos de evaluación (Brockmeyer *et al.*, 2013; Dingemans *et al.*, 2014; Lock *et al.*, 2013). Cabe señalar el trabajo realizado por Dingemans *et al.* (2014), pues se trata del primer estudio controlado aleatorizado en el que se investiga desde una perspectiva transdiagnóstica, de igual forma que ocurre en el presente trabajo. Así pues, en futuras investigaciones sería relevante analizar el efecto que produce el tipo de diagnóstico en el tratamiento en estimulación cognitiva y considerar la necesidad de adaptar los programas y actividades existentes para su aplicación desde esa nueva perspectiva, ya que tradicionalmente esta terapia se ha empleado en el marco de la anorexia nerviosa.

## Referencias

- Abbate-Daga, G., Buzzichelli, S., Marzola, E., Amianto, F. y Fassino, S. (2012). Effectiveness of cognitive remediation therapy (CRT) in anorexia nervosa: a case series. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 34, 1009-1015.

- Arrufat, F. J., Badia, G., Benítez, D., Cuesta, L., Duño, L., Estrada, M. D., Fernández, F., Franch, J., Lombardia, C., Peruzzi, S., Puig, J., Rodríguez, M. G., Serra, J., Soriano, J. A., Turón, V. y Voltas, M. (2009). *Guía de práctica clínica sobre trastornos de la conducta alimentaria*. Barcelona: Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5ª ed.). Arlington, VA: Autor.
- Brockmeyer, T., Ingenerf, K., Walther, S., Wild, B., Hartmann, M., Herzog, W., Bents, H. y Friederich, H.C. (2013). Training cognitive flexibility in patients with anorexia nervosa: a pilot randomized controlled trial of cognitive remediation therapy. *International Journal of Eating Disorders*, 47, 24-31.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2ª ed.). Hillsdale, MI: Lawrence Erlbaum.
- Corral, S., González, M., Pereña, J. y Seisdedos, N. (1998). Adaptación española del Inventario de trastornos de la conducta alimentaria. En D. M. Garner (dir.), *EDI-2: Inventario de trastornos de la conducta alimentaria. Manual* (pp. 69-80). Madrid: TEA.
- Lindvall, C., Lask, B., Landrø, N. I. y Rø, Ø. (2014). Developing and evaluating cognitive remediation therapy (CRT) for adolescents with anorexia nervosa: a feasibility study. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 19, 476-487.
- Lindvall, C. y Rø, Ø. (2014). A systematic review of cognitive remediation therapy for anorexia nervosa-development, current state and implications for future research and clinical practice. *Journal of Eating Disorders*, 2, 1-12.
- Davies, H. y Tchanturia, K. (2005). Cognitive remediation therapy as an intervention for acute anorexia nervosa: a case report. *European Eating Disorders Review*, 13, 311-316.
- Dingemans, A. E., Danner, U. N., Donker, J. M., Aardoom, J. J., van Meer, F., Tobias, K., van Elburg, A. A. y van Furth, E. F. (2014). The effectiveness of cognitive remediation therapy in patients with a severe or enduring eating disorder: a randomized controlled trial. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 83, 29-36.
- Doidge, N. (2007). *The brain that changes itself: stories of personal triumph from the frontiers of brain science*. Nueva York, NY: Penguin Books.
- Echeburúa, E. (1995). *Evaluación y tratamiento de la fobia social*. Barcelona: Martínez Roca.
- Garner, D. M. (1998). *EDI-2: Inventario de trastornos de la conducta alimentaria. Manual*. Madrid: TEA.
- Garner, D. M., Olmsted, M. P., Bohr, Y. y Garfinkel, P. E. (1982). The eating attitudes test: psychometric features and clinical correlates. *Psychological Medicine*, 12, 871-878.
- Gandarillas, A., Zorrilla, B., Muñoz, P., Sepúlveda, A. R., Galan, I. y Leon, C. (2002). Validez del Eating Attitudes Test (EAT-26) para cribado de trastornos del comportamiento alimentario. *Gaceta Sanitaria*, 1, 40-42.
- Genders, R., Davies, H., St Louis, L., Kyriacou, O., Hambrook, D. y Tchanturia, K. (2008). Long-term benefits of CRT for anorexia. *British Journal of Healthcare Management*, 14, 15-19.
- Genders, R. y Tchanturia, K. (2010). Cognitive remediation therapy (CRT) for anorexia in group format: a pilot study. *Eating and Weight Disorders*, 15, 234-239.
- IBM Corp. Released (2011). IBM SPSS Statistics for Windows, Version 20.0 [programa de ordenador]. Armonk, NY: IBM Corp.
- Lock, J., Agras, W. S., Fitzpatrick, K. K., Bryson, S. W., Jo, B. y Tchanturia, K. (2013). Is outpatient cognitive remediation therapy feasible to use in randomized clinical trials for anorexia nervosa? *International Journal of Eating Disorders*, 46, 567-575.
- Lopez, C., Tchanturia, K., Stahl, D. y Treasure, J. (2008). Central coherence in eating disorders: a systematic review. *Psychological Medicine*, 38, 1393-1404.

- López-Roig, S., Terol, M. C., Pastor, M. A., Neipp, M. C., Massutí, B., Rodríguez-Marín, J., Neip, M. C., Leyda, J. I., Martín-Aragón, M., Sánchez, S. y Sitges, E. (2000). Ansiedad y depresión. Validación de la escala HAD en pacientes oncológicos. *Revista de Psicología de la Salud*, 2, 127-57.
- Maiden, Z., Baker, L., Espie, J., Simic, M. y Tchanturia, K. (2014). *Group cognitive remediation therapy for adolescents with anorexia nervosa*. Recuperado de [http://www.national.slam.nhs.uk/wp-content/uploads/2014/08/Group-Cognitive-Remediation-Therapy-for-Adolescents-with-Anorexia-Nervosa\\_-The-Flexible-Thinking-Group-August-2014.pdf](http://www.national.slam.nhs.uk/wp-content/uploads/2014/08/Group-Cognitive-Remediation-Therapy-for-Adolescents-with-Anorexia-Nervosa_-The-Flexible-Thinking-Group-August-2014.pdf)
- Miller, W. R. y Rollnick, S. (1999). *La entrevista motivacional: preparar para el cambio de conductas adictivas*. Barcelona: Paidós.
- Mitrushina, M., Boone, K. B., Razani, J. y D'Elia, L. F. (2005). *Handbook of normative data for neuropsychological assessment* (2ª ed.). Nueva York, NY: Oxford University Press.
- Morejón, A. J. V., García-Bóveda, R. J. y Jiménez, R. V. M. (2004). Escala de autoestima de Rosenberg: fiabilidad y validez en población clínica española. *Apuntes de Psicología*, 22, 247-255.
- Pitt, S., Lewis, R., Morgan, S. y Woodward, D. (2010). Cognitive remediation therapy in an outpatient setting: a case series. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 15, 281-286.
- Pretorius, N., Dimmer, M., Power, E., Eisler, I., Simic, M. y Tchanturia, K. (2012). Evaluation of a cognitive remediation therapy group for adolescents with anorexia nervosa: pilot study. *European Eating Disorders Review*, 20, 321-325.
- Pretorius, N. y Tchanturia, K. (2007). Anorexia nervosa: how people think and how we address it in cognitive remediation therapy. *Therapy*, 4, 423-432.
- Reitan, R. M. (1992). *Trail Making Test: manual for administration and scoring*. Tucson, AZ: Reitan Neuropsychology Laboratory.
- Rey, A. (1959). *Test de copie et de reproduction de mémoire de figures géométriques complexes*. París, FR: Editions du Centre de Psychologie Appliquée.
- Rey, A. (2003). *REY. Test de copia y de reproducción de memoria de figuras geométricas complejas. Manual* (8ª ed.). Madrid: TEA.
- Roberts, M., Tchanturia, K. y Treasure, J. (2010). Exploring the neurocognitive signature of poor set-shifting in anorexia and bulimia nervosa. *Journal of Psychiatric Research*, 44, 964-970.
- Rojo, S. F., Linares, T. G., Arguis, C. B. y Félix-Alcántara, M. P. (2015). Trastornos de la conducta alimentaria. *Medicine-Programa de Formación Médica Continuada Acreditado*, 11, 5144-5152.
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. New Jersey, NJ: Princeton University Press.
- Serrani, D. (2013). Traducción al español y validación de la escala de autoevaluación de quejas cognitivas en esquizofrenia. *Psicogente*, 16, 324-344.
- Southgate, L., Tchanturia, K. y Treasure, J. (2009). Neuropsychology in eating disorders. En S. Wood, N. Allen y C. Pantelis (dirs.), *The neuropsychology of mental illness* (pp. 316-325). Nueva York, NY: Cambridge University Press.
- Strauss, E., Sherman, E.M.S. y Spreen, O. (2006). *A compendium of neuropsychological tests: administration, norms, and commentary* (3ª ed.). Nueva York, NY: Oxford University Press.
- Tchanturia, K., Campbell, I. C., Morris, R. y Treasure, J. (2005). Neuropsychological studies in anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 37, 72-76.
- Tchanturia, K., Davies, H. y Campbell, I.C. (2007). Cognitive remediation therapy for patients with anorexia nervosa: preliminary findings. *Annals of General Psychiatry*, 6, 1-16.

- Tchanturia, K., Davies, H., Lopez, C., Schmidt, U., Treasure, J. y Wykes, T. (2008). Neuropsychological task performance before and after cognitive remediation in anorexia nervosa: a pilot case-series. *Psychological Medicine*, 38, 1371-1373.
- Tchanturia, K., Davies, H., Reeder, C. y Wykes, T. (2010). *Cognitive remediation therapy for anorexia nervosa*. Londres: King's College.
- Tchanturia, K. y Hambrook, D. (2010). Cognitive remediation therapy for anorexia nervosa. En C. M. Grilo y J. E. Mitchell (dirs.), *The treatment of eating disorders* (pp. 130-150). Nueva York, NY: Guilford.
- Tchanturia, K. y Lock, J. (2011). Cognitive remediation therapy for eating disorders: development, refinement and future directions. *Current Topics in Behavioral Neurosciences*, 6, 269-287.
- Tchanturia, K., Morris, R. y Brecelj-Anderluh, M. (2004). Set shifting in anorexia nervosa: an examination before and after weight gain, in full recovery and the relationship to childhood and adult OCPD traits. *Journal of Psychiatric Research*, 38, 545-552.
- Tchanturia, K., Morris, R. G., Surguladze, S. y Treasure, J. (2002). An examination of perceptual and cognitive set shifting tasks in acute anorexia nervosa and following recovery. *Eating and Weight Disorders*, 7, 312-315.
- Tejero., A., Guimera, E., Farré, J. M. y Peri, J. M. (1986). Uso clínico del HAD (Hospital Anxiety and Depression Scale) en población psiquiátrica: un estudio de sensibilidad, fiabilidad y validez. *Revista del Departamento de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona*, 13, 233-238.
- Tenconi, E., Santonastaso, P., Degortes, D., Bosello, R., Titton, F., Mapelli, D. y Favaro, A. (2010). Set-shifting abilities, central coherence, and handedness in anorexia nervosa patients, their unaffected siblings and healthy controls: exploring putative endophenotypes. *The World Journal of Biological Psychiatry*, 11, 813-823.
- Treasure, J. (2004). Una visión general de los enfoques de tratamiento de los trastornos alimentarios. *Psicología Conductual*, 12, 491-500.
- Viñuales, M., Fernández, F., Jiménez, S., Turón, V. y Vallejo, J. (2001). Baja autoestima, restricción alimentaria y variables psicopatológicas en anorexia y bulimia nerviosa. Un estudio de casos y controles. *Psicología Conductual*, 9, 267-278.
- Whitney, J., Easter, A. y Tchanturia, K. (2008). Service users' feedback on cognitive training in the treatment of anorexia nervosa: a qualitative study. *International Journal of Eating Disorders*, 41, 542-550.
- Wood, L., Al-Khairulla, H. y Lask, B. (2011). Group cognitive remediation therapy for adolescents with anorexia nervosa. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 16, 225-231.
- Zigmond, A. S. y Snaith, R. P. (1983). The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67, 361-370.
- Zuchova, S., Kubena, A. A., Erler, T. y Papezova, H. (2013). Neuropsychological variables and clinical status in anorexia nervosa: relationship between visuospatial memory and central coherence and eating disorder symptom severity. *Eating and Weight Disorders*, 18, 421-428.

RECIBIDO: 9 de junio de 2016

ACEPTADO: 15 de septiembre de 2016

**Apéndice**

## Resumen de los objetivos y el contenido de las sesiones

Nº	Objetivos	Contenido	Actividades
1	<ul style="list-style-type: none"> <li>Realizar la evaluación pretratamiento</li> <li>Introducir y explicar brevemente el funcionamiento del grupo</li> </ul>	Evaluación inicial de los participantes y presentación del tratamiento.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Aplicación de los métodos de evaluación seleccionados.</li> <li>Explicación mediante una presentación de diapositivas en qué consiste el grupo, cuál es su fundamentación teórica y cuál va a ser el procedimiento de las sesiones (número, estructura, duración).</li> </ul>
2	<ul style="list-style-type: none"> <li>Introducir el concepto de pensamiento global, en contraposición al pensamiento centrado en el detalle</li> <li>Fomentar el pensamiento basado en la visión global</li> </ul>	El grupo tiene que elaborar con sus propios cuerpos una palabra en el suelo, y un compañero, utilizando la "vista de pájaro", tiene que adivinar de qué palabra se trata. También, por parejas, tienen que describir a su compañero una figura geométrica compleja con diversas figuras entrelazadas y con distintos detalles.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Romper el hielo: Mensaje a la luna e introducción a la sesión.</li> <li>Ejercicios: Figuras complejas y Rummy</li> <li>Conclusiones generales y tareas para casa: compartir las figuras geométricas.</li> </ul>
3	<ul style="list-style-type: none"> <li>Introducir el concepto de alternancia</li> <li>Practicar la atención alternada entre dos tipos de información</li> <li>Entrenar la capacidad de flexibilizar para cambiar el foco de atención</li> </ul>	Se realizan actividades en las que tienen que hacer lo contrario a lo que se les ordene; observar distintas ilusiones ópticas y entrenar la visualización de las dos figuras que se presentan en la imagen; e introducir nuevas actividades de ocio y tiempo libre durante la semana.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Romper el hielo. Haciendo lo contrario.</li> <li>Revisión de las tareas para casa e introducción a la sesión.</li> <li>Ejercicios: Ilusiones y Tarea de Stroop.</li> <li>Conclusiones generales y tareas para casa: Probar algo nuevo.</li> </ul>



4	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Introducir el concepto de multitarea</li> <li>• Practicar la habilidad de realizar varias tareas simultáneamente</li> <li>• Generar una discusión sobre la aplicabilidad de esta habilidad en la vida diaria</li> </ul>	<p>Se realizan actividades en las que tienen que realizar más de una tarea, como contar al mismo tiempo dos tipos distintos de figuras geométricas que se encuentran camufladas en un folio con una gran variedad de éstas; memorizar un listado de palabras mientras juegan con el móvil; y realizar una sopa de letras mientras colorean un dibujo.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Romper el hielo. Juego de las pelotas multicolor.</li> <li>• Revisión de las tareas para casa e introducción a la sesión.</li> <li>• Ejercicios: Buscar y contar, Juego de memoria, y Buscar palabras y Colorear.</li> <li>• Conclusiones generales y tareas para casa: practicando la multitarea en casa.</li> </ul>
5	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Resumir y consolidar las estrategias aprendidas en las sesiones anteriores.</li> <li>• Aumentar la motivación de los participantes para experimentar con diferentes estilos de pensamiento.</li> </ul>	<p>Se utilizan actividades como la de Mapas, en la que los participantes tienen que utilizar diversas habilidades para conducir a sus compañeros a su destino empleando distintas formas de navegar (puntos cardinales o señales de dirección). Con el resto de actividades, reflexionan las habilidades que necesitan para desempeñar adecuadamente una profesión.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Romper el hielo. Buzz.</li> <li>• Revisión de las tareas para casa e introducción a la sesión.</li> <li>• Ejercicios: Escritura a mano, Mapas y Profesiones</li> <li>• Conclusiones generales y tareas para casa: El trabajo de mis sueños.</li> </ul>
6	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Revisar el concepto de pensamiento global.</li> <li>• Entrenar este tipo de pensamiento con diferentes ejercicios.</li> </ul>	<p>Se realizan actividades en las que tienen que describir un lugar sin nombrar las 3 palabras que se le indican; explicar una acción con el menor número de palabras posible; resumir la idea principal de diversas cartas; y reflexionar sobre cómo es su estilo de pensamiento durante una situación difícil.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Romper el hielo. ¿Qué es?</li> <li>• Revisión de las tareas para casa e introducción a la sesión.</li> <li>• Ejercicios: ¿Cómo...? e Idea principal.</li> <li>• Conclusiones generales y tareas para casa: Mi estilo de pensamiento en una situación difícil.</li> </ul>

7	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Revisar el concepto de alternancia.</li> <li>• Entrenar la capacidad de cambiar nuestro foco de atención desde un estímulo a otro.</li> </ul>	<p>Tienen que identificar en un texto dos categorías de información relevantes (por ejemplo palabras relacionadas con el frío y palabras relacionadas con la vestimenta); resolver situaciones cotidianas planteando todas las alternativas que se les ocurran; y hacer cambios en su comportamiento que les permitan practicar la flexibilidad.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Romper el hielo. Juego de las manos</li> <li>• Revisión de las tareas para casa e introducción a la sesión</li> <li>• Ejercicios: Palabras incrustadas, Arriba y abajo, y Alternar en la vida real</li> <li>• Conclusiones generales y tareas para casa: Ensayo conductual</li> </ul>
8	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Revisar el concepto de multitarea.</li> <li>• Entrenar en la capacidad de realizar varias tareas simultáneamente.</li> </ul>	<p>Para practicar esta habilidad, en las tareas, por ejemplo, tienen que contar las veces que se dice "diamond" en la canción de Rihanna que se titula así, mientras que escriben una palabra que empiece por cada una de las letras del abecedario (por orden alfabético). También tienen que leer la letra subtitulada de una canción mientras escriben en un folio lo que hicieron ayer.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Romper el hielo. Slap Clap Click Click.</li> <li>• Revisión de las tareas para casa e introducción a la sesión.</li> <li>• Ejercicios: Diamonds multitarea y Cantante multitarea.</li> <li>• Conclusiones generales y tareas para casa: pros y contras de cada una de las habilidades aprendidas.</li> </ul>
9	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Practicar todas las habilidades aprendidas durante el programa.</li> <li>• Reflexionar sobre las ventajas e inconvenientes de cada una de ellas, así como la utilidad en la vida diaria, con ejemplos específicos.</li> </ul>	<p>En las actividades tienen que dibujar un gato de forma detallada mientras siguen las instrucciones del terapeuta; contar los distintos cuadrados que identifican en una imagen; buscar las diferencias entre dos imágenes; y escribir, por orden alfabético y de forma alternada, nombres de chicos y de chicas hasta completar el abecedario.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Introducción a la sesión</li> <li>• Ejercicios: Gato multitarea, Tarea de los cuadrados, Buscar las diferencias y Abecedario de nombres.</li> <li>• Revisión de las tareas para casa y resumen de las habilidades.</li> </ul>
10	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Realizar la evaluación postratamiento.</li> </ul>	<p>Evaluación final de los participantes y del programa de tratamiento.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aplicación de los mismos instrumentos de evaluación empleados en la sesión 1.</li> <li>• Cumplimentación del cuestionario de valoración elaborado <i>ad hoc</i>.</li> </ul>