



Grado en Psicología

Trabajo de Fin de Grado

Curso 2022/2023

Convocatoria Junio



Modalidad: Propuesta de intervención

Título: Programa de estimulación cognitiva en pacientes con TCA.

Autora: Nydia Danger Bernabéu

Tutora: Yolanda Quiles Marcos

COIR: TFG.GPS.YQM.NDB.230515

Elche, a 29 de Mayo de 2023

ÍNDICE

Resumen.....	3
Marco teórico.....	5
Método.....	8
Participantes.....	8
Instrumentos.....	8
Procedimiento.....	9
Resultados.....	10
Discusión.....	20
Referencias.....	21
Anexos.....	25



RESUMEN

Los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) son una de las enfermedades que más afectan a la población joven, con graves consecuencias, entre ellas deficiencias en el funcionamiento cognitivo que se manifiestan con rigidez cognitiva y/o una coherencia central débil. Estas dificultades a nivel cognitivo han sido identificadas como mantenedores del TCA. El objetivo de este estudio fue diseñar un programa de intervención de estimulación cognitiva basado en la Terapia de Remediación Cognitiva (TRC) (Tchanturia y Hambrook, 2010). Esta intervención es complementaria a los tratamientos habituales y busca estimular cognitivamente a las participantes mediante tareas cognitivas y conductuales, así como aporta estrategias que pueden aplicar también en la vida cotidiana. Esta propuesta de intervención incluye nueve sesiones de entre 45 minutos y una hora, que se realizarán dos veces por semana. Los contenidos de estas sesiones son: psicoeducación sobre las deficiencias cognitivas y la TRC, resolución de problemas, entrenamiento de las funciones ejecutivas, de la memoria de trabajo, de los procesos psicológicos básicos, de la flexibilidad cognitiva y de la coherencia central y actividades de modelado. Para la evaluación de este programa se han utilizado los siguientes cuestionarios: el Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria (EDI-2), la Escala de Perfeccionismo Multidimensional (MPS) el Inventario de Obsesiones y Compulsiones Revisado (OCI-R), el test CAMBIOS y la tarea de Navón.

Palabras clave: propuesta de intervención, trastornos alimentarios, terapia de remediación cognitiva, estimulación cognitiva, coherencia central, flexibilidad cognitiva.

ABSTRACT

Eating Disorders (ED) are one of the diseases that most affect the young population, being in most cases of chronic course and generating numerous consequences, including deficiencies in cognitive functioning manifested by cognitive rigidity and/or weak central coherence. These difficulties at the cognitive level have been identified as maintainers of ED. The objective of this program was to design a cognitive stimulation intervention program based on Cognitive Remediation Therapy (CRT) (Tchanturia & Hambrook, 2010). This intervention is complementary to the usual treatments and seeks to cognitively stimulate the participants through cognitive and behavioral tasks, as well as providing strategies that can also be applied in daily life. This intervention proposal includes nine sessions between 45 minutes and one hour, to be held twice a week. These sessions contents are: psychoeducation on cognitive impairments and CRT, problem solving, training of executive functions, working memory,

basic psychological processes, cognitive flexibility and central coherence, and modeling activities. The following questionnaires were used for the evaluation of this program: the Eating Disorders Inventory (EDI-2), the Multidimensional Perfectionism Scale (MPS), the Obsessions and Compulsions Inventory-Revised (OCI-R), the CAMBIOS test and the Navon task.

Keywords: intervention proposal, eating disorders, cognitive remediation therapy, cognitive stimulation, central coherence, cognitive flexibility



MARCO TEÓRICO.

Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) suponen una alteración persistente en la alimentación y/o en el comportamiento relacionado con la misma, que lleva a una alteración en el consumo o en la absorción de los alimentos y que causa un deterioro notable de la salud física o del funcionamiento psicosocial (DSM-5, APA, 2014). Entre los TCA conocidos el diagnóstico más frecuente es el de TCA no especificado (TCANE), seguido por la Bulimia Nerviosa (BN) y la Anorexia Nerviosa (AN) (Duarte y Mendieta, 2019). Estos trastornos conllevan una preocupación excesiva por el peso y/o la imagen corporal y para el control o reducción del peso corporal se da uso de medidas poco saludables y perjudiciales para la persona, como son por ejemplo la restricción de la comida o las purgas tras la misma que suponen deterioros importantes de la salud física y psicosocial con lo cual, se trata de una difícil psicopatología cuya sintomatología puede provocar consecuencias graves en la salud de las personas que la padecen (Klump *et al.*, 2009). Según estos autores las manifestaciones clínicas de estos trastornos son resultado de una combinación de factores genéticos y ambientales, los cuales llevan a distorsiones en la percepción de la imagen corporal que se acompañan con un cambio del comportamiento en cuanto a la alimentación, con objetivo de mantener un control sobre la figura.

Los TCAs afectan principalmente a las mujeres y además se encuentran entre las 10 causas más frecuentes de incapacidad para las mismas, así como se consideran la psicopatología con mayor probabilidad de mortalidad debido a las complicaciones médicas que provoca y al riesgo de suicidio que existe (Mitchell y Crow, 2006). En la mayoría de los casos el curso de los TCAs es crónico, lo que genera graves consecuencias psicosociales a las pacientes y también a sus familiares y cuidadores. (Pike *et al.*, 2008). Frecuentemente la AN suele comenzar durante la adolescencia, aunque actualmente se presentan cada vez más casos que comienzan en edades avanzadas o en la infancia. La edad promedio de aparición de la AN es entre los 16 y 25 años y la BN suele comenzar entre los 18 y 25 años (Gandarillas *et al.*, 2004).

Unas de las características que se ha demostrado que presentan los pacientes con AN son dificultades en el funcionamiento cognitivo, más específicamente en las funciones ejecutivas, donde se incluye una falta de "flexibilidad cognitiva" (Tchanturia *et al.*, 2004). Esto hace referencia a la capacidad de alternar diferentes tareas, cambiar de un tipo de información a otra, así como dar respuestas mentales a diferentes estímulos que se presentan a la vez, para lo cual las personas han de inhibir patrones de

pensamiento anteriores y adaptarlos a las nuevas situaciones, como por ejemplo cambiar de una regla establecida a otra nueva (Easter y Tchanturia, 2011).

También se ha demostrado que los pacientes con AN tienen un estilo de procesamiento de la información analítico y muy detallado, es decir, se centran de forma excesiva en los detalles (Easter y Tchanturia, 2011). Este estilo es conocido como “coherencia central débil” (Happé y Frith, 2006) y puede afectar en diversos aspectos de la vida diaria de los pacientes, e incluso puede seguir apareciendo tras haber recuperado el peso y puede ser un componente en el mantenimiento del trastorno (Easter y Tchanturia, 2011).

Estas deficiencias cognitivas pueden llevar a estilos de pensamiento inflexibles y centrados en los detalles, lo que normalmente conduce a los pacientes hacia una tendencia de pensamientos y comportamientos persistentes, rígidos y obsesivos (Genders y Tchanturia, 2010) y dificulta el cambio de estrategias cognitivas, el cambio de estímulos y el poder realizar tareas de forma simultánea (Gempeler, 2010). Las deficiencias en estas habilidades cognitivas dificultan la capacidad de adaptarse correctamente a las demandas del ambiente.

Con el fin de abordar correctamente estos estilos de procesamiento y estas deficiencias cognitivas se desarrolló la Terapia de Remediación Cognitiva (TRC), adaptada para su aplicación a los TCA por Kate Tchanturia y David Hambrook (2010). Con esta terapia se busca que los pacientes desarrollen estilos de pensamiento más flexibles con la utilización de ejercicios, tareas conductuales y cognitivas, así como con el aprendizaje de nuevas estrategias más adaptativas (Dingemans *et al.*, 2013), esta terapia se centra en los procesos básicos del pensamiento en vez de en el contenido (Easter y Tchanturia, 2011), es decir, en cómo piensan en vez de en lo que piensan. La TRC está protocolizada en un manual y se compone de 10 sesiones de entre 30-45 minutos (Tchanturia y Hambrook, 2010) en las que las tareas nombradas anteriormente precisan periodos cortos de concentración y son fáciles para que así los pacientes consigan el logro y vayan ganando concentración y flexibilidad mental (Gempeler, 2010).

En cuanto a la evidencia de la TRC, esta terapia se ha aplicado de forma tanto individual como grupal, adquiriendo unos resultados positivos y prometedores como los que se presentan a continuación.

Tchanturia *et al.*, (2007) realizaron un estudio preliminar para comprobar si intervenir en el estilo del pensamiento sería un tratamiento aceptable para la AN, utilizando ejercicios de flexibilidad cognitiva que se utilizaban en pacientes con esquizofrenia. En este estudio participaron cuatro mujeres, de entre 21 y 42 años,

diagnosticadas con AN con un mínimo de 7 años y les realizaron evaluaciones neuropsicológicas antes y después de la intervención. En cuanto a los resultados, se pudo ver una diferencia en las pacientes que realizaron la TRC con las que no, estas primeras, en conjunto con el tratamiento habitual subieron de peso y además tuvieron efectos de medianos a muy grandes en cuanto a la flexibilidad cognitiva; asimismo las pacientes expresaron que la TRC les parecía útil como intervención pre-tratamiento.

En otro estudio de Dingemans *et al.*, (2013) se comparaba la efectividad de la TRC conjunta con el tratamiento intensivo habitual que recibían las pacientes a los efectos de recibir únicamente el tratamiento intensivo habitual. Participaron 82 mujeres de entre 17 y 53 años, las cuales padecían un TCA y recibieron 10 sesiones individuales de TRC. Como resultados se observó que las pacientes que recibieron la TRC obtuvieron una mejoría significativamente mayor en la psicopatología del trastorno que el grupo que no la recibió.

El estudio reciente de Brockmeyer *et al.*, (2021) comparó la TRC con la terapia artística como tratamientos complementarios a las terapias habituales intensivas que reciben las pacientes, y trató de identificar cuál contribuye a una mayor mejoría de las limitaciones cognitivas que presentan. Para este estudio participaron 168 pacientes con un TCA, de entre 17 y 67 años, los cuales fueron asignados aleatoriamente en TRC y en terapia artística. Se hicieron intervenciones grupales, cada grupo recibió entre 8 y 9 sesiones. Finalmente, en los resultados se observó que no había mejorías superiores significativas en la rigidez cognitiva, el enfoque en los detalles y la coherencia central, entre otras variables, en el grupo que recibió la TRC en comparación al que recibió la terapia artística, sino que ambos obtuvieron resultados similares.

Diferentes estudios han puesto de manifiesto cómo estas deficiencias cognitivas en estas pacientes se convierten en factores mantenedores del trastorno alimentario (Easter y Tchanturia, 2011; Roberts *et al.*, 2007;). Es por ello que el objetivo de este estudio ha sido diseñar un programa de estimulación cognitiva para pacientes con TCA, basado en la TRC, con el fin de mejorar sus deficiencias cognitivas y mejorar sus estrategias de resolución de problemas.

Objetivos específicos:

- Aumentar la flexibilidad cognitiva de las participantes.
- Aumentar la coherencia central de las participantes.
- Entrenar en las participantes estrategias para la resolución de problemas.
- Entrenar en las participantes patrones de conducta más flexibles.

MÉTODO

Participantes

Este programa está dirigido a mujeres de edades comprendidas entre los 16 y los 21 años, con un TCA diagnosticado, más en concreto AN y BN, y que estén recibiendo tratamiento en una unidad especializada.

El grupo estará formado por 10 personas para facilitar la realización de las actividades y que todas puedan participar. La selección de las participantes la realizarán los profesionales que se encuentren tratando con ellas.

Como criterios de exclusión se establecen: padecer una enfermedad mental grave y/o alguna dificultad cognitiva que no estén relacionadas con los TCA, estar tomando una dosis de medicación elevada y el consumo de sustancias.

Instrumentos

Los instrumentos que se utilizarán para la evaluación pre y post intervención y el seguimiento son los siguientes:

- Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria (*Eating Disorder Inventory* (EDI-2)) (Garner *et al.*, 1983), en la adaptación española de Corral *et al.*, 2006, en TEA ediciones.

El EDI-2 está formado por 91 ítems divididos en 11 escalas que son: Obsesión por la delgadez, Bulimia, Ineficacia, Insatisfacción corporal Perfeccionismo, Desconfianza interpersonal, Ascetismo, Conciencia interoceptiva, Miedo a la madurez, Impulsividad e Inseguridad social; para responderlo se utiliza una escala tipo *Likert* que van del 0 al 5, donde 0 es “nunca” y 5 es “siempre”. El EDI-2 presenta una buena consistencia interna, con un alfa de Cronbach de entre 0,83 y 0,93.

- Escala de Perfeccionismo Multidimensional (*Multidimensional Perfectionism Scale* (MPS)) (Frost, *et al.*, 1990), adaptada al castellano por Carrasco *et al.*, 2010.

El MPS está formado por 35 ítems agrupados en 6 dimensiones que son: Exigencias personales, Preocupación por los errores, Dudas sobre acciones, Expectativas paternas, Críticas paternas y Organización. El formato de respuesta es una escala tipo *Likert* que va del 1 al 5, donde 1 es igual a “totalmente en desacuerdo” y 5 a “totalmente de acuerdo”. El MPS posee una buena consistencia interna con un alfa de Cronbach de 0,93.

- Inventario de Obsesiones y Compulsiones Revisado (*Obsessive-Compulsive Inventory Revised* (OCI-R)) (Foa *et al.*, 2002) traducida al español por Fullana *et al.*, 2005.
El OCI-R está compuesto de 18 ítems y consta de 6 subescalas que son: Lavado, Obsesiones, Acumulación, Orden, Comprobación y Neutralización. El OCI-R tiene una escala de respuesta tipo *Likert* del 0 al 4, en el que 0 es “en absoluto” y 4 es “totalmente”. El OCI-R posee una buena consistencia interna con un alfa de Cronbach de 0,82 (Martínez *et al.*, 2011)
- Test CAMBIOS (Seisdedos, 2004) en la edición de TEA ediciones. Se trata de una prueba de modalidad gráfica que evalúa la capacidad para concentrarse atendiendo a varios estímulos a la vez y la flexibilidad cognitiva.
- Para valorar la coherencia central se utilizarán la Tarea de Navón (Navón, 1977), que consiste en presentar una letra grande compuesta de letras más pequeñas y estas pueden coincidir o no y se les pedirá a las participantes en un momento que identifiquen la letra grande y en otra ocasión la pequeña.

Procedimiento

Para el diseño de este programa se ha seguido una serie de pasos. En primer lugar, se buscó información sobre los TCA's y la terapia de estimulación cognitiva en distintas bases de datos como *Google Scholar*, *ProQuest*, *Scopus*, *Cochrane*, *APA PsycARTICLES*, a la cual se accedió a través de la biblioteca virtual de la Universidad y también se consultó el Manual de Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5). Una vez recogida la información necesaria se procedió a la búsqueda de los instrumentos necesarios y al diseño de las sesiones.

Para su aplicación se contactará con diferentes unidades de salud mental y centros especializados en el tratamiento de los TCA, para explicarles el objetivo y contenidos del programa. Este programa ha sido remitido para su valoración por el Comité de Ética de la UMH (COIR: TFG.GPS.YQM.NDB.230515). Si los centros aceptan participar se pedirá a los profesionales que trabajaban allí que realicen una selección de las pacientes que consideran que se podrían beneficiar en mayor medida de la realización del programa, que estuvieran entre las edades mencionadas anteriormente y que no cumplieran ningún criterio de exclusión. La participación en el programa es voluntaria, con lo cual en el caso de ser seleccionada por su profesional y no querer realizarlo, podría negarse y también pueden abandonar el programa en cualquier momento; para las participantes menores de edad, se les pediría a sus padres o tutores legales una autorización para la participación y que firmaran un consentimiento

informado, así como las participantes mayores de edad también deberán firmar dicho consentimiento informado.

RESULTADOS

El presente programa está basado en la TRC, con innovación en ciertas actividades y sesiones. La intervención se realizará dos veces a la semana y constará de nueve sesiones de entre 45 minutos y una hora aproximadamente, que se realizarán en una sala del mismo centro, garantizando a las participantes la mayor comodidad y familiaridad posible. Para la realización será necesario que la profesional que lleve a cabo este programa debe tener un buen conocimiento de los TCA y de la TRC.

La estructura y descripción de las sesiones es la siguiente:

SESIÓN	OBJETIVOS	CONTENIDOS	ACTIVIDADES
1. Bienvenida.	Presentar el taller y sus objetivos. Realizar la evaluación inicial.	Presentación de la psicóloga y de las participantes. Presentación del taller y realización de la evaluación inicial.	Juego de la pelota. Administración de cuestionarios.
2. Conociendo la TRC.	Psicoeducación en las deficiencias cognitivas. Conocer y comprender la Terapia de Remediación Cognitiva.	Realización de un <i>Kahoot</i> evaluativo. Explicación teórica sobre las deficiencias cognitivas y la TRC mediante <i>PowerPoint</i> . Resolución de dudas.	<i>Kahoot</i> . Psicoeducación.
3. ¡No dejes que el problema te venza!	Entrenar y aprender estrategias de resolución de problemas Aprender a aplicarlas en el día a día.	Explicación de la Técnica de Resolución de Problemas mediante <i>PowerPoint</i> .	Psicoeducación. Caso práctico.

		Resolución en grupo de un caso práctico.	
4. ¡De norma en norma y tiro porque me toca!	Entrenar las funciones ejecutivas	Realización de la prueba de Wisconsin. Reflexión sobre las posibles dificultades que han encontrado y los motivos.	Prueba de Clasificación de Tarjetas de Wisconsin. Debate y reflexión.
5. Observo, recuerdo y reproduzco.	Entrenar los procesos psicológicos básicos: atención, percepción y memoria. Evaluar la coherencia central y la rigidez cognitiva. Reflexionar sobre los resultados obtenidos y su relación con la rigidez cognitiva.	Realización del Test de la Figura Compleja de Rey. Reflexión sobre los resultados y las sensaciones que han tenido y relación con la coherencia central y la flexibilidad cognitiva.	Test de Copia y Reproducción de Memoria de Figuras Complejas.
6. ¿Qué ves? ¿Qué deduces?	Entrenar las funciones ejecutivas. Entrenar la flexibilidad cognitiva.	Realización del Test de Anticipación Visual de Brixton. Reflexión, puesta en común y corrección de los resultados.	Cumplimentación del cuadernillo del Test de Anticipación Visual de Brixton.
7. Los colores escriben y las palabras colorean.	Entrenar la memoria de trabajo y la flexibilidad cognitiva.	Realización del Test de Stroop. Exposición de los resultados y debate sobre los	Test de Stroop

		motivos de las dificultades encontradas, junto con explicación teórica.	
8. Yo actúo, tú repites.	Corregir los déficits cognitivos mediante modelado. Aprender patrones de conducta más flexibles.	Exposición de situaciones que les puedan generar malestar y propuesta de soluciones junto a la psicóloga. Modelado de la psicóloga sobre las conductas adecuadas. Debate sobre la aplicación de lo aprendido durante las sesiones.	Resolución de situaciones. Modelado. <i>RolePlaying</i> . Debate.
9. Despedida.	Reflexionar sobre los contenidos principales del programa. Administración de cuestionarios.	Realización de un breve resumen de todo lo abordado. Opiniones y propuestas de mejora. Evaluación final. Despedida.	Administración de cuestionarios.

Sesión 1: Bienvenida.

Objetivos:

- Presentar el taller y sus objetivos.
- Realizar la evaluación inicial.

Materiales:

- Pelota.

- Cuestionarios.

Contenido:

Esta primera sesión del taller va a ser introductoria y constará de dos partes. En la primera parte se presentará la psicóloga que va a impartir el taller y se realizará una actividad para romper el hielo y conocerse entre todas las participantes y la psicóloga. Esta actividad consistirá en ir lanzándose una pelota y la persona que la tenga deberá presentarse, diciendo su nombre y algo que le guste hacer, de este modo se crea un espacio más cómodo y familiar.

La segunda parte de la sesión va a consistir en una presentación del taller, en la que la psicóloga explicará los objetivos del mismo y los contenidos que se van a abordar, así como se hará un resumen de la programación mediante una tabla (anexo 1) donde aparecen las actividades que se realizarán, los horarios y la duración que van a tener las sesiones. Tras la explicación se resolverán las dudas que pueda tener cualquier participante y se procederá a la administración de cuestionarios.

Sesión 2: Conociendo la TRC.

Objetivos:

- Psicoeducación en las deficiencias cognitivas.
- Conocer y comprender la Terapia de Remediación Cognitiva.

Materiales:

- *PowerPoint.*
- *Kahoot.*

Contenido:

En esta sesión se pretende que las participantes obtengan los conocimientos sobre las deficiencias cognitivas que puede generar la enfermedad, las cuales son el objetivo principal del taller. Así como también se busca que conozcan un poco la Terapia de Remediación Cognitiva. Para ello se realizará primero un *Kahoot* (anexo 2) en el que se expondrán los conceptos y explicaciones. En el caso de que los resultados no tengan mucho porcentaje de aciertos, en las preguntas que sea necesario, se dará una explicación de por qué la opción es correcta y las otras tres son erróneas; de esta manera conseguiremos entrar en materia y ver lo que saben las participantes o lo que les puede sonar sobre el tema a tratar. Tras la actividad se realizará una explicación teórica en *PowerPoint* (anexo 3) en la que se aborden estas deficiencias cognitivas, haciendo hincapié sobre todo en los conceptos “flexibilidad cognitiva” y “coherencia

central". También se realizará una breve explicación sobre la TRC y el por qué se ha utilizado de ejemplo para realizar el programa. Por último se procederá a la resolución de dudas que puedan tener las participantes y al cierre de la sesión.

Sesión 3: ¡No dejes que el problema te venza!

Objetivo:

- Entrenar y aprender estrategias de resolución de problemas.
- Aprender a aplicarlas en el día a día.

Materiales:

- *PowerPoint*.
- Tabla Resolución Rápida de Problemas.
- Folios, lápices y borradores

Contenido:

La sesión iniciará con una explicación teórica, apoyada por un *PowerPoint* (anexo 4) presentando la Técnica de Resolución de Problemas (D'Zurilla y Nezu, 2010), seguida a la explicación se dividirá a las participantes en dos grupos de cinco y se realizará una actividad práctica para afianzar los conocimientos explicados. Para esta actividad se les presentará un caso práctico, el caso de Lucía (anexo 5), tras leer el caso, deberán realizar un esquema de cómo resolver el problema del caso, basándose en la resolución rápida de problemas de D'Zurilla (Bados y García, 2014). (anexo 6). Una vez ambos grupos tengan su esquema hecho, se procederá a una puesta en común y se realizará un esquema conjunto con la mejor opción de solución al problema consensuada entre todas las participantes. Al final de la sesión se instará a las participantes que intenten aplicar la resolución rápida de problemas trabajada en la sesión con la actividad anterior en su día a día, como por ejemplo en conflictos que puedan tener con su familia o amistades y/o cuando les surgen dificultades que les crean malestar a la hora de seguir las indicaciones del tratamiento que están realizando.

Sesión 4: ¡De norma en norma y tiro porque me toca!

Objetivo:

- Entrenar las funciones ejecutivas.

Materiales:

- Tarjetas Clasificación de la actividad de Wisconsin (Del Pino *et al.*, 2016; Heaton *et al.*, 1993).

Contenido:

En esta sesión se van a poner a prueba las funciones ejecutivas tales como la flexibilidad cognitiva, la planificación, la selección de estrategias entre otras. Para ello, las participantes se van a agrupar en parejas y se va a realizar la prueba de Clasificación de Tarjetas de Wisconsin, con esta tarea se comprobará la dificultad que tienen las participantes de cambiar la norma establecida anteriormente y comenzar a fijarse en detalles distintos.

Para esta prueba se utilizan 128 tarjetas, las cuales las participantes deberán colocar siguiendo unas reglas debajo de cuatro tarjetas específicas; estas reglas son desconocidas para las participantes y deben ir adivinándolas mediante intentos a la vez que reciben *feedback* por parte de la psicóloga, indicándoles si cada emparejamiento que realizan es correcto o no. Una vez las participantes comprenden la regla y llegan a realizar diez parejas correctas de forma seguida, se les cambia la regla sin decírselo y así hasta emparejar todas las cartas. Una vez todas las parejas hayan terminado la actividad se procederá a un debate sobre la experiencia que han tenido y si les ha resultado difícil cambiar la perspectiva a la hora de intentar adivinar la nueva regla.

Sesión 5: Observo, recuerdo y reproduzco.

Objetivos:

- Entrenar los procesos psicológicos básicos: atención, percepción y memoria.
- Evaluar la coherencia central y la rigidez cognitiva.
- Reflexionar sobre los resultados obtenidos tras la actividad y su relación con la rigidez cognitiva.

Materiales:

- Manual del Test de copia de una figura compleja, de TEA ediciones (Rey, 2009)
- Folios, lápices y borradores.

Contenido:

Con esta quinta sesión se va a trabajar con los procesos psicológicos básicos y se pretende también poner a prueba esa “coherencia central” y “rigidez cognitiva” de la que se ha hablado anteriormente. Para ello se va a realizar el “Test de Copia y Reproducción de Memoria de Figuras Complejas” (Rey, 2009) en la adaptación de M.^a Victoria de la Cruz de TEA ediciones. Esta prueba se divide en dos partes, en la primera se les presenta un dibujo y deben de copiarlo con la mayor exactitud posible, posteriormente, la segunda parte de la prueba consiste en, habiendo pasado unos

minutos, reproducir de memoria el dibujo que se les había presentado. Con esta actividad, aparte de trabajar la memoria, se trabaja también la fijación en los detalles y la organicidad.

Tras la realización del test se animará a las participantes a que compartan su experiencia y cómo se han sentido al realizar la segunda parte de la actividad, así como se comentarán los resultados y se relacionarán con la información teórica que se vio en la segunda sesión.

Sesión 6: ¿Qué ves? ¿Qué deduces?

Objetivos:

- Entrenar las funciones ejecutivas.
- Entrenar la flexibilidad cognitiva.

Materiales:

- Cuadernillos del Test de anticipación visual de Brixton (Horta-Puricelli y Dansilio, 2011; Hayling, 1997).
- Lápices, borradores.

Contenido:

En esta sesión se busca entrenar las funciones ejecutivas de las participantes, como pueden ser la planificación, la inhibición de la información que no sea importante y el poder alternar entre reglas (Horta-Puricelli y Dansilio, 2011) y aquí entraría la flexibilidad cognitiva, a la hora de inducir unas reglas y poder cambiarlas posteriormente.

Al inicio de la sesión se les explicará la actividad que se va a realizar, que consiste en realizar un cuadernillo que rellenarán de forma individual y se les explicará resumidamente que se trata de la implantación de una regla o patrón visoespacial y de ver la capacidad que tienen de cambiarlo en base al *feedback* que se da a medida que se avanza en el test. Para su realización se necesita estar en un espacio sin interrupciones ni distracciones, es por ello que se les pedirá a las participantes la máxima concentración posible.

El cuadernillo se compone de 55 ítems, uno en cada hoja donde se expone el mismo dibujo, el cual es un rectángulo que dentro tiene 12 círculos y uno de los círculos se encuentra coloreado. A medida que se avanza con el cuadernillo, el círculo que está coloreado irá cambiando de posición en base a una regla, la cual deben descubrir las participantes y tienen que intentar anticipar en qué posición se encuentra el siguiente

círculo en base a la regla que han deducido. Durante la prueba se encuentra un total de 8 cambios de regla que se dan de una forma aleatoria y sin orden aparente.

Tras haber finalizado todas las participantes el cuadernillo, se les pedirá si alguna quiere compartir su experiencia y cómo se ha sentido durante la realización del test y posteriormente se procederá a la corrección del mismo mediante una puesta en común donde se relacionará con el concepto de “flexibilidad cognitiva” trabajado en sesiones anteriores.

Sesión 7: Los colores escriben y las palabras colorean.

Objetivos:

- Entrenar la memoria de trabajo y la flexibilidad cognitiva.

Materiales:

- Fichas del Test de Stroop de la edición revisada de TEA ediciones (2020)

Contenido:

Esta séptima sesión va a consistir en la realización del Test de Colores y Palabras Stroop. Esta actividad ha sido elegida porque se considera que trabaja la memoria de trabajo (Golden, 2020; Lezak *et al.*, 2004)., la flexibilidad cognitiva y la capacidad de que los estímulos externos no interfieran en la actividad (Rognoni *et al.*, 2013).

Antes de comenzar con la actividad se les explicará a las participantes el procedimiento y la dinámica que se va a llevar, así como las normas que hay. La actividad se realiza de forma individual y se hará de una en una en frente de la psicóloga, que es la que llevará el tiempo de cada participante, para cada actividad tienen un tiempo de 45 segundos y si se equivocan en alguna palabra, deberán corregirla antes de pasar a la siguiente, mientras el cronómetro sigue contando.

El test de Stroop está formado por tres actividades diferentes, en la primera actividad se le presentará a la participante una lámina que contiene las palabras “ROJO”, “VERDE” y “AZUL”, estas palabras se encuentran ordenadas al azar y escritas en tinta negra y no aparecen dos veces consecutivas en una misma columna; con esta lámina, la participante deberá leer en voz alta las palabras que aparecen escritas, mientras la psicóloga contabiliza el tiempo. En la segunda actividad se le presenta una lámina con grupos de cuatro equis “XXXX” que se encuentran escritas en tina azul, verde y roja, al igual que en la lámina anterior, el mismo color no aparece dos veces en la misma columna y el orden de los colores no tiene relación con el de las palabras

anteriores; en esta actividad la participante deberá decir el color en el que están escritas las equis, mientras se le contabiliza el tiempo. En la tercera actividad aparecen las palabras de la lámina 1, escritas en los colores de la lámina 2, se ha de destacar que ninguna palabra coincide con el color que representa, con lo cual siempre se va a crear una incongruencia; esta vez la participante deberá decir el color de la tinta en la que está impresa la palabra.

Una vez todas las participantes hayan realizado la actividad se expondrán los tiempos de cada una y se realizará un debate participativo sobre por qué creen que la actividad realizada tiene cierta dificultad; tras el debate se pasará a hacer una breve explicación y se terminará la sesión.

Sesión 8: Yo actúo, tú repites.

Objetivos:

- Corregir los déficits cognitivos mediante modelado.
- Aprender patrones de conducta más flexibles.

Contenido:

En esta sesión se va a utilizar el modelado para que las pacientes aprendan patrones de conducta menos rígidos y que vean más allá del detalle de problema que les surge para poder resolverlo de una forma más fácil y efectiva.

Para la realización de la actividad, primero de todo se van a exponer diferentes situaciones que puedan aparecer en su día a día en el centro de día al que acuden, como por ejemplo tener un conflicto con alguna compañera o con algún terapeuta, no realizar la dieta que le han puesto o realizarla y sentirse mal por la ingesta; deben ser situaciones que les generen cierto malestar; a cada situación expuesta se irá llegando a una solución entre todas, la psicóloga formulará las soluciones con las ideas y el consenso al que llegarán las participantes. Una vez se haya dado solución a todas las situaciones presentadas la psicóloga volverá a repasar los casos abordados y corregirá las soluciones que no sean correctas, a la vez que dará una explicación sobre la misma. Tras haber corregido todos los casos se pasará a realizar el modelado, para lo que la psicóloga cogerá uno de los casos que no se habían resuelto correctamente y procederá a interpretar los patrones de conducta correctos hacia esa situación, durante la interpretación de la psicóloga las participantes deberán estar atentas puesto que después se realizará una actividad en la que serán ellas mismas quienes deberán realizar los patrones de conducta correctos para otras situaciones diferentes.

Posteriormente se procederá a la realización de un *RolePlaying*, para ello las participantes se dividirán en grupos de dos y tres personas; dos de estos grupos formados deberán inventarse un caso cada uno, como los expuestos durante la primera parte de la sesión, en el que se cree un problema y también deberán darle una solución de la forma que crean más adecuada en base a lo visto anteriormente en el modelado realizado por la psicóloga; estos casos los expondrán a los otros dos grupos sin decirles la forma de solucionarlo; estos grupos deberán actuar y realizar las conductas que consideren más adecuadas para la resolución del problema expuesto por sus compañeras, para ello tendrán que emplear patrones de conducta más flexibles a los que utilizarían normalmente. Una vez ambos grupos hayan realizado la actividad, los grupos creadores del caso les darán *feedback* y explicarán sus soluciones; por último la psicóloga corregirá tanto a los grupos creadores del caso como a los grupos de actores, les dará una retroalimentación positiva y les explicará lo que se podría mejorar, así como se instará a las participantes a que apliquen los patrones de conducta aprendidos en su día a día hasta llegar a interiorizarlos.

Finalmente se realizará un último debate preguntándole a las participantes sobre cómo creen que pueden vincular las estrategias que han adquirido durante las sesiones a su vida diaria y se les darán tareas conductuales para que puedan realizar ejercicios fuera de la intervención.

Sesión 9: Despedida.

Objetivos:

- Resumir los contenidos principales del programa.
- Administración de cuestionarios.
- Agradecimientos y cierre del programa.

Materiales:

- Cuestionarios de evaluación.
- Lápices, borradores.

Contenido:

En esta última sesión se realizará un breve resumen de todo lo que se ha abordado durante las sesiones, así como se pedirá a las participantes que expresen su opinión acerca de la intervención y cómo piensan que podría mejorar para futuras realizaciones de la misma. Posteriormente se evaluará de nuevo a las participantes con los cuestionarios iniciales.

Por último, tras haber finalizado la administración de los cuestionarios, se les dará las gracias a las participantes y a los profesionales del centro y se procederá al cierre de la sesión y por consiguiente de la intervención.

Seguimiento

Tras haber finalizado la intervención con las participantes se realizará esa misma semana una reunión con los profesionales que las tratan, para explicarles todo lo realizado durante la intervención y exponerles los resultados. También se realizará un seguimiento 6 y 12 meses después, volviendo a administrar los cuestionarios con los que se ha evaluado durante la intervención y pidiéndole a sus terapeutas actualizaciones sobre el avance de las participantes.

DISCUSIÓN

Los TCA son problemas de salud graves, la mayoría de las personas con AN presentan una remisión de la enfermedad a los 5 años, aunque en ocasiones el curso puede ser crónico, en BN el curso suele ser crónico o intermitente (DSM-5, APA, 2014) y se encuentran unas tasas de recuperación de entre el 50 y 70% en pacientes más jóvenes, pero en general las tasas de recuperación apenas llegan al 50% (López y Teasure, 2011). Es por ello que es muy importante, a parte de la prevención, encontrar tratamientos realmente efectivos y que aborden todas las dimensiones de los TCA, sobre todo que aborden los factores que estén implicados en su mantenimiento y recaídas. Con esta finalidad se ha desarrollado este programa, para que aplicado junto con el tratamiento habitual que reciben estas pacientes, mejore sus resultados de recuperación con la ayuda de la mejora de las deficiencias cognitivas tratadas durante la intervención.

Tal y como muestra la literatura, unos de los factores que favorecen el mantenimiento de la enfermedad aún habiendo recuperado el peso son las deficiencias cognitivas, como la falta de coherencia central y de flexibilidad cognitiva, la dificultad para atender a varios estímulos a la vez, o para cambiar de una regla determinada a otra, la atención excesiva al detalle sin tener en cuenta el resto, entre otras... Para abordar estas deficiencias se adaptó la TRC a los TCA (Tchanturia y Hambrook, 2010) los estudios en los que se aplica esta terapia de forma individual y complementaria a otros tratamientos muestran mejorías en las funciones cognitivas de las pacientes (Tchanturia *et al.*, 2007; Dingemans *et al.*, 2013; Brockmeyer *et al.*, 2021).

En esta propuesta de intervención, basada en la TRC, se han utilizado tareas cognitivas y conductuales, y se han entrenado estrategias que les ayuden a afrontar

estas dificultades que presentan no solo en el contexto terapéutico sino también en su vida cotidiana. Con esta propuesta se espera realizar una intervención breve complementaria para la mejoría de las funciones cognitivas en pacientes con TCA, dotarlas de mayor flexibilidad y de estrategias útiles para la vida cotidiana, así como fomentar el uso de la TRC en el abordaje de los TCA.

Entre las ventajas destaca la originalidad, puesto que, a pesar de inspirarse en la TRC se han realizado sesiones adaptadas para que las participantes se sientan lo más cómodas posibles, interactúen, expresen sus opiniones y reflexionen a cerca de lo realizado; así como se han realizado sesiones propias destinadas a que las participantes obtengan estrategias y patrones conductuales adecuados para su día a día. Por otro lado, en cuanto a limitaciones a tener en cuenta, es que se trata de un programa largo, que podría conllevar una falta de adherencia de las participantes a todas las sesiones y los posibles abandonos, puesto que la intervención es totalmente voluntaria y pueden dejar de asistir cuando quieran. Como propuestas de mejora sería adecuado que la intervención se alargara en el tiempo, para que las participantes puedan seguir avanzando a nivel cognitivo a la vez que lo hacen a nivel físico.

Es importante seguir investigando en la aplicación de terapias basadas en la estimulación cognitiva junto con el tratamiento habitual en estas pacientes, utilizando ensayos clínicos que nos permitan valorar su eficacia.

REFERENCIAS

- American Psychological Association [APA]. (2014). *Manual de diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5)*.
- Bados L. A., y García G. E. (2014). *Resolución de problemas*. Universitat de Barcelona: Facultat de Psicologia Departament de Personalitat, Avaluació i Tractament Psicològics.
- Brockmeyer, T., Schmidt, H., Leitteritz-Rausch, A., Zimmermann, J., Wunsch-Leitteritz, W., Leitteritz, A., y Friederich, H. C. (2021). Cognitive remediation therapy in anorexia nervosa- A randomized clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 89(10), 805. <https://doi.org/10.1037/ccp0000675>
- Carrasco, A., Belloch, A., y Perpiñá, C. (2010). La evaluación del perfeccionismo: utilidad de la Escala Multidimensional de Perfeccionismo en población española. *Análisis Y Modificación De Conducta*, 36(153), 49-65. <https://doi.org/10.33776/amc.v35i152.1225>

- Corral, S., Gonzáles, M., Pereña, J., y Seisdedos, N., (2006). *Manual inventario de trastornos de la conducta alimentaria EDI-2*. Madrid: TEA ediciones.
- Del Pino, R., Peña, J., Ibarretxe-Bilbao, N., Schretlen, D. J., y Ojeda, N. (2016). Test modificado de clasificación de tarjetas de Wisconsin: normalización y estandarización de la prueba en población española. *Revista de Neurología*, 62(05), 193-202. <https://doi.org/10.33588/rn.6205.2015274>
- 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. (2013). The effectiveness of cognitive remediation therapy in patients with a severe or enduring eating disorder: a randomized controlled trial. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 83(1), 29-36. <https://doi.org/10.1159/000355240>
- Duarte R. J. M., y Mendieta Z. H. (2019). Trastornos de la conducta alimentaria. Problema de salud pública. *Artículos de Revisión*, 33.
- D'Zurilla, T. J., y Nezu, A. M. (2010). Problem-solving therapy. *Handbook of Cognitive-Behavioral Therapies*, 3(7), 197-225.
- Easter, A., y Tchanturia, K. (2011). Therapists' experiences of Cognitive Remediation Therapy for anorexia nervosa: implications for working with adolescents. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 16(2), 233-246. <https://doi.org/10.1177/1359104511401185>
- Foa, E. B., Huppert, D., Leiberg, S., Langner, R., Kichic, R., Hajcak, G. y Salkovskis, P. M., (2002). The Obsessive-Compulsive Inventory: development and validation of a short version. *Psychological Assessment*, 14(4), 485-496. <https://doi.org/10.1037//1040-3590.14.4.485>
- Frost, R. O., Marten, P., Lahart, C. y Rosenblate, R. (1990). The dimensions of perfectionism. *Cognitive Therapy and Research*, 14(5), 449-46.
- Fullana M. A., Tortella-Feliu M., Caseras X., Andiñón, O., Torrubia R. y Mataix-Cols C. (2005). Psychometric properties of Spanish version of the Obsessive-Compulsive Inventory-Revised in a non-clinical sample. *Journal of Anxiety Disorders*, 19, 893-903. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2004.10.004>
- Gandarillas, A., Febrel, C., Galán, I., León, C., Zorrilla, B., y Bueno, R. (2004). Population at risk for eating disorders in a Spanish region. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 9, 179-185. <https://doi.org/10.1007/BF03325064>

- Garner, D. M., Olmstead, M. P., y Polivy, J. (1983). Development and validation of a multidimensional eating disorder inventory for anorexia nervosa and bulimia. *International Journal of Eating Disorders*, 2(2), 15-34.
- Gempeler, J. (2010). Terapia de remediación cognoscitiva para la anorexia nerviosa. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 39(4), 749-757. [https://doi.org/10.1016/S0034-7450\(14\)60213-4](https://doi.org/10.1016/S0034-7450(14)60213-4)
- Genders, R., y Tchanturia, K. (2010). Cognitive remediation therapy (CRT) for anorexia in group format: a pilot study. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 15, 234-239. <https://doi.org/10.1007/BF03325304>
- Golden, C. J. (2020). STROOP. *Test de Colores y Palabras – Edición Revisada* (B. Ruiz-Fernández, T. Luque y F. Sánchez-Sánchez, adaptadores). Madrid: TEA Ediciones.
- Happé, F. y Frith, U. (2006). The weak coherence account: detail-focused cognitive style in autism spectrum disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 36(1), 5-25. <https://doi.org/10.1007/s10803-005-0039-0>
- Hayling, B. (1997). The Hayling and Brixton Tests. *Thames Valley Test Company Limited*. London, England.
- Heaton, R. K., Chelune, G. J., Talley, J. L., Kay, G. G., y Curtiss, G. (1993). Wisconsin Card Sorting Test manual. *Psychological Assessment Resources*.
- Horta-Puricelli, K., y Dansilio, S. (2011). Test de anticipación visual de Brixton, desarrollo de las funciones ejecutivas y relación con la torre de Londres. *Revista de Neurología*, 52(4), 211-22.
- Klump, K. L., Bulik, C. M., Kaye, W. H., Treasure, J., y Tyson, E. (2009). Academy for eating disorders position paper: eating disorders are serious mental illnesses. *International Journal of Eating Disorders*, 42(2), 97-103.
- Lezak, M. D., Howieson, D. B., Loring, D. W., y Fischer, J. S. (2004). *Neuropsychological Assessment*, 4(5), 123-130 Oxford. University Press, USA.
- López G.G. y Teasure J., (2011). Trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes: descripción y manejo. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 22(1), 85-97. [https://doi.org/10.1016/S0716-8640\(11\)70396-0](https://doi.org/10.1016/S0716-8640(11)70396-0)
- Martínez, A. E., Piqueras, J. A., y Marzo, J. C. (2011). Validación del inventario de obsesiones y compulsiones revisado (OCI-R) para su uso en población

adolescente española. *Anales de Psicología*, 27(3), 763–773. Recuperado en <https://revistas.um.es/analesps/article/view/135381>

Mitchell, J. E., y Crow, S. (2006). Medical complications of anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Current Opinion in Psychiatry*, 19(4), 438-443. <https://doi.org/10.1097/01.yco.0000228768.79097.3e>

Navón, D. (1977). Forest before trees: The precedence of global features in visual perception. *Cognitive Psychology*, 9(3), 353-383. [https://doi.org/10.1016/0010-0285\(77\)90012-3](https://doi.org/10.1016/0010-0285(77)90012-3)

Pike, K. M., Hilbert, A., Wilfley, D. E., Fairburn, C. G., Dohm, F. A., Walsh, B. T., y Striegel-Moore, R. (2008). Toward an understanding of risk factors for anorexia nervosa: a case-control study. *Psychological Medicine*, 38(10), 1443-1453. <https://doi.org/10.1017/S0033291707002310>

Rey, A. (2009). REY. *Test de copia de una figura compleja*. Madrid: TEA ediciones.

Roberts, M. E., Tchanturia, K., Stahl, D., Southgate, L., y Treasure, J. (2007). A systematic review and meta-analysis of set-shifting ability in eating disorders. *Psychological Medicine*, 37, 1075–1084. <https://doi.org/10.1017/S0033291707009877>

Rognoni T, Casals-Coll M., Sánchez-Benavides G., Quintana M., Manero R. M., Calvo L., Palomo R., Aranciva F., Tamayo F., Peña-Casanova J., (2013). Estudios normativos españoles en población adulta joven (proyecto NEURO-NORMA jóvenes): normas para las pruebas Stroop Color- Word Interference Test y Tower of London-Drexel University. *Neurología*, 28(2), 73-80. <https://doi.org/10.1016/j.nrleng.2012.02.004>

Seisdedos, N. (2004). *Cambios: Test de flexibilidad cognitiva*. Madrid: TEA ediciones.

Tchanturia K., Anderluh M., Morris R., Rabe-Hesketh S., Collier D., Sanchez P. y Treasure J. (2004). Cognitive flexibility in anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Journal of the International Neuropsychological Society*, 10(4), 513-520. <https://doi.org/10.1017/S1355617704104086>

Tchanturia, K., Davies, H. y Campbell, I. C., (2007). Cognitive remediation therapy for patients with anorexia nervosa: preliminary findings. *Annals of General Psychiatry*, 6(14). <https://doi.org/10.1186/1744-859X-6-14>

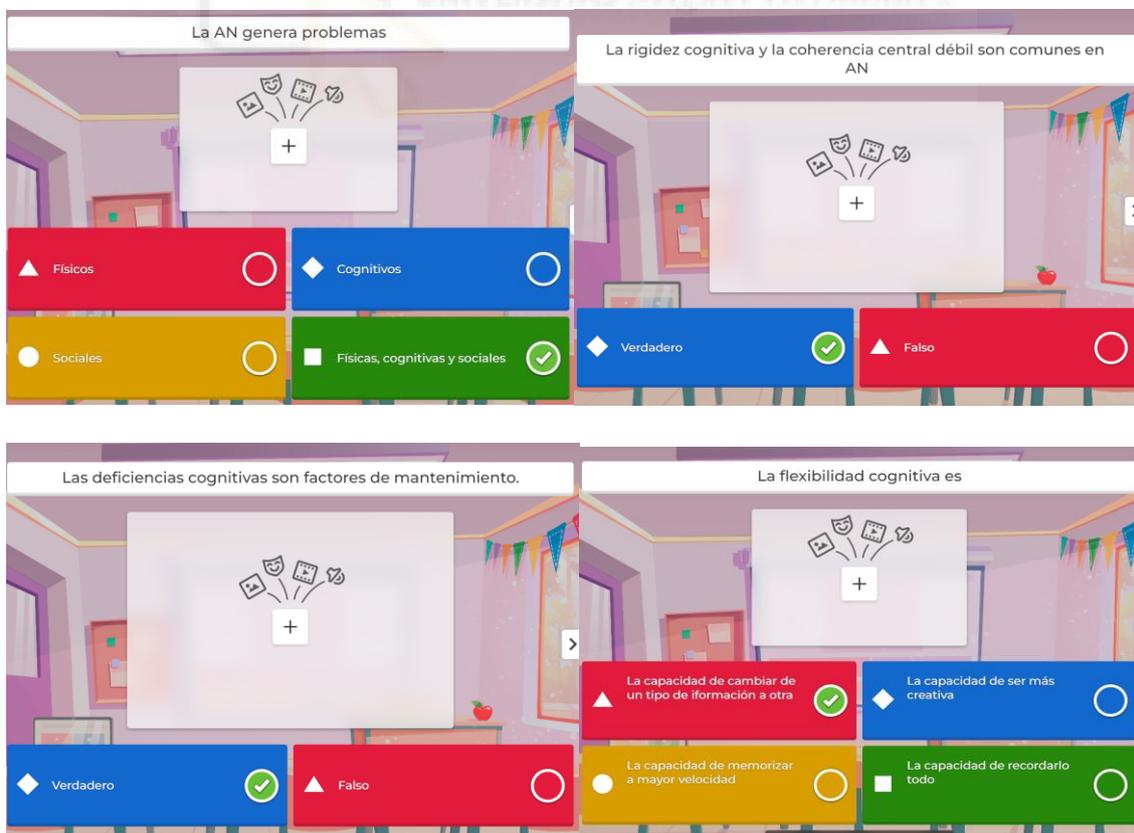
Tchanturia, K., y Hambrook, D. (2010). Cognitive remediation therapy for anorexia nervosa. *The treatment of eating disorders: A clinical handbook*, 7, 130-149.

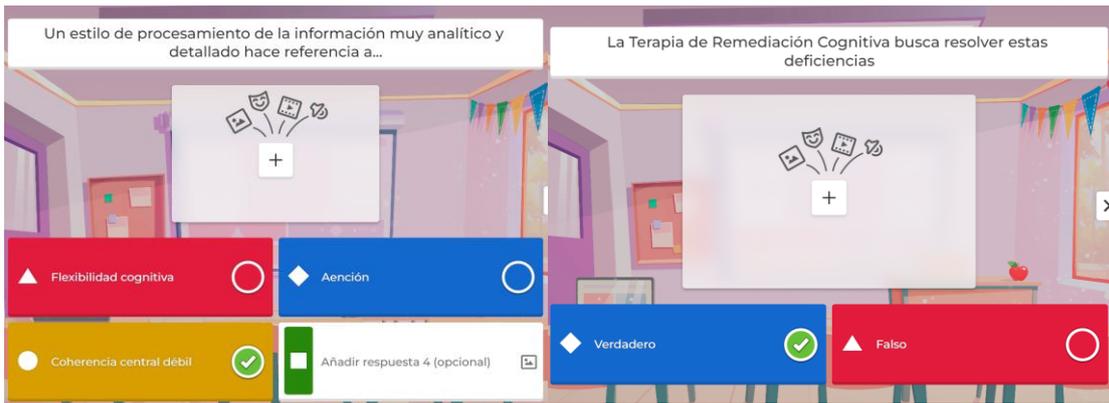
ANEXOS

Anexo 1. Tabla de programación de las sesiones.

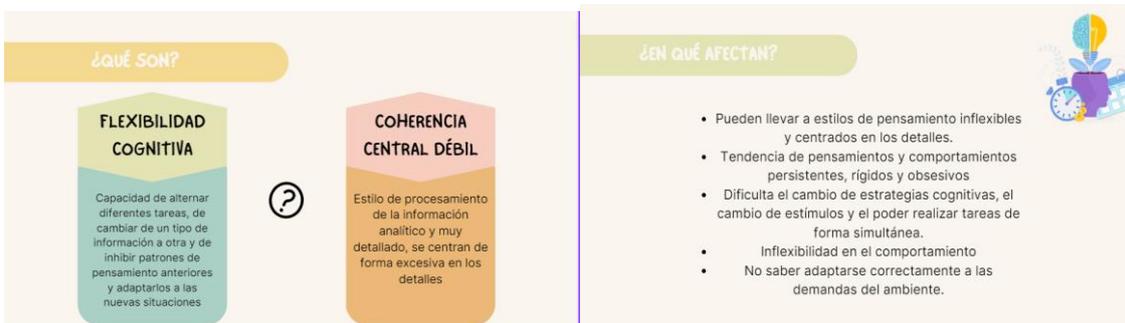
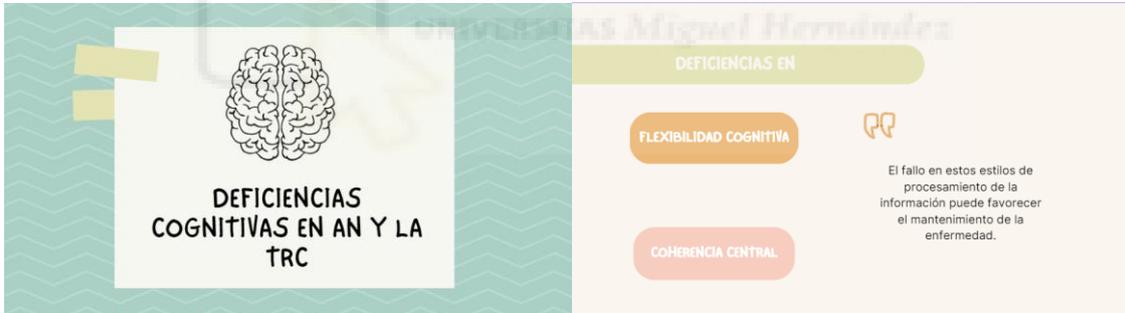
SEMANA	LUNES 10:00-10:45	JUEVES 12:00-12:45
SEMANA 1	Bienvenida	Conociendo la TRC.
SEMANA 2	¡No dejes que el problema te venza!	¡De norma en norma y tipo porque me toca!
SEMANA 3	Observo recuerdo y reproduzco.	¿Qué ves? ¿Qué deduces?
SEMANA 4	Los colores escriben y las palabras colorean.	Yo actúo, tú repites.
SEMANA 5	Despedida.	Reunión con los terapeutas

Anexo 2. Kahoot sesión 2.





Anexo 3. PowerPoint sesión 2.



TERAPIA DE REMEDIACIÓN COGNITIVA

La Terapia de Remedación Cognitiva (TRC) busca el desarrollo de estilos de pensamiento más flexibles con la utilización de ejercicios, tareas conductuales y cognitivas, así como con el aprendizaje de nuevas estrategias más adaptativas

10 Sesiones

Aplicación individual y/o grupal

30-45 Minutos

Complementaria a otras terapias

Periodos cortos de concentración

ESTA INTERVENCIÓN

¿POR QUÉ NOS HEMOS INSPIRADO EN LA TRC?

- 1 Intervención mediante estimulación cognitiva.
- 2 TRC es una terapia novedosa y con poca investigación que muestra buenos resultados
- 3 TRC actúa sobre las deficiencias mentadas, que son las que queremos abordar

Anexo 4. PowerPoint sesión 3.

SESIÓN 3: RESOLUCIÓN DE PROBLEMAS

CONCEPTOS BÁSICOS

PROBLEMA

Cuando se genera un desequilibrio ante la percepción de la persona de las exigencias del ambiente y las respuestas disponibles.

"lo que es" \neq "lo que debería ser"

No se perciben soluciones disponibles

SOLUCIÓN

Respuesta de afrontamiento o modo de responder que es eficaz en cambiar una situación problemática y/o las reacciones personales de uno ante la misma, eliminando la percepción de problema.

AFRONTAMIENTO

Respuestas o actividades mediante las cuales una persona intenta reducir, minimizar, controlar o prevenir el estrés.

TIPOS DE AFRONTAMIENTO

- Afrontamiento dirigido a metas: intentos para reducir el estrés mediante una meta de resolución de problemas.
- Afrontamiento facilitativo: intentos para eliminar los obstáculos cognitivos y emocionales a la resolución eficaz de problemas.

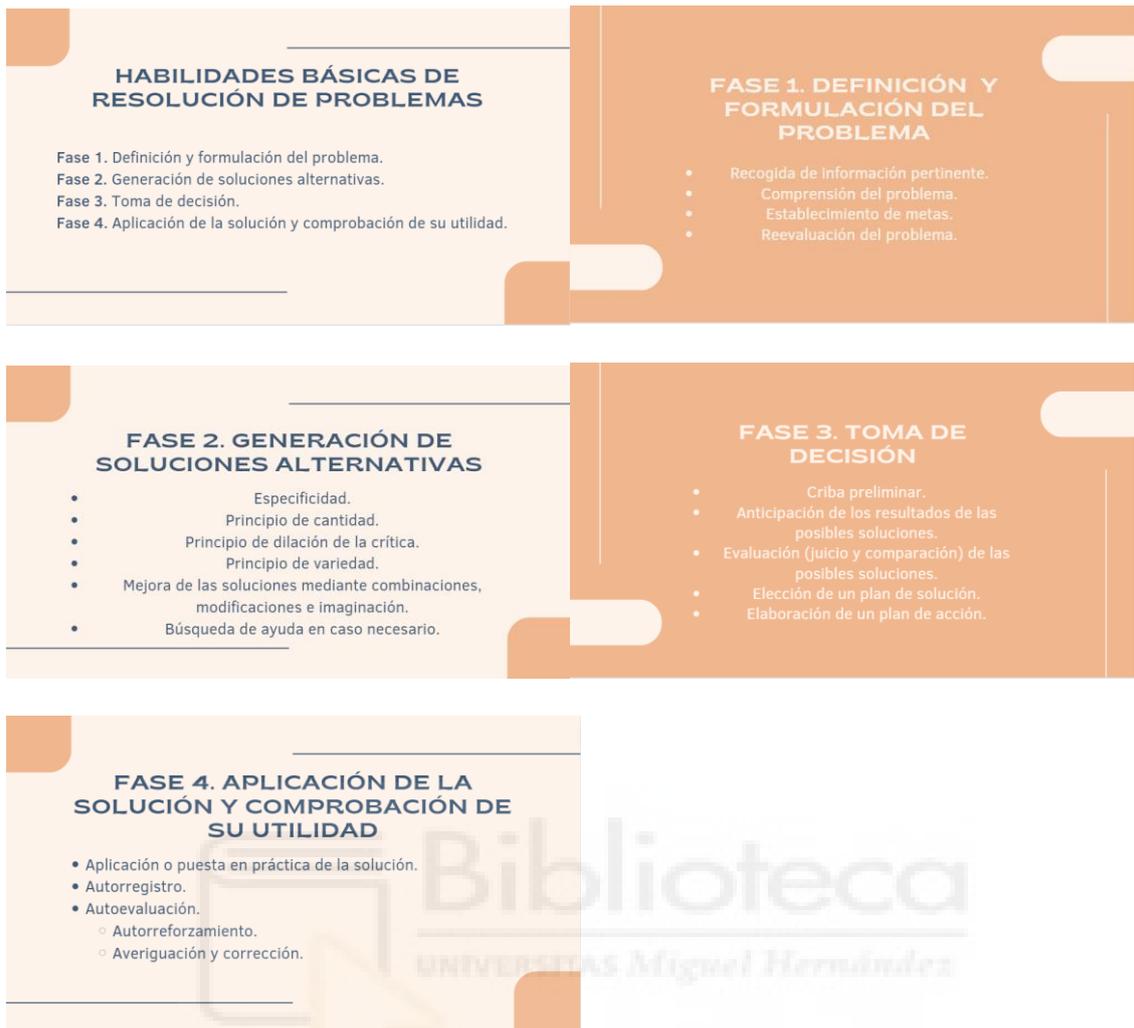
RESOLUCIÓN DE PROBLEMAS

Proceso cognitivo-afectivo-conductual mediante el cual una persona intenta identificar o descubrir una solución o respuesta de afrontamiento eficaz para un problema.

PROCESO DE RESOLUCIÓN DE PROBLEMAS

ORIENTACIÓN Y ACTITUD HACIA LOS PROBLEMAS

- Percepción del problema.
- Atribución del problema.
- Valoración del problema.
- Control personal.
- Compromiso de tiempo y esfuerzo.



Anexo 5. Caso práctico de resolución de problemas.

Lucía es una chica de 18 años diagnosticada de AN, vive con su madre, su padre y su hermana pequeña. Actualmente se encuentra en un estado avanzado de recuperación, durante los últimos meses los profesionales que la tratan están muy contentos con ella y los avances que ha estado haciendo, cumplía las dietas y rutinas que le ponían y ella se encontraba contenta con ello. Sin embargo hace una semana que se siente con menos motivación y ha comenzado a saltarse comidas. Esto se debe a una discusión que tuvo un día con su madre por una de las comidas, Lucía siempre ha seguido al dedillo las dietas que le establecían, no cambiaba ningún ingrediente, pero un día, para la comida su madre realizó un pequeño cambio con un ingrediente, puesto que el que se necesitaba no quedaba en su casa, Lucía al enterarse de esto se enfadó y decidió no comer, a pesar que el cambio que había realizado su madre era equivalente al ingrediente que faltaba, Lucía no permitía cambiar nada de la dieta, tenía que seguirla siempre a la perfección porque decía que, si no, no le funcionaría y engordaría de más. A partir de ese momento comenzó de nuevo saltarse comidas y a bajar de peso.

Problema: Ver el cambio de ingrediente como un problema porque no permite salirse de la receta que se contempla en la dieta establecida.

Solución óptima: Comprender la equivalencia del alimento y comprobar que tiene las mismas propiedades y los mismos efectos. (Si no funciona buscar otra solución)

Segunda solución óptima: Preguntar a su nutricionista personal y pedirle segundas opciones por si vuelve a ocurrir esta situación.

Anexo 6. Resolución rápida de problemas.

Paso 1. Repítase las siguientes autoafirmaciones:

- "Toma una respiración profunda y cálmate."
- "No hay catástrofe inmediata."
- "Piensa en este problema como un desafío."
- "Puedo afrontarlo."
- "Detente y piensa."

Paso 2. Hágase las siguientes preguntas:

- "¿Cuál es el problema?" (Establezca la discrepancia entre "lo que es" y "lo que debería ser".)
- "¿Qué quiero conseguir?" (Establezca una meta.)
- "¿Por qué quiero conseguir esta meta?" (Amplíe la meta si es apropiado.)

Paso 3.

- Piense en una solución.
- Piense ahora en otras soluciones alternativas (por lo menos dos o tres).

Paso 4.

- Piense en los criterios más importantes para evaluar sus posibles soluciones (por lo menos dos o tres) (p.ej., "¿Conseguiré mi meta?" "¿Qué efecto tendrá en otros?" "¿Cuánto tiempo y esfuerzo llevará?" ¿Algún otro criterio importante?)
- Decida rápidamente qué solución alternativa es la que parece mejor.
- Piense en uno o dos modos rápidos de mejorar la solución.

Paso 5.

- Lleve a cabo la solución.
- ¿Está satisfecho con el resultado?

- Si no lo está, pruebe su segunda elección si todavía tiene tiempo de afrontar el problema.

Si dispone de muy poco tiempo, puede eliminar los pasos 2c y 4c.

