



PATOLOGÍA DUAL Y TRATAMIENTO COGNITIVO CONDUCTUAL EN UN CASO DE ANOREXIA, ADICCIÓN A LAS DROGAS CON ANSIEDAD COMÓRBIDA

DUAL PATHOLOGY AND COGNITIVE BEHAVIOURAL THERAPY IN A CASE OF ANOREXIA, DRUG ADDICTION AND COMORBID ANXIETY

Bastida de Miguel, Ana M^a

Licenciada en Psicología, Máster en Psicología Clínica

bastidademiguel@disatex.net

Patología dual, Anorexia, Adicción a las drogas, Ansiedad, Terapia cognitivo-conductual, Comorbilidad.

RESUMEN:

Con este trabajo se presenta un caso de patología dual en el que la anorexia se complica con un cuadro de consumo de drogas y una gran ansiedad ante la situación en la que se ve envuelta una joven de 18 años. Los padres la traen a consulta preocupados por la extrema delgadez que presenta así como por el cambio comportamental cargado de gran agresividad y manifestado últimamente. Se incluye el tratamiento cognitivo-conductual aplicado así como los resultados positivos conseguidos y mantenidos durante dos años de seguimiento, en los que se pone de manifiesto tanto la importancia del tratamiento psicológico aplicado como la gran influencia que juega en la resolución del caso la empatía entre paciente y psicoterapeuta, la motivación generada hacia el cambio y el refuerzo aplicado ante cualquier mínimo progreso.

ABSTRACT:

This paper aims to present a case of dual pathology in which anorexia is complicated by symptoms of drug use and serious anxiety, in view of the situation in which an 18-year-old woman finds

herself. Her parents brought her to the clinic due to their concerns about her extreme thinness as well as the recent change in her behaviour, typified by a highly aggressive attitude. The paper includes the cognitive-behavioural therapy applied and the positive results achieved and sustained over a monitoring period of two years, revealing the importance of the psychological treatment applied and the significant contributions to resolving the case made by the empathy between patient and psychotherapist, the motivation to change and the reinforcement work carried out at the smallest sign of progress.

Objetivos: Describir un caso clínico de patología dual donde el principal problema por el que se acude a consulta es un cuadro de anorexia, complicado con un consumo de drogas y un gran estado de ansiedad.

Caso clínico: Se trata de una joven de 18 años, estudiante, cuyos padres la traen a consulta debido a la extrema delgadez que presenta. Tras varias entrevistas se descubre que bajo dicha anorexia existía un consumo abusivo de drogas, cuyo inicio se corresponde con el intento de adelgazar en un tiempo récord y poder así ganar una apuesta entre un grupo de amigas. El premio consistía en llegar a ser la más delgada en el menor tiempo posible.

Resultados: Basándonos en los resultados de nuestro caso resaltamos la importancia que tiene el combinar una terapia cognitivo conductual con la generación de una alta motivación orientada al cambio, el refuerzo ante mínimos progresos y sobre todo la empatía establecida entre paciente y psicoterapeuta como medio fundamental para intentar resolver una patología dual en la que se combinan unos temas tan complejos como son la anorexia y el consumo abusivo de drogas, cuadros a los que acompaña un gran estado de ansiedad. El tratamiento llevado a cabo ha obtenido un alto grado de eficacia tal y como muestran los resultados conseguidos con esta paciente y mantenidos tras dos años de seguimiento. Estos resultados apoyan además la gran influencia que adquieren las variables psicológicas (cognitivas, emocionales y conductuales) tanto en la percepción del problema como en la percepción de control a la hora de exponerse, enfrentarse e intentar resolver problemas tan serios y tan actuales en nuestras sociedades industriales y modernas.

Patología dual

La patología dual se define como la coexistencia en un mismo paciente, de un trastorno por uso-abuso de sustancias psicoactivas y cualquier otro trastorno psiquiátrico asociado.

Anorexia nerviosa

La anorexia nerviosa, se trata de un problema creciente en nuestras sociedades actuales, es un trastorno de la conducta alimentaria que puede provocar la muerte debido tanto a los efectos secundarios que se producen a nivel orgánico como a la descompensación nutricional. El culto a la imagen corporal y la moda de la delgadez extrema, típicas de nuestra cultura en las últimas décadas, parecen elementos determinantes en el surgimiento de estos problemas que afectan principalmente a mujeres jóvenes, siendo uno de cada diez pacientes varón. La edad de inicio suele darse entre los 12 a los 18 años aunque se pueden presentar casos incluso hasta los 30 años o más, también y de manera esporádica puede iniciarse en niños y ancianos. Este trastorno también se encuentra muy extendido entre ciertas profesiones como gimnastas, atletas y modelos, de ahí que podamos considerarlas como poblaciones de riesgo, dado que en estas profesiones se utiliza el cuerpo como principal herramienta y donde los valores estéticos de delgadez son sobrevalorados y asociados al éxito y al mejor desempeño. No obstante además de los factores de riesgo, los factores que inciden en su inicio y mantenimiento son múltiples, incluyendo aspectos familiares, biológicos, psicológicos y sociales, entre otros.

Según el DSM-IV-R y el CIE-10, la principal característica de la anorexia nerviosa es el rechazo a mantener el peso aún estando por debajo del peso normal, el miedo intenso a ganar peso y la distorsión de la imagen corporal, es algo típico en ellos, por lo que se someten a un control rígido y estricto del alimento que ingieren. Los criterios diagnósticos de uno y otro podemos verlos en la Tabla 1.

Manual Diagnóstico y Estadístico para los Desórdenes Mentales: DSM-IV-R (2002), la anorexia nerviosa [307.1]	Sistema de Clasificación Internacional de Enfermedades: CIE-10 (1998), la anorexia nerviosa [F50.0]
---	--

PATOLOGÍA DUAL Y TRATAMIENTO COGNITIVO CONDUCTUAL EN UN CASO DE ANOREXIA,
ADICCIÓN A LAS DROGAS CON ANSIEDAD COMÓRBIDA

<ul style="list-style-type: none"> • Rechazo a mantener el peso corporal igual o por encima del valor mínimo normal considerando la edad y la talla, dando como resultado un peso corporal inferior al 85 % del esperable. • Miedo intenso a ganar peso o a convertirse en obeso, incluso estando por debajo del peso normal. • Alteración de la percepción del peso o la silueta corporales, exageración de su importancia en la autoevaluación o negación del peligro que comporta el bajo peso corporal. • En las mujeres pospuberales, presencia de amenorrea; por ejemplo, ausencia de al menos tres ciclos menstruales consecutivos. (Se considera que una mujer presenta amenorrea cuando sus menstruaciones aparecen únicamente con tratamientos hormonales, p.ej., con la administración de estrógenos.) • En este manual se especifican dos tipos de anorexia nerviosa: 1) Tipo restrictivo, se trata de cuadros clínicos en los que la pérdida de peso se consigue haciendo dieta, ayunando o realizando ejercicios intensos, estos pacientes no recurren a atracones ni a purgas; y 2) Tipo compulsivo-purgativo, recurren regularmente a atracones o purgas (p. ej., provocando el vómito o usando excesivos laxantes, diuréticos o enemas) 	<ul style="list-style-type: none"> • Pérdida significativa de peso (IMC menor de 17,5). Los jóvenes que están en la pubertad pueden no experimentar la ganancia de peso propia del período de crecimiento. • Pérdida de peso intencional evitando consumir "alimentos que engordan" y por uno o más de los síntomas siguientes: vómitos autoprovocados, purgas intestinales autoprovocadas, ejercicio excesivo y consumo de fármacos anorexígenos o diuréticos. • Distorsión de la imagen corporal y/o pavor ante la gordura o la flacidez de las formas corporales. • Trastorno endocrino generalizado, que afecta al eje hipotálamo-hipofisario-gonadal, manifestándose en la mujer como amenorrea y en el varón como una pérdida del interés y de la potencia sexuales. • También pueden presentarse concentraciones altas de hormona del crecimiento y de cortisol, alteraciones del metabolismo periférico de la hormona tiroidea y anomalías en la secreción de insulina. Si el inicio es anterior a la pubertad, se retrasa la secuencia de las manifestaciones de la misma, o incluso ésta se detiene (persisten los genitales y características infantiles)
---	---

Tabla 1. Criterios diagnósticos según el DSM-IV-R y CIE-10

Para saber cuál es el peso ideal de una persona uno de los métodos que podemos utilizar es el índice de masa corporal (IMC), es un indicador que nos permite saber si el peso de una persona está dentro de los límites de la normalidad. Se obtiene dividiendo el peso actual (P) de la persona expresado en kilogramos entre la altura expresada en metros y elevada al cuadrado (T)², podemos obtenerlo mediante la siguiente fórmula (**IMC= P/(T)²**). Se dice que el peso ideal debería estar entre 20 a 25, descartando anorexia nerviosa cuando el IMC en un adolescente sea mayor de 18. La Clasificación del peso podemos verla en la Tabla 2.

ÍNDICE DE MASA CORPORAL	NIVEL DE PESO
10-15	Peso muy bajo y severo (muy peligroso para la salud)
15-20	Peso bajo (peligroso para la salud)
20-25	Peso normal (es el peso ideal)
25-30	Sobrepeso (tolerable si se debe al desarrollo muscular)
30-40	Obesidad moderada (peligroso para la salud)
40 ó más	Obesidad mórbida (muy peligroso para la salud)

Tabla 2: Clasificación del peso, según el índice de masa corporal

Adicción a las drogas

La adicción a las drogas es un impulso a consumirlas de forma compulsiva que resulta muy difícil de controlar o detener a pesar de las consecuencias negativas, graves e incluso mortales que provocan. En toda adicción se produce una tolerancia y una dependencia física y psicológica lo que lleva a recurrir a la sustancia con el fin de obtener placer u otro objetivo o para evitar el malestar que produce su carencia, sin que la persona pueda ejercer un control voluntario sobre sus decisiones, persistiendo a lo largo del tiempo tanto el descontrol como la gran tendencia a las recaídas tras la supresión. A la larga su poder es devastador, destruyendo todo a su alrededor, familia, trabajo, relaciones, amigos e incluso la propia vida de la persona que la padece.

Ansiedad

La ansiedad la encontramos tanto en el cuadro anoréxico como en el adictivo. En el primero, debido al miedo extremo a engordar un gramo, a comer, a ciertos alimentos, a mirarse al espejo, a pesarse, a que los demás les vean, a sentirse perseguidos y observados, a su propia valoración

crítica, etc... En el segundo, las drogas ya no se toman para adelgazar sino que se ha pasado a depender de ellas, la ansiedad viene provocada por la propia necesidad de consumirlas, por el intento de no ser descubiertos, por no poder conseguirlas o por no disponer de dinero suficiente para ello, a que les falte, a que cada vez necesiten mayores dosis para conseguir los mismos efectos que conseguían antes con mucha menor cantidad, a necesitarla por encima de todo, a la propia sintomatología que genera el consumo de drogas, etc... Todo ello genera tal ansiedad que empeora considerablemente cualquiera de las dos patologías.

Terapia cognitivo-conductual

La terapia cognitivo-conductual se basa en el modelo de adquisición y mantenimiento del trastorno, el cual postula que los pensamientos y creencias, los errores cognitivos, la falta de control, la presión social ejercida sobre las personas para que sean delgadas conduce a una parte de ellas, principalmente aquellas con baja autoestima, a sobrevalorar su peso y su figura y a seguir dietas muy restrictivas para alcanzar el ideal de belleza que marca la sociedad, persigue que el paciente modifique las creencias que tiene tanto sobre la anorexia como sobre el consumo de drogas, que aprenda técnicas de autocontrol, exposición, afrontamiento positivo, prevención de recaídas... que le permitan responder adecuadamente a estas patologías así como a otras manifestaciones clínicas. En definitiva, se orienta al paciente al cambio de las cogniciones distorsionadas, al cambio de creencias y hábitos, pensamientos, expectativas y atribuciones tanto exageradas como catastrofistas asociadas a estas patologías. Esta terapia intenta modificar no sólo las percepciones y creencias sino también sus respuestas conductuales inadecuadas para modificarlas o sustituirlas por otras mucho más adaptativas. Tiene como objetivo que los pacientes aprendan y apliquen estrategias de autocontrol, exposición, afrontamiento, resolución... para mejorar cada uno de los aspectos de su vida que se encuentran alterados.

Comorbilidad

Hablamos de comorbilidad cuando hay más de un solo tipo de trastorno psicológico en el mismo paciente, cualquiera que sea este trastorno.

DESCRIPCIÓN DE UN CASO

Se trata de una adolescente de 18 años, cuya madre la trae a consulta por presentar una delgadez extrema, según la madre en un mes ha adelgazado 12 kilos que unido a los adelgazados anteriormente hace que apenas conozca a su hija, actualmente pesa 44 kg y mide 1,685 m de altura. Igualmente y desde hace un tiempo presenta un comportamiento muy agresivo y muy irritable por cualquier cosa, acompañado de discusiones familiares continuas, terminando a veces en una auténtica batalla debido a los gritos y discusiones. En una de estas discusiones rompe una puerta, en otra un espejo de un puñetazo, llegando en una ocasión a pegar a la madre. Unas veces es por la comida, otras porque llega tarde a casa y cuando lo hace se mete en su habitación encerrándose por dentro, otras porque sus padres la castigan, normalmente evita estar con la familia. Con los estudios va fatal y ya no saben qué hacer con ella.

MOTIVO DE CONSULTA:

Temor de la madre ante la situación de su hija, apenas come, está muy delgada, tiene muy mala cara, siempre está enfadada por todo, apenas si pueden hablar con ella y cuando lo hacen terminan enfrentándose. La madre sabe que en el colegio tira los bocadillos que ella le pone por las mañanas, por habérselo comentado una estudiante, compañera de su hija. Cuando comen juntos, la comida se convierte en una pelea dialéctica pues lo que antes le gustaba ahora apenas lo prueba, las disculpas son continuas, que ha comido en casa de una amiga, que ha comido su bocadillo y el de otra amiga que no lo quería, que no tiene hambre, que comerá más tarde, todo son excusas para no comer o comer menos de lo debido. No todos los días pueden comer juntos, debido al trabajo de los padres, la semana que les toca de tarde no pueden hacerlo por comenzar a trabajar antes de que ella llegue del colegio. La madre está convencida, aunque no tiene pruebas de que tira la comida, pues no es normal que comiendo lo que dice cada vez esté más delgada. La madre está asustada pues piensa que se trata de anorexia, sin descartar que pueda estar consumiendo drogas pues gasta mucho dinero sin saber en qué.

BREVE HISTORIA:

Es la mayor de dos hermanas, según la madre cree que todo comenzó hace dos años aproximadamente, hasta ese momento era una niña encantadora, muy alegre y comunicativa, en el colegio iba fenomenal, le encantaba comer y todo le gustaba, no teniendo ninguna queja de ella, ni en casa, ni en el colegio, ni en ninguna otra parte. Se trata de una familia completamente normal, sin nada que destacar, donde no se ha dado ningún conflicto hasta que se presenta la actual situación.

Sin saber por qué comienza a cambiar, se pelea con las amigas y dividen la pandilla pasando de ser 12 amigas a 5, quedándose ella en el grupo de 5. A partir de ahí es cuando comienzan a notar los cambios, sale más de casa, hay más discusiones, llega a casa a deshora, la llaman por teléfono y nunca responde poniendo siempre una excusa del por qué no ha respondido, unas veces porque se ha quedado sin batería, otras porque ha perdido el móvil, otras porque le han robado el bolso, al principio la localizaban siempre pero posteriormente es prácticamente imposible, de ahí que al llamar a su móvil y no contestar, lo hacen a través del teléfono de alguna amiga pero pronto, también las amigas, dejan de responder a la llamada de los padres.

Es una niña que siempre ha sido muy alegre, presumida y participativa, que sacaba muy buenas notas pero que ha comenzado a ir peor, llegando a suspender 7 asignaturas en la primera evaluación, además de varios avisos del colegio por mal comportamiento.

Lo mismo ocurre con la comida, una niña que le encantaba comer comienza a poner pegos a todo, debido al trabajo de los padres unas veces come con la abuela, otras con su tía, otras sola, pero todos menos ella coinciden en que apenas come y siempre tiene alguna excusa para no hacerlo.

1ª SESIÓN

Se llevó a cabo una entrevista con la finalidad de obtener datos que ayudaran a identificar y a sintetizar el problema.

Tras entrevistar a la madre se pasa a entrevistarla a ella y lógicamente niega que tome drogas y

que haya anorexia, que es su madre quien necesita terapia y no ella pues se encuentra perfectamente, reconoce que come muy poco y que no quiere engordar, pues le encanta estar delgada, bajo su punto de vista no hay ningún problema y todo es una exageración de la madre.

En un principio no hay reconocimiento de problema, pero a simple vista se la ve muy inquieta, no para de moverse, comiéndose continuamente las uñas lo que provoca pequeñas heridas en la punta de los dedos, las piernas están en continuo movimiento con el típico tic de piernas inquietas, cuando consigo que me mire observo que lo mismo ocurre con la cara y con el resto de su cuerpo, es como si toda ella estuviera sometida a un continuo tic.

A simple vista su delgadez es extrema, el chándal con el que viene vestida parece pertenecer a otra persona, con la cremallera subida hasta el cuello, con las mangas cubriéndole prácticamente las manos y con los caños del pantalón arrastrando por el suelo, el pelo bastante largo sobre la cara. Algo que también me llama la atención en esta primera entrevista son las ojeras que presenta y que a pesar de ser un día bastante soleado sus pupilas están muy dilatadas.

Intento explicarle que mi intención no es fiscalizarla sino ayudarla en todo lo que pueda, le hago ver su estado de ansiedad y me reconoce encontrarse muy nerviosa, aspecto que utilizo para intentar conectar con ella. Le explico lo que me ha comentado la madre, su angustia, su preocupación, su intento de ayudarla en todo lo que pueda necesitar, de ahí el que haya acudido a pedir ayuda. Poco a poco va tranquilizándose y aprovecho para darle información tanto sobre la anorexia como sobre el abuso de drogas, por si pudiera aportarle algo que la ayudara a evaluar si podía estar o no relacionado con su estado de ansiedad. Asimismo le hago ver que quizás el estado de ansiedad sea el causante del comportamiento que según la madre dice tener últimamente.

En esta primera entrevista intento establecer contacto, sin presionar, comentando temas generales y relacionados con otras personas que han padecido problemas similares, aportando información sobre el peligro que conlleva tanto un tema como el otro, lo fácil que es entrar en cualquiera de ellos y lo difícil que es salir una vez dentro, aunque con un poco de esfuerzo todo puede conseguirse...

Sobre todo intento explicarle en qué puedo ayudarla y cómo. Conforme le voy aportando

información me hace pequeños comentarios como por ej. "eso también me pasa a mí" ante lo cual aprovecho para sugerirle que no se preocupe que ya lo resolveremos y que entre las dos conseguiremos enfrentarnos y resolver cualquier problema que pueda surgir.

Antes de terminar le explico la importancia de la relajación como medio para enfrentarse a cualquier situación ansiógena y poder vencer ese nerviosismo aparente que manifiesta. La entreno en respiración diafragmática y pulmonar, y en relajación muscular progresiva de Jacobson animándola a practicarlas cuantas más veces mejor.

También y muy por encima le explico lo que son técnicas cognitivo-conductuales, cómo las vamos a utilizar y para qué nos van a servir.

Le pongo el EMG y en todo momento los valores están por encima de 40-50 mμ, no consigo que baje de estos valores, sólo con tocarle el brazo pasa a 145-200 mμ. La prueba la hago varias veces y siempre se dispara por encima de 145. No sabe por qué. En cuanto retiro mi mano pasa a 40-45-60 mμ.

La cito para la próxima semana y como tarea para casa le mando un autorregistro sobre la relajación, de momento no toco nada relacionado con el problema aunque sí aprovecho para comentarle que le enviaré por email, algún artículo sobre anorexia y consumo de drogas e incluiré alguna fotografía para que pueda ver los efectos que ambos producen en el organismo.

Esta sesión dura 2 horas

2ª, 3ª y 4ª SESIÓN

En estas ocasiones viene ella sola, vestida con el mismo chándal que las veces anteriores. Al principio un poco reacia, pero poco a poco va relajándose y vamos entrando en materia. La animo para que me dé su opinión sobre la documentación que le envié, sobre las fotografías, sobre cómo se ha sentido con la relajación, si la ha practicado o no, si ha pensado en ello, si ha llegado a alguna conclusión...

En cuanto a la relajación dice haberla practicado pero que le resulta muy difícil pues no puede

concentrarse, aunque la respiración sí que le ha ayudado bastante, sobre todo en el colegio o cuando se ponía nerviosa por algún motivo, aunque no me dice cuál a pesar de pedirle algún ejemplo, esto lo obvio y por el contrario le refuerzo muchísimo el haber practicado la respiración y la animo a seguir practicando las dos relajaciones a la vez que le explico el beneficio que pueden aportarle.

Es a lo largo de estas entrevistas cuando me reconoce que come muy poco y que no quiere engordar, que se ve muy bien como está, poco a poco me explica cómo comenzó todo, hace ya unos dos años, incluso antes de que se dividiera la pandilla. Tras ver una serie de TV en la que las protagonistas eran amigas, al igual que ellas, muy delgadas y monísimas, decidieron iniciar una dieta para ver quién de las amigas adelgazaba más y en menos tiempo, algunas adelgazaron algo, otras por el contrario no siguieron la dieta pero ella consiguió adelgazar más que ninguna lo que hizo que se sintiera muy bien pues consiguió ser la mejor y por ello la ganadora de la apuesta, todos los días comentaban lo que habían comido y una vez a la semana se pesaban para ver cuánto habían perdido, ella siempre ganaba pues quería conseguir la talla 36, actualmente lleva la 32 aunque no lo reconoce "aún así se la tienen que arreglar según la madre". Ahora se ve muy bien, no se ve delgada y dice sentirse encantada con su peso y con su figura, pues es lo que quería. Es perfeccionista, le gusta ser la mejor y que la admiren, siendo líder en su pandilla pues al final, y según la madre, todas hacen lo que ella quiere.

A pesar del calor que hace, en la consulta no se quita la chaqueta del chándal y cuando le comento por qué no lo hace, contesta que por hacer frío, aunque finalmente me reconoce que no se la quita porque le voy a decir que está muy delgada. Esto se lo argumento, puesto que si le encanta su figura por qué no enseñarla.

Le explico que uno de los problemas de la anorexia es justamente ese, ellas se ven muy bien a pesar de que otros ven lo contrario, vemos fotografías y comentamos este tema y otros, así como lo que puede sucederle tanto a nivel orgánico como psicológico. Ella sabe que ha adelgazado pero no percibe ningún problema, quiso conseguir la talla 36 y la que lleva ahora es la 32, mide 1,685 y

pesa 44 kg vestida (medidas tomadas en la consulta). Además de lo citado anteriormente y ante los ejemplos que trabajamos termina por comentarme que, presenta caída masiva de pelo, las uñas apenas le crecen y se le rompen con mucha facilidad, cuando le viene el periodo apenas tiene menstruación, pues casi ni mancha y le dura 1 ó 2 días "hace 4 meses que no le viene", las heridas tardan mucho en curarse (no hay problema de diabetes, hemos realizado analítica y todo es correcto aunque en los límites inferiores, excepto algo de anemia), también presenta dolor de espalda y mareos, cuando le digo de apretar con fuerza los puños manifiesta que casi no tiene fuerza para mantenerlos apretados, se queda dormida en cualquier sitio, manifiesta no haber detectado aparición de vello anómalo pero cuando le comento el lanugo de las mejillas me dice que pensaba que era vello pues tiene bastante y no sólo en la cara sino también en hombros, pecho y vientre, sensación continua de frío, color amarillento de piel, cara triste y muy desmejorada a pesar de ser una monada, dice tener gran dificultad para concentrarse y para recordar cosas, sobre todo le ocurre con el estudio. Reconoce comer muy poco, sobre todo nada que ella considere que pueda engordarle, tira los bocadillos y siempre que puede evitar comer lo evita, últimamente nunca tiene hambre.

Dada la nueva situación, aprovecho para analizar, evaluar y seguir aportando información sobre lo que puede ocurrir de seguir así, le pongo diferentes ejemplos y la animo a lanzarse a una nueva aventura. Si fue la mejor en adelgazar por qué no ser la mejor en conseguir superar un problema tan delicado y tan difícil de resolver, ¡Por qué no hacer una nueva apuesta e intentar ser la nueva vencedora! Comienzo a trabajar esta idea y a intentar que poco a poco vaya calando. La animo a intentarlo, a comentarlo con sus amigas, a intentar que ellas le ayuden si es necesario, la animo a luchar. Ella se ve estupenda pero su IMC (15,50) no dice lo mismo, analizamos qué puede ocurrir, qué otras alternativas hay, por qué ir siempre con el chándal cuando no la favorece, por qué ocultar nada si ella se ve estupenda, por qué ocultar su cara con el pelo si ella se ve tan bien, por qué llevar los hombros tan caídos si a ella le encanta como es y cómo va, por qué esconderse si no hay ningún problema, por qué no ir con la cabeza bien alta si no tiene nada que ocultar... Preguntas como éstas se las planteo e intento que vea otras alternativas, que se dé a sí misma otras respuestas que las

que se está dando hasta ahora.

Para ella no hay ningún problema, viene porque le manda su madre pero termina reconociendo en la 4ª sesión que igual hay algo de anorexia, no vomita pero intenta comer lo menos posible, lo único que le preocupa son los mareos, los dolores de espalda, que no le viene el periodo desde hace unos meses (mediante analítica comprobamos que no hay embarazo) que se siente muy débil y a veces le cuesta concentrarse en las cosas. Tiene muy claro que no quiere engordar, lo único que no le gusta mucho es que se ha quedado sin pecho (ha pasado de una 95 a que apenas se le noten los pechos, siendo esto lo que menos le gusta y a lo que voy a intentar sacar partido), pero todo lo demás le encanta, aunque como hemos visto anteriormente tiende a ocultarlo. No dejo de insistir en ello y sobre todo no dejo de insistirle en que ella es lo que más me importa, que cualquier problema que nos surja lo iremos resolviendo, que dos años no son tanto tiempo y que si otros han conseguido superar la anorexia ella también podrá hacerlo al igual que cualquier otra cosa.

La conecto al EMG y los valores siguen siendo muy dispares 180-210 mμ si la toco el brazo e inmediatamente baja a 60-70 mμ al soltar. Le explico que su estado de ansiedad es muy alto, los valores suben y bajan continuamente incluso sin tocarla, la disparidad es enorme.

Trabajamos a fondo la relajación muscular progresiva, aunque seguimos sin conseguir gran cosa pues está muy alterada. Al comentarle mi preocupación por la disparidad de valores y la necesidad de hacerle otro tipo de pruebas y analíticas para detectar qué puede estar ocurriendo y poder quedarnos más tranquilas, termina confesando su consumo de drogas.

Comenzó a consumirlas al poco de iniciar la dieta, al principio sólo fumaba porros pero cuando le dijeron que al fumar porros comería más y engordaría comenzó a esnifar speed y a tomar anfetaminas pues con éstas le habían dicho que adelgazaría mucho más rápidamente, al principio sólo consumía algún día suelto, después los fines de semana y poca cantidad, pero poco a poco fue incrementando el consumo y comprobando que adelgazaba mucho más aún comiendo lo mismo y que además se lo pasaba muy bien en la discoteca, pues podía aguantar toda la noche sin parar de bailar y reírse, pero sobre todo sin sentir fatiga. Tiene claro que no quiere engordar y que quiere

divertirse, también tiene claro que puede dejar la droga cuando quiera y más ahora que le gusta su peso y su físico. Está muy enfadada por haber sido descubierta pero dice no importarle. Intento tranquilizarla y hacerle sentir la importancia que tiene el haber dado este paso, intento que comprenda que el haberlo comentado hará que todo sea mucho más fácil, que es así como conseguiremos que vuelva a ser la que era antes, una joven feliz, orgullosa y segura, que puede aprender a controlar su peso una vez consigamos el peso ideal, que es un paso demasiado importante como para no sentirse orgullosa por haberlo dado, intento reforzarla y motivarla para que valore la decisión que ha tomado pues gracias al paso que ha dado tendremos más datos para poder ayudarla y enfrentarnos a las situaciones que puedan surgirnos.

Analizo con ella las respuestas que vamos detectando y nos encontramos:

RESPUESTAS Y SINTOMATOLOGÍA:

Cognitiva:

- No quiero comer porque engordo y enseguida me lo noto.
- Si estoy delgada me siento mucho mejor, sólo las delgadas consiguen lo que quieren "y si no mira a todos los famosos" "los más guapos siempre están delgados" "los que triunfan siempre están delgados"...
- No estoy delgada, la gente dice que he adelgazado mucho pero no me importa lo que diga la gente porque yo me veo muy bien, lo que más me molesta y no soporto es que me lo estén continuamente diciendo.
- Al principio me gustaba cuando me decían que estaba muy guapa y muy delgada pero ahora no lo soporto porque sé que me lo dicen o porque he engordado o porque me ven anoréxica.
- En cuanto me dicen que estoy muy bien, ya sé que es porque he engordado y yo me lo noto enseguida sobre todo en el vientre y en las caderas.
- A mí me gusta estar delgada, no quiero engordar, me veo muy bien como estoy.
- No voy a comer esto o aquello porque engorda, sobre todo lo que tiene muchas calorías como los

hidratos de carbono, "antes me gustaban mucho las patatas fritas pero ahora no las pruebo porque engordan mucho"...

- No como porque no tengo hambre.
- Si engordo aumentaré de caderas y de vientre.
- Antes tomaba drogas para conseguir adelgazar más que mis amigas.
- Ahora sólo las tomo para divertirme pero controlo y puedo dejarlas cuando quiera.
- Últimamente sólo pienso en qué hacer, para comer sin que me vean, y entrar rápidamente en mi habitación por si notan que he consumido drogas...

Emocional:

- Dice no estar preocupada, sólo por los mareos, por el dolor de espalda y por quedarse dormida.
- Gran ansiedad cuando va a comer porque no quiere engordar y sobre todo si hay alguien delante.
- Cambio acusado de carácter (irritabilidad, ira, gran inquietud...) aunque según ella sólo en casa.
- Ha pasado de una 95 de pecho a que apenas se le note (ella reconoce que es lo que menos le gusta y debido a ello se siente mal).
- Pasa de una 44 a una 34 (según ella, pero según su madre a una 32 y a veces le viene grande porque hay que arreglarla de cintura), esto le encanta pues no quiere aumentar la talla...

Motivacional:

- No tiene muy claro la necesidad de querer engordar, ella se ve muy bien así e incluso mucho mejor que antes, a pesar de ocultar su cuerpo todo lo que puede y no gustarle sus pechos.
- Tampoco quiere dejar la droga, pues quiere divertirse y no cansarse cuando va a la discoteca...

Fisiológica:

- Pérdida e irregularidad de menstruación.

PATOLOGÍA DUAL Y TRATAMIENTO COGNITIVO CONDUCTUAL EN UN CASO DE ANOREXIA, ADICCIÓN A LAS DROGAS CON ANSIEDAD COMÓRBIDA

- Pérdida de peso en un breve periodo de tiempo (12 kilos en un mes).
- Mucho sueño durante el día pero por la noche con problemas para dormir y mucho frío.
- Ha perdido fuerza, se siente muy débil en general y sobre todo muchos mareos.
- Caída de cabello abundante, pestañas y cejas con apenas crecimiento de uñas.
- Lanugo en cara, hombros, bajo vientre (especie de pelusa para mantener la temperatura corporal, debido a la disminución de tejido adiposo).
- Piel amarillenta y en general bastantes ojeras.
- Temblores, taquicardia, movimientos descontrolados.
- Agujetas continuas, dolores musculares, de rodillas y de espalda
- Intensa fatiga y debilidad, mucho frío, dedos azulados, ojeras, sequedad de boca.
- Cada vez tiene menos hambre, de hecho nunca tiene hambre y se llena con apenas nada.
- Gran nerviosismo y tensión, cada vez que tiene que comer delante de alguien, por si la pillan con droga, por si no tiene dinero para comprarla...

Conductual:

- Si puede come lo mínimo.
- Cuando come procura comer lo que sabe que no engorda, todo lo tiene muy controlado.
- Para comer procura estar sola, pues no quiere que estén continuamente diciéndole que coma más.
- Evita todos los alimentos altos en calorías y si por algún motivo come alguno, puede pasar después todo un día entero sin comer.
- Consumo de drogas para adelgazar más rápidamente
- Bebe mucha agua por un lado para adelgazar y por otro porque le han dicho que es bueno beber agua cuando uno se droga.

PATOLOGÍA DUAL Y TRATAMIENTO COGNITIVO CONDUCTUAL EN UN CASO DE ANOREXIA, ADICCIÓN A LAS DROGAS CON ANSIEDAD COMÓRBIDA

- Los bocadillos que le pone su madre generalmente no los come y termina tirándolos.
- Los hombros muy caídos (ella lo reconoce pues intenta pasar desapercibida) lo mismo ocurre con la cabeza que la lleva siempre agachada como si quisiera ocultarla entre los hombros.
- Siempre va con el chándal, cerrado hasta arriba y bastante holgado...

En cuanto a cada uno de los tres sistemas de respuesta: **cognitivo** (no quiero engordar, me veo muy bien así, me veo mucho mejor que antes, si un día como un poco más me lo noto enseguida porque engordo, sobre todo en la tripa y en las caderas, puedo dejar la droga cuando quiera pues he conseguido el peso que quería, sólo la tomo para divertirme...) **fisiológico** (debilidad, sueño, falta de menstruación y si le viene algún mes muy poca cantidad y corta duración, mucho frío, gran fatiga por todo, a veces comienza a temblar sin saber por qué, espasmos musculares continuos, caída masiva de cabello...) **motor** (come lo mínimo, tira los bocadillos, si puede evitar comer lo evita, las comidas, si las hace, procura hacerlas cuando nadie la ve, sobre todo no come lo que considera que pueda engordarle por ej. las legumbres ni las prueba porque cree que engordan, consume drogas en un principio para adelgazar pero actualmente para divertirse...)

Tras análisis funcional, le explico los 3 sistemas de respuesta (cognitiva, fisiológica y motora) cómo se interrelacionan entre sí y cómo influyen en su estado emocional, en la evolución y en el mantenimiento del problema, afortunadamente no sólo ha reconocido la anorexia sino también el consumo de drogas, de ahí que a partir de ahora intentaremos abarcar los aspectos interrelacionados en función de lo que vaya surgiendo.

Le explico muy duramente a dónde puede llevarle tanto lo uno como lo otro, le hago ver ambos problemas, si no referidos a ella directamente sí como si de otra persona se tratara. Le pongo varios ejemplos y lo fácil que es entrar en un proceso anoréxico o de drogadicción sin apenas darse cuenta, así como la dificultad para salir de ambos.

Tras la información (que intento sea lo más amplia posible sobre ambos procesos) acordamos llevar

PATOLOGÍA DUAL Y TRATAMIENTO COGNITIVO CONDUCTUAL EN UN CASO DE ANOREXIA, ADICCIÓN A LAS DROGAS CON ANSIEDAD COMÓRBIDA

un control de peso y de consumo. De momento sólo le pido que durante la próxima semana intente comer algo más, aunque sea un poco y me traiga las medidas tanto de altura como de peso (ambas tomadas en la farmacia) para después contrastarlas en la consulta y ver si hay alguna diferencia pues en caso de no haberla, sólo nos basaremos a partir de entonces en las que tomemos en la consulta todas las semanas, mientras dure el tratamiento. Lo mismo haremos con el consumo de drogas, todas las semanas haremos un análisis de orina para ayudarle a mantener la promesa de no tomar más drogas, dado que según ella puede dejarlo cuando quiera.

Es en la cuarta sesión cuando realizamos el primer análisis de orina, para ello utilizamos un Test multipantalla en panel de 10 sensibilidades por tiras reactivas de orina, siendo la detección cualitativa y permitiendo detectar las siguientes drogas:

- Amfetamina (AMP)
- Barbitúricos (BAR)
- Benzodiazepinas (BZO)
- Cocaína (COC)
- Fenciclidina (PCP)
- Marihuana (THC)
- Metadona (MTD)
- Metamfetamina (MET)
- Metilendioximetamfetamina (MDMA)
- Morfina (MOP)

Al realizar la prueba detectamos Amfetamina, Benzodiazepinas, Fenciclidina, Marihuana y Metamfetamina.

Ante los resultados dice que es imposible, que ella sólo toma anfetaminas, porros y tabaco además de algún cubata o chupito, que lo otro no sabe ni lo que es, aspecto que nos viene muy bien para

ampliar la información sobre los diferentes tipos de drogas, la gran adulteración que existe, el tomar unas drogas creyendo saber lo que toman y encontrarse con algo muy distinto, el beber de otros vasos que no sean los suyos, el peligro añadido que corre por creer tomar unas cosas y resultar otras totalmente diferentes, la bomba que puede resultar si añadimos esto a su actual estado anoréxico, la suerte que hemos tenido de hacer este descubrimiento para que esto le ayude a abrir los ojos y poder dar una solución... Tras ampliar la información en todo lo posible le preparo los siguientes objetivos terapéuticos y la motivo para lanzarse a la nueva aventura, reforzando al máximo la decisión de haber sido capaz de sincerarse y no ocultar algo que en el fondo no era más que un total autoengaño, siendo ella la única y mayor perjudicada.

OBJETIVOS TERAPÉUTICOS A SEGUIR, EXPLICADOS Y ENTREGADOS A LA PACIENTE

<ul style="list-style-type: none">• Aportar información suficiente como para que conozca cuanto más mejor sobre la anorexia, la adicción y los peligros a los que se enfrenta.• Aportar información relacionada con patrones alimenticios y nutricionales sanos, aportándole documentación suficiente sobre alimentos, consumos energéticos, importancia de las vitaminas, las grasas, las proteínas...	<ul style="list-style-type: none">✓ Ayudarle a comprender y reconocer que tiene un problema muy serio y muy peligroso.✓ Ayudarle a asumir que el intento de adelgazar ha terminado convirtiéndose en un problema que, de no resolverlo, puede derivar en algo más que en una simple apuesta.✓ Motivarla lo suficiente como para conseguir un peso normal, con el que ella se encuentre a gusto pero sin que su salud corra ningún tipo de peligro.✓ Ayudarle a restablecer el peso, normalizar los patrones alimentarios, adquirir señales adecuadas de saciedad y hambre, recuperando el peso de forma controlada (entre 200 y 400 gr/semana, aunque en un principio cualquier ganancia nos sirve).
--	---

PATOLOGÍA DUAL Y TRATAMIENTO COGNITIVO CONDUCTUAL EN UN CASO DE ANOREXIA,
ADICCIÓN A LAS DROGAS CON ANSIEDAD COMÓRBIDA

<p>proteínas...</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Todas las semanas la pesaremos en la consulta, una vez comprobemos que el peso obtenido en la farmacia es el mismo que el obtenido en la consulta. ✓ Ayudarle a superar la adicción a las drogas. ✓ Todas las semanas haremos un análisis de orina, de forma que esto le ayude a controlar su adicción y a vencerla.
<ul style="list-style-type: none"> • Tareas para casa, que serán practicadas, revisadas y comentadas durante las sesiones tanto para controlar el trastorno alimentario como el adictivo. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Dichas tareas proporcionarán un papel activo de la paciente en el tratamiento lo que permitirá un entrenamiento y una generalización de las estrategias aprendidas así como adquirir habilidades y destrezas cognitivas, emocionales y conductuales. ✓ De momento hacer las 5 comidas, no marcamos cantidades, dejamos a su elección tanto la cantidad como el tipo de comida, pero es fundamental hacer las 5 comidas, sin saltarse ninguna, procurando que los alimentos sean lo más variado posible, dentro de lo que a ella le apetezca. ✓ Las tareas las iremos programando en función de los progresos y siempre de común acuerdo.
<ul style="list-style-type: none"> • Control del trastorno alimentario, que le lleva a adelgazar peligrosamente y control de la adicción que además de destruirla hace que el trastorno se mantenga. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Autorregistros como elementos de control de estímulos y consecuencias, observación, autocontrol y registro de alimentos consumidos, para evaluar, comprobar y comentar en consulta progresos de cambios experimentados, modificación de hábitos alimenticios, retroinformación, estrategias de control utilizadas....
<ul style="list-style-type: none"> • Relajación mediante respiración pulmonar y diafragmática, por aprenderse rápida y fácilmente. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ La relajación para intentar reducir la ansiedad y los estados emocionales negativos, ayudarle a enfrentarse a las situaciones ansiógenas provocadas por los alimentos, drogas o situaciones ansiógenas, además de ayudarle a ser consciente de una

PATOLOGÍA DUAL Y TRATAMIENTO COGNITIVO CONDUCTUAL EN UN CASO DE ANOREXIA, ADICCIÓN A LAS DROGAS CON ANSIEDAD COMÓRBIDA

<ul style="list-style-type: none"> • Relajación muscular progresiva de Jacobson • Biofeedback electromiográfico (EMG) 	<p>mayor percepción de autocontrol.</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Entrenamiento en biofeedback combinado con la relajación como una ayuda externa que le permita adquirir una mayor percepción de control.
<ul style="list-style-type: none"> • Terapia cognitivo-conductual <p>➤ Orientada a generar creencias de autoeficacia y autocontrol, establecimiento e incremento de cooperación potenciando su colaboración e implicación en la terapia como algo imprescindible para conseguir una posible mejoría a través de la empatía, motivación y el refuerzo, intentaremos establecer hábitos de comida y peso adecuados (mediante refuerzo, autorrefuerzo y participación familiar) intentaremos cambiar las cogniciones distorsionadas y las evaluaciones catastrofistas, dramáticas y sobregeneralizadas que aparecen en ambos trastornos, intentaremos cambiar actitudes hacia la apariencia corporal, la comida y el peso, hábitos y</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Componente psicoeducativo (aportando suficiente información sobre la anorexia y consumo de drogas, aspectos médicos y psicosociales, factores que contribuyen en su mantenimiento, base de las técnicas que utilizaremos y que nos ayuden a eliminar miedos, ansiedad, emociones negativas y tópicos...) puesto que el malestar generado (miedo a engordar, pensamientos negativos, creencias sobre los beneficios de las drogas, etc.), constituye un elemento esencial en el mantenimiento y agravamiento del trastorno. ✓ Autorregistros de: pensamientos automáticos para análisis racional, pensamientos de afrontamiento, de observación y evaluación de situaciones problemáticas, evaluación y análisis de estrategias utilizadas y que han resultado útiles, listado de comportamientos realizados para la resolución y de los que se sienta especialmente orgullosa... ✓ Utilizaremos reestructuración cognitiva dirigida a abordar pensamientos, sentimientos, actitudes relacionadas con la preocupación por la comida, el peso, la silueta y las drogas, expectativas y creencias irracionales concernientes a la imagen corporal y al consumo de drogas, además de entrenar para adquirir habilidades cognitivas que le ayuden a abordar pensamientos aprendiendo a modificarlos y a cuestionarlos buscando evidencias a favor y en contra, para enfrentarse a ambos problemas, a poner en práctica habilidades que le permitan analizar consecuencias, generar expectativas

PATOLOGÍA DUAL Y TRATAMIENTO COGNITIVO CONDUCTUAL EN UN CASO DE ANOREXIA, ADICCIÓN A LAS DROGAS CON ANSIEDAD COMÓRBIDA

<p>pensamientos negativos, intentaremos aportar expectativas positivas de resolución de ambos trastornos, modificando atribuciones negativas y sentimientos de culpa y de vergüenza.</p>	<p>positivas y de autoeficacia, anticipar y resolver problemas...</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Detectar, analizar, y modificar el conjunto de pensamientos, actitudes y sentimientos inadecuados relacionados tanto con el trastorno alimentario como con el adictivo. ✓ Restaurar el peso a un nivel saludable. En un principio, ponemos como objetivo llegar a los 52 kilos (estaría en el límite pero no correría peligro, IMC 18,31) y ver qué pasa. Antes de iniciar la dieta su peso era de 66.kg. ✓ Incrementar la motivación al máximo para que coopere en la restauración de patrones alimentarios sanos, para marcarse nuevos objetivos que le ayuden a focalizar su esfuerzo hacia otras metas más saludables y sobre todo motivarla para que participe lo más activamente posible en el tratamiento y en su resolución. ✓ Abordar su imagen corporal, hasta ahora muy devaluada. En consulta trabajaremos la técnica del espejo para ayudarla a verse de una forma más realista, racional y positiva, para que ella pueda practicarlo y generalizarlo por su cuenta. ✓ Sustituir el chándal por ropa más atractiva, peinarse y arreglarse un poco para recuperar una imagen que le permita sentirse más a gusto con ella misma y volver a ser la niña coqueta que era antes. ✓ Abordar el enfrentamiento, la exposición con prevención de respuesta, el afrontamiento y la prevención de recaídas mediante técnicas cognitivo-conductuales. ✓ Utilizaremos técnicas distractoras, resolución de problemas generando alternativas, seleccionando la mejor e intentar llevarla a la práctica para evaluar consecuencias, modificando
--	---

	<p>hábitos (restaurando pautas alimenticias saludables, generando nuevos hábitos y buscando nuevas alternativas de diversión).</p> <ul style="list-style-type: none">✓ Autoinstrucciones, autorrefuerzo y autoaceptación para potenciar pensamientos positivos, ganas de luchar, ganas de realizar actividades gratificantes que aporten satisfacción e incrementen su estado de ánimo, reduzcan su ansiedad la motiven para el cambio y su autocontrol emocional, la hagan sentirse orgullosa por sus logros y aceptarse aprendiendo a valorar lo mejor de ella misma, al margen de su apariencia física.✓ Aprender a detectar pensamientos negativos, erróneos y catastrofistas y sustituirlos por otros mucho más positivos y realistas.✓ Combatir comportamientos inadecuados por otros mucho más adaptativos como medio de mejorar las relaciones familiares, escolares y sociales y sobre todo que le permitan mirar al frente con orgullo y satisfacción.✓ Redefinir objetivos realistas, programándolos, llevándolos a cabo y potenciando su implicación y colaboración en la terapia para superar las limitaciones físicas y psicológicas mantenidas hasta ahora, de forma que podamos obtener no sólo autorrefuerzos sino también refuerzos externos.✓ Tratar los trastornos psicológicos asociados, incluyendo la ansiedad, las alteraciones del estado de ánimo, la baja autoestima, los comportamientos inadecuados...✓ Proporcionar a la familia asesoramiento y formas de enfrentarse a la situación para que con su apoyo y colaboración contribuyan a la resolución, proporcionando mucho refuerzo ante comportamientos adaptativos, mucha motivación y pocas
--	---

	<p>presiones tanto para obligarla a comer como para fiscalizar el consumo de drogas.</p> <p>✓ Prevenir las posibles recaídas y prepararla para ellas, pues tanto en un caso como en el otro se producen con mucha frecuencia. En nuestro caso nunca las veremos como un fracaso sino como un error que puede darse y que nos puede servir para aprender de él pues nos permitirá no sólo detectar situaciones de riesgo sino también poder ensayar alternativas cognitivas y conductuales de prevención, poniendo en práctica las habilidades y recursos que vayamos adquiriendo, gracias a ello podremos salir enormemente fortalecidos pues significará que lo estamos intentando y en consecuencia aprendiendo por seguir practicando.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Tratamiento farmacológico para tratar las complicaciones físicas. 	<p>✓ Aportaremos un complejo vitamínico en colaboración con su médico de cabecera.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Fase de puesta en práctica 	<p>✓ Ya desde la primera sesión iniciamos la puesta en práctica intentando motivarla al máximo para que se implique, compruebe y optimice los recursos para enfrentarse a la nueva aventura pero de una forma mucho más realista y participativa. Siendo nuestro objetivo fundamental apostar por vencer ambos trastornos a la vez que intentaremos arrastrar con ella a las amigas que han quedado enganchadas en la droga.</p>

5ª SESIÓN

Me cuenta cómo ha ido la semana y que ha intentado comer algo más, sigue diciendo que se ve muy bien (aunque vuelve a venir con el chándal y con la cremallera completamente cerrada hasta arriba) pero sobre todo que no quiere engordar, tiene claro que no le gusta su pecho (apenas se le nota pues prácticamente está lisa) ni las concavidades en vientre y clavículas (por eso siempre las lleva

cubiertas).

Ha leído toda la información que le he enviado y está de acuerdo en continuar con la psicoterapia aunque sigue diciendo que no quiere engordar. Comentamos la información suministrada, vemos y valoramos las fotografías tanto de figuras anoréxicas como de los daños provocados tanto por las drogas como por la anorexia, sigo documentándole hasta dónde puede llevarle el proceso iniciado, la gravedad del tema y lo mucho que puede complicarse, de momento empatizamos muy bien y ella sigue confiando en mí. La sigo animando a comentárselo a las amigas pues, a ella, indirectamente le puede venir muy bien.

Dice estar dispuesta a ganar algo de peso, hasta verse bien, pero luego una vez alcanzado un peso con el que se sienta cómoda quiere mantenerse y no seguir engordando, le explico que lo puede conseguir con autocontrol pero comiendo lo necesario para conseguir un desarrollo normal e imprescindible puesto que aún está en proceso de crecimiento y de gran consumo energético (aspecto que hasta ahora no había tenido en cuenta). Le explico que el estar delgada está muy bien pero siempre que no pase a ser una obsesión por adelgazar y unos comportamientos enfocados a ello sin ningún autocontrol.

Se ha pesado y medido en la farmacia y en esta semana ha ganado 1/2 kg (1,685 de altura y 44,5 k). Lo comprobamos en la consulta y efectivamente obtenemos la misma medida y el mismo peso. Elaboramos un gráfico donde vamos anotando el punto de partida y la evolución, para que lo ponga en su dormitorio y pueda verlo continuamente, de tal forma que se vaya habituando al peso y contribuya a la desensibilización fóbica hacia las posibles ganancias. Igualmente hacemos el análisis de orina y los resultados siguen sin ninguna variación respecto a la semana anterior.

Utilizo la técnica del espejo para que aprenda a observarse de una forma mucho más realista y sin sufrir alucinaciones, entrenándola a ver lo que objetivamente vemos los demás (ante el espejo analizamos detenidamente su delgadez extrema, sólo se aprecian huesos y concavidades en clavículas, omoplato, costillas, abdomen, cara, concavidades orbitales, observamos igualmente su falta de pecho, lo antiestético de las concavidades visibles a simple vista, su tono amarillento, sus

costillas sobresaliendo, su lanugo en cara, hombros y pecho, sus ojeras...)

Refuerzo mucho el peso ganado, analizamos y valoramos las estrategias utilizadas, los beneficios... y le hago ver mediante contrastación, ante el espejo, que a pesar de ello sigue estando muy delgada. Nuestro objetivo es seguir delgada pero rellenando las concavidades con musculatura, que los huesos queden cubiertos. No es necesario estar gorda para que los huesos estén cubiertos de carne. Y una vez alcancemos el peso ideal mantenerlo con una alimentación adecuada y poniendo en práctica las estrategias de autocontrol que poco a poco vaya adquiriendo.

En cuanto a la adicción, la sigo motivando para abandonarla, para demostrarse a sí misma que puede dejarla y no depender de ella para divertirse, trabajamos varias autoinstrucciones, analizamos los motivos que le han llevado a seguir consumiendo, así como las consecuencias y termina reconociendo que durante esta semana no quería consumirla pero que todas sus amigas y amigos lo hicieron y al final ella también. Esto nos viene muy bien para demostrarle que no controla tanto como piensa. Que no es tan fácil salir del pozo. Que eso del yo controlo, lo hemos oído muchas veces pero la evidencia demuestra que no es como ella cree. Trabajamos varias técnicas de enfrentamiento y ensayamos varias alternativas incluyendo anticipación de respuesta y entrenamiento en técnicas asertivas. La animo a comentar todo esto con las amigas, a intentar incluirlas en el proceso de abandono de la droga, a entrenarlas en relajación y en las técnicas de exposición, enfrentamiento, distractoras, de aplazamiento de respuesta, en fin todo lo que trabajamos en consulta, que intente llevarlo a la práctica pero implicando a sus 4 amigas.

Analizamos los 3 tipos de respuestas durante la semana:

En cuanto a la respuesta cognitiva, comenta que durante esta semana cada vez que se ponía a comer se decía que podía hacerlo y tenía que hacerlo, no quiero engordar pero me voy a obligar a comer, no quiero terminar como las anoréxicas de las fotografías.

Según ella se ha sentido bien y ha comido algo más, aunque los bocadillos no, porque no tenía hambre.

La relajación muscular progresiva la ha practicado todas las noches y aunque no la domina dice

haber dormido mejor. Los dos tipos de respiración: pulmonar y diafragmática las hace muy bien, cosa que le valoro mucho y la animo a seguir practicándolas al máximo, doy por hecho que le va a venir muy bien a la hora de intentar comer con normalidad y de enfrentarse al cero consumo de drogas

Le pongo el EMG y en todo momento los valores están por encima de 40mμ, no consigo que baje de estos valores.

Al intentar relajar se encuentra entre (45-50mμ) pero sólo con tocarla pasa a 145-200mμ. Le explico que por un lado influye su estado ansiógeno, también el efecto de las drogas, pero que no debe preocuparse porque estamos aprendiendo habilidades y recursos que le ayudarán a poder controlar todo lo que ahora le resulta imposible, que sólo necesita tiempo para percibir el cambio, que lo más importante es la decisión que ha tomado de intentarlo. La temperatura de la consulta es buena, pero ella sigue teniendo frío, a simple vista no está nerviosa, aunque sí un poco a la defensiva, se lo hago ver y le explico que es normal, que lo más importante es aprender a detectarlo para posteriormente poder enfrentarse a ello y resolverlo con las nuevas habilidades que está adquiriendo.

Practicamos la sustitución de unas respuestas cognitivas por otras, de momento muy por encima, pero tras varios ejemplos y supuestos lo va haciendo mejor. Es muy participativa en todo momento.

Entrenamos distintas autoinstrucciones que le puedan ayudar "Por comer no voy a engordar, sólo voy a mejorar mi físico", "quiero ganar pecho eso no quiere decir ganar michelines", "puedo permitírmelo"...

Para controlar la respuesta fisiológica utilizaremos de momento la relajación, todas las noches al irse a la cama y al levantarse, durante el día tantas veces como quiera. Le explico la importancia que tiene la respiración y su influencia en los tres tipos de respuesta.

La cito para la semana siguiente y le entrego los siguientes autorregistros, donde por un lado intentamos identificar la relación existente entre situaciones, conductas, pensamientos automáticos

o provocados y consecuencias que inciden en el mantenimiento o en la resolución del problema:

SITUACIÓN, DÓNDE COMO, CON QUIÉN Y HORA	RESPUESTA COGNITIVA: QUÉ PIENSO ANTES DURANTE Y DESPUÉS DE COMER	RESPUESTA FISIOLÓGICA: CÓMO ME SIENTO Y SEÑALES FÍSICAS QUE SE PRESENTAN	RESPUESTA MOTORA: QUÉ HAGO, QUÉ COMO Y MÁS O MENOS QUÉ CANTIDAD

El siguiente autorregistro lo utilizamos para controlar, detectar, evaluar progresos, estrategias e incrementar la percepción de control

"Listado de lo que has provocado o comenzado a mejorar y de lo que puedes sentirte orgullosa"	"Estrategias que has utilizado para conseguirlo"

Una vez identificadas las situaciones, pensamientos negativos, respuestas... pasaremos en sesiones posteriores, en función de los acontecimientos, a generar pensamientos y respuestas adecuadas así como pensamientos positivos alternativos y sustitutivos de los anómalos. En esta sesión ponemos en práctica varios ejemplos de resolución de problemas y damos diferentes alternativas, lo mismo hacemos con selección de autoinstrucciones y autorrefuerzos verbales. Ella me explica cómo hacerlo, me pone diferentes ejemplos y los trabajamos juntas, está muy colaboradora y aporta gran cantidad de ideas, me explica los peligros que conllevan las drogas y la anorexia proporcionando argumentos en contra. Me promete que va a intentar comer más y no tomar drogas, se propone que los próximos análisis no den positivos.

Esta sesión al igual que las anteriores dura 2 horas.

6ª SESIÓN Y POSTERIORES HASTA 30

Durante estas semanas, hay subidas y bajadas en cuanto al peso, cuando una semana sube mucho como por ej. 800 gr la siguiente pierde y retrocede, pues se asusta, pero sigo motivándola a intentarlo, no importa su retroceso pues poco a poco iremos mejorando y aprendiendo de las pequeñas recaídas.

Intentamos que incremente su peso muy lentamente, no se trata de correr sino de ir consiguiéndolo, poco a poco, e ir trabajando estos progresos tanto en la consulta como por su cuenta, unas semanas son 600 gr otras 50 gr, algunas se dan pérdidas de peso, pero eso no impide que continuemos con la motivación para el cambio y con el refuerzo por los logros obtenidos.

Es en la novena semana cuando al realizar el análisis de orina se detecta sólo THC. Eso me permite reforzarla considerablemente y animarla a continuar haciéndolo tan bien como lo está haciendo. Me comenta que está intentando que sus amigas dejen las drogas, les enseña lo que ella está aprendiendo, les ha enseñado a relajar y cuando se juntan trabajan las habilidades que ella está adquiriendo. Según comenta, tan sólo una no lo está consiguiendo, pero las demás están muy animadas y todo lo que trabajamos en la consulta lo llevan a la práctica. Los autorregistros les sirven para comentar sus logros y cómo lo están consiguiendo, lo vemos en la consulta y analizamos todo lo acontecido.

Hacia la sesión 15, se le presenta una apendicitis por lo que tiene que ser intervenida. La operación no presenta mayor complicación pero sí nos sirve para reflexionar sobre unas defensas altamente disminuidas debido a su proceso anoréxico y abuso de drogas. Este suceso lo utilizamos como elemento terapéutico pues nos permite tener en cuenta una realidad que hasta ahora ella no se había planteado.

Poco a poco comienzan a notarse los progresos, la relajación la lleva mucho mejor, se la ha tomado muy en serio pues al tener que enseñarla a las amigas, ella la ha practicado mucho, dice hacerla todos los días y de hecho se la nota pues los valores que consigue en EMG son muy buenos.

En cuanto al EMG: Se mueve muy bien entre 9-13 mµ y es capaz de mantenerlos constantes. En algún momento baja a valores entre 7 y 8 mµ; llegando a tocar el 5,8 mµ. Todo ello se lo refuerzo

muchísimo. De hecho dice servirle de gran ayuda, sobre todo cuando va a comer o cuando tiene que decir no a las drogas. La relajación diferencial y la rápida las consigue sin problemas.

Las autoinstrucciones han ido variando a lo largo de las sesiones al principio muy orientadas hacia la comida: "tengo que comer más" "lo que pone mi madre me va alimentar bien pero no me va a engordar" "no tengo hambre pero está bueno" "hoy he comido algo y estaba muy bueno" "no quiero terminar ingresada"... pero poco a poco las va orientando a su aspecto tanto físico como psicológico "tengo mejor color" "se me notan las costillas pero ya no tengo tantas hendiduras" "ahora tengo vientre pero no agujero" "ya voy teniendo pecho" "ya no me mareo" "me gusta más con la nueva ropa" "me obligo a ir con la cabeza alta" "no tengo nada que ocultar" "lo estoy haciendo muy bien" "voy a aprender a controlar hasta alcanzar un peso normal" "me siento orgullosa pues estoy ayudando a mis amigas" "prefiero sentirme orgullosa por ayudar a mis amigas que por ser la más delgada"...

Todas las semanas al llegar a la consulta la pesamos y realizamos el análisis de orina. No importa si hay recaídas, lo importante es aprender de ellas, valorar el por qué y seguir trabajando... Nuestro objetivo es vencer tanto la anorexia como el consumo y eliminar esa ansiedad que le impedía enfrentarse a ambas patologías. Todas las semanas comprobamos, valoramos, analizamos y contrastamos todo lo acontecido, buscando soluciones, progresos, alternativas, estrategias de control, modificando cogniciones, racionalizando mejorías, enfrentamientos, exposiciones, recaídas, entrenando en habilidades cognitivas, fisiológicas y motoras...

Últimamente ha cambiado su indumentaria, sustituyendo el chándal (azul y siempre el mismo) por una ropa mucho más mona, lo mismo ocurre con su pelo, ya no es una maraña que le oculta el rostro sino todo lo contrario. Todo esto lo trabajamos y valoramos, haciendo que evalúe, ante el espejo, el cambio experimentado y la diferencia entre el antes y el después, que saque conclusiones por las que sentirse orgullosa, enumerándolas y anotándolas en una lista que cada vez es mayor. Según comenta lo mismo ocurre con sus amigas.

Su mejoría es a todos los niveles, su peso en la semana 30 alcanza los 52,10 kg (IMC=18,35) y los

análisis de orina negativos. Las relaciones familiares han mejorado considerablemente, todos se han implicado pero ha merecido la pena. Sus padres manifiestan estar muy orgullosos por el cambio experimentado y lo mismo les han transmitido desde el colegio.

El periodo le viene con normalidad desde hace cinco semanas y según comenta ya no se siente tan cansada, el frío que antes tenía ya no lo tiene, está encantada con su pecho pues ya no es una tabla lisa "como ella dice" y aunque a veces me comenta que tiene miedo a seguir engordando, ya no lo percibe como algo catastrófico sino como algo controlable.

Todas las sesiones duran 2 horas.

Dada la situación entramos en el proceso de seguimiento, en un principio cada 15 días (4 veces), después una vez al mes (4 veces), cada 3 meses (2 veces) hasta terminar el seguimiento a los 6 meses (2 veces).

31ª SESIÓN Y SEGUIMIENTO

Tras algún que otro altibajo, continúa su progreso. Actualmente ya no es la niña del chándal, el cambio es notable, su peso bastante normalizado y mantenido en el tiempo 55,10 kg (IMC=19,40). Se siente muy orgullosa por el cambio experimentado y tiene muy claro que no quiere volver a la situación anterior. De sus amigas, excepto una, todas han salido de las drogas, alternan lugares diferentes, se relacionan con otro tipo de personas y su finalidad ya no es la discoteca y la diversión por encima de todo. Se ha sacado el carnet de conducir, ha iniciado su carrera (económicas) y no se arrepiente para nada de haber llegado hasta donde se encuentra. Tanto su autovaloración como la de sus padres es altamente positiva, con muchos objetivos por delante y muchas ganas de terminar la carrera. Tiene muy claro que no quiere ni anorexia ni drogas, reconoce la suerte que ha tenido por vencer ambos problemas y no quiere volver a sentirse tan mal nunca más. Muy convencida comenta sentirse muy feliz y encantada con su cuerpo y con su vida, no mereciéndole la pena el no continuar así, las técnicas cognitivo-conductuales aprendidas las utiliza muy a menudo y según dice le sirven de gran ayuda en multitud de situaciones relacionadas tanto con el estudio como en su vida diaria.

Conclusiones

Hay muchas cosas que podemos destacar con este caso, se trabajó mucho la motivación hacia el cambio, se trabajó mucho el refuerzo, las recaídas nunca se vieron como fracasos sino como elementos necesarios para la adquisición de habilidades, se dio mucha importancia a los mínimos progresos, se generaron muchas expectativas de poder superar ambos trastornos, se animó mucho a volcarse en la nueva aventura y a arrastrar con ella a sus amigas, utilizando esto como refuerzo y como elemento motivacional, no escatimamos ni esfuerzos ni recursos cognitivos-conductuales, cualquier cosa que descubríamos a lo largo de las sesiones la utilizábamos como medida terapéutica, dando mucha importancia a lo que ella practicaba con sus amigas, y supervisando los problemas que surgían tanto cuando trabajaba con sus amigas como con ella misma, poco a poco fuimos consiguiendo su implicación en la terapia. El tratamiento cognitivo-conductual aplicado fue fundamental para la resolución del caso tal y como muestran los resultados positivos conseguidos y mantenidos durante dos años de seguimiento, pero también se pone de manifiesto, además de la importancia del tratamiento psicológico aplicado, la gran influencia que jugó en la resolución del caso la implicación familiar y la de ella misma, la empatía entre paciente y psicoterapeuta, la motivación generada hacia el cambio, las expectativas generadas de éxito y el refuerzo aplicado ante cualquier mínimo progreso. En cualquier caso y a pesar de que algunos de los datos que aporta este caso son coincidentes con los procedentes de numerosas investigaciones llevadas a cabo, no podemos olvidar que están basados en un estudio de caso único, lo que dificulta la generalización de sus resultados, pero que en cualquier caso nos pueden servir de gran ayuda a la hora de enfocar tratamientos para casos y patologías similares.

Bibliografía

- 1)** Anthony, M.A. y Barlow, D.H. (1997). En V.E. Caballo (Dir.), Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de trastornos psicológicos (Vol.1). Madrid: Siglo XXI.
- 2)** APA. (2002) "Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. DSM-IV-TR". Editorial Masson.

- 3)** Branden N. (1990), Como Mejorar su Autoestima, Barcelona: Paidós. Branden N. (1995), Los Seis Pilares de la Autoestima, Barcelona: Paidós.
- 4)** Clasificación Internacional de Trastornos Mentales y del Comportamiento (CIE-10): Descripciones Clínicas y Pautas para el Diagnóstico. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 1992.
- 5)** Davis M., Mackay M., Eshelman E. (1985), Técnicas de Autocontrol Emocional. Barcelona: Martínez Roca.
- 6)** Ellis A, Grieger R.: Manual de Terapia Racional Emotiva. Vols. 1 y 2. Desclée de Brouwer, Bilbao, 1989.
- 7)** Fairburn CG.: La superación de los atracones de comida. Barcelona, Paidós, 1998
- 8)** Fernández, F., García, I., Badía, M., Viñuales, M., Turón, V. Y Vallejo. J. (1999). Factores predictores de mejoría en bulimia nerviosa. Revista de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona, 26, 123.
- 9)** Fernández JJ, Gutiérrez E, Marina PA. Actuaciones clínicas en trastornos adictivos. Barcelona: Aula Médica Ediciones; 2002. p. 421-73.
- 10)** Fernández-Miranda J J. Trastornos de personalidad y adicción: relaciones etiológicas y consecuencias terapéuticas. Anales de Psiquiatría 2002; 18: 421-427
- 11)** Garner, D.M. (1998), EDI2, Inventario de trastornos de la conducta alimentaria. Manual. TEA Ediciones.
- 12)** Gavino, A. (1997) Técnicas de terapia de conducta. Madrid: Martínez Roca.
- 13)** Halmi KA.: Trastornos de alimentación. En Tratado de Psiquiatría (Hales R, Yudofsky S, Talbot), Barcelona, Ancora, 1996
- 14)** Herscovici C.& Bay L.(1993) Anorexia Nerviosa y Bulimia Barcelona: Paidós.
- 15)** Labrador, F.J., Cruzado, J.A. y Muñoz, M. (1993). Manual de técnicas de Modificación y terapia de conducta. Madrid: Ediciones Pirámide.
- 16)** López-Ibor Aliño, Juan J. & Valdés Miyar, Manuel (dir.) (2002). DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Texto revisado. Barcelona: Editorial Masson.

- 17)** Marina A. ¿Es posible un tratamiento diferente de las adicciones? Rev Asoc Esp Neuropsiq. 2001;21:9-53.
- 18)** Morandé G, Casas J. Trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes. Anorexia nerviosa, bulimia y cuadros afines. *Pediatr Integral*. 1997;3(2):243-60.
- 19)** Ochoa Mangado E, Araluz Iturbe KJ, Arias Horcajadas JJ, Avila Escribano JJ, De Miguel Arias D. Trastornos Duales. En: J.J. Fernández Miranda, E. Gutiérrez Cienfuegos y P.A. Marina González. (coord.). Actualizaciones clínicas en Trastornos Adictivos. Madrid: Aula Médica, 2002: 421-423
- 20)** Organización Mundial de la Salud. Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud. – 10a. revisión. v. 3. Lista tabular. Washington, D.C.:OPS; 1995. (Publicación científica 554)
- 21)** Pedrero-Pérez E J, Puerta-García C, Lagares A, Sáez-Maldonado A. Prevalencia e intensidad de los trastornos de personalidad en adictos a sustancias en tratamiento en un centro de atención a las drogodependencias. *Trastornos Adictivos*.2003;5(3):241-255
- 22)** Protocolo de trastornos del comportamiento alimentario. Madrid: Instituto Nacional de la Salud. Ministerio de Sanidad y Consumo; 1995
- 23)** Raich R. (1996) Anorexia y Bulimia: Trastornos Alimentarios. Madrid 1994: Pirámide.
- 24)** Roca-Tutusaus X, Caixal-Lopez G Conducta adictiva: análisis de una relación. *Trastornos Adictivos* 1999;3:222-226
- 25)** Rubio G. ¿Qué es la patología dual? Alteraciones de la conducta y abuso de sustancias. *Rev Esp Sanid Penit*. 2000; 2:74-6.
- 26)** Ruiz P, Alonso J, Velilla J, Lobo A, Martín A, Paumard C, et al. Estudio de prevalencia de trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes de Zaragoza. *Rev Psiquiatr Infanto Juv*. 1998;3:148-62.
- 27)** Saldaña, C. (1997). Técnicas de intervención en los trastornos del comportamiento alimentario. *Ansiedad y estrés*, 3, 319 – 337.
- 28)** Saldaña, C. (1998). Obesidad y trastorno alimentario compulsivo. En M.A. Vallejo (Dir.), *Manual de terapia de conducta* (vol. II, pp. 215-275). Madrid: Dykinson.

- 29)** Saldaña, C. (1999). La obesidad y el seguimiento crónico de dietas: directrices para su tratamiento. En M. Lameiras y J.M. Faílde (Comps.). Trastornos de la conducta alimentaria. Del tratamiento a la prevención (pp. 89-11). Vigo: Universidad de Vigo.
- 30)** Saldaña, C. (2000). Los trastornos del comportamiento alimentario: situación actual y propuestas para el futuro. En M. Lameiras y J.M. Faílde (Comps.), La psicología clínica y de la salud en el siglo XXI. Posibilidades y retos (pp. 189-210). Madrid: Dykinson.
- 31)** Tannenhaus N. (1995), Anorexia y Bulimia. Barcelona: Plaza y Janes.
- 32)** Toro J.& Vilardell E. (1987) Anorexia Nerviosa. Barcelona: Martínez Roca
- 33)** Trujols J, Tejero A, Casas M. El fenómeno de las recaídas en el tratamiento de las conductas adictivas. Adicciones 1996;8:349-67
- 34)** Turon, G. (1997). Trastornos de la alimentación. Barcelona: Masson.