

# Vieiro

Nº 66  
ABRIL 2009  
GALICIA / AÑO 18

Revista de Información en Drogodependencias, Adicciones y Salud [www.vieiro.org](http://www.vieiro.org) PUBLICACIÓN GRATUITA



**ESCUELA DE PADRES DE VIEIRO**  
Formando padres  
para formar hijos



**Quando comer duele**  
"Anorexia y bulimia, plagas del S.XXI"

**Microadicciones**  
"Pequeños vicios"



e eu, que podo facer?

Si á solidariedade,  
non á compaixón.  
Si á implicación activa,  
non á pasividade.

Yolanda Castaño. Poeta

**ATRÉVETE  
CONTRA A  
VIOLENCIA  
MACHISTA**  
APOIA.DENUNCIA.EDUCA.IMPLICATE!

**Teléfono de Información  
ás Mulleres 900 400 273**



XUNTA DE GALICIA

# Vieiro

Revista de Información en  
Drogo dependencias, Adicciones y Salud

Nº 66

ABRIL 2009

GALICIA / AÑO 18



## SUMARIO

**CARTA DEL DIRECTOR**  
Prohibición Tabaco .....04  
**OPINION**  
Tráfico de drogas .....07  
**SALUD VIAL**  
Cannabis y cocaína... .....11  
**GALICIA**  
Campana FENAD .....12  
**PROFESIONALES**  
El desgaste de las batas blancas ..14  
**CONSEJOS**  
Bebidas energéticas .....18  
**ADOLESCENTES**  
¿Es adolescente y bebe alcohol? ..21  
**ADICCIONES**  
Adicta a las compras .....22



### 14 PROFESIONALES Desgaste batas blancas



### 24 MICROADICCIONES Pequeños vicios



### 33 REPORTAJE Cuando comer duele



### Vieiro REVISTA TRIMESTRAL GRATUÍTA

**PRESIDENTE**  
José Manuel Vázquez Gómez  
**DIRECTOR**  
Xosé María Arán Rodríguez  
**EDITA**  
Asociación Vieiro D.L.C-1727/92. ISSN: 1138-3933  
**REDACCIÓN Y ADMINISTRACIÓN**  
Rúa Vázquez de Parga, 119  
Bloque 4 - Bajo derecha  
15100 CARBALLO (A Coruña)  
Telf/Fax: 981 756 161  
Apartado de correos 163 Carballo (A coruña)  
e- mail: vieiro@vieiro.org  
Web: www.vieiro.org  
**IMPRIME**  
Offset Color Europa S.L.  
Telf: 981 700 142  
CARBALLO

Vieiro está integrada en:



FEDERACIÓN NACIONAL DE ASOCIACIONES DE AXUDA Ó ROGODEPENDENTE



UNIÓN ESPAÑOLA DE ATENCIÓN AL DROGODEPENDIENTE

VIEIRO, no se hace responsable de la opinión de sus colaboradores en los trabajos publicados. No se permite la reproducción total o parcial del contenido de esta revista.

**MICROADICCIONES**  
Pequeños vicios .....24  
**REFLEXIONES**  
Tabaco, drogas y alcohol .....28  
**FORMACIÓN**  
Escuela de padres Vieiro .....PC  
**REPORTAJE**  
Cuando comer duele .....33  
**COMPORTAMIENTOS**  
Enganchados a la tecnologías ... 43  
**LA ESCUELA**  
Inteligencia emocional ..... 44  
**BREVES**  
Noticias varias ..... 48  
**ZOOM**  
Los efectos del alcohol .....50  
**LIBROWEB**  
Lecturas y web recomendadas ...53  
**ESTADÍSTICA** .....54

### P.C. FORMACIÓN Escuela de padres Vieiro





Xosé María Arán

## Casi un 70% de los españoles quiere que se prohíba fumar en bares y restaurantes.



Prohibido fumar

Ley 28/2005, de 26 de diciembre  
(B.O.E. del 27 de diciembre)

LA LEY ESPAÑOLA DEJA EN MANOS DE LOS PROPIETARIOS DE LOS LOCALES DE MENOS DE 100 METROS CUADRADOS DECIDIR SI SE PERMITE FUMAR O NO Y SÓLO EN LOS BARES, RESTAURANTES, DISCOTECAS O SALAS DE FIESTAS Y JUEGO DE MÁS DE ESTAS DIMENSIONES.

**Estos** El 68,9% de los españoles está a favor de que se prohíba totalmente fumar en los restaurantes y el 60,3% en locales de ocio como bares y clubes, según el último Eurobarómetro de marzo, dedicado a analizar la situación del tabaquismo en la Unión Europea.

Mientras que en muchos países de la UE se han aprobado en los últimos años leyes anti tabaco que prohíben fumar en todos los bares y restaurantes, España sacó en 2005 una normativa menos restrictiva.

La ley española deja en manos de los propietarios de los locales de menos de 100 metros cuadrados decidir si se permite fumar o no y sólo en los bares, restaurantes, discotecas o salas de fiestas y juego de más de estas dimensiones (se cuenta el espacio destinado a los clientes, no la cocina o la barra) se puede delimitar un espacio para fumadores.

El último Eurobarómetro revela que la gran mayoría de españoles desearía una ley más restrictiva y, así, un 50,6% está totalmente a favor de que se prohíba fumar en restaurantes y un 18,3% está bastante a favor.

Frente a este 68,9%, un 14,4% sigue siendo contrario a toda restricción y un 13% dice estar sólo algo en contra.

En cuanto a la prohibición total en bares y clubes de ocio, el porcentaje de españoles a favor de prohibir fumar es concretamente del 60,3%.

La encuesta de la UE, cuyo trabajo de campo se realizó en diciembre pasado, también revela que todavía hay un 5,8% de españoles que en su puesto de trabajo están expuestos al humo del tabaco durante más de cinco horas, y un 3% entre una y cinco horas.

Estos porcentajes sólo se superan en países como Grecia, Bulgaria, Chipre o Rumanía.

En España está prohibido fumar en el trabajo, pero los empleados de la hostelería padecen el humo de los clientes que fuman en restaurantes, bares y salas de ocio.

El Eurobarómetro sobre los hábitos tabáquicos de los europeos apunta que tres de cada diez ciudadanos de la UE de más de 15 años de edad dice que fuma, siendo Grecia (42%), Bulgaria (39%) y Letonia (37%) los países en los que más se consume cigarrillos.

En España, el 31% de los ciudadanos fuma habitual u ocasionalmente, un porcentaje que está en la media europea de los 27 ■

José Manuel Vázquez  
Presidente de Vieiro

## Tráfico de drogas. “Nos las cuelan con queso”

**Desde** hace unos años la zona de la Costa da Morte entre Malpica y Finisterre, propicia para este tipo de operaciones, se descargaron muchas toneladas de drogas. Entre estas descargas, quizás la cocaína y el hachís fueron la clase de droga por excelencia que más nos colaron. La última operación (que se conoce) fueron los 122 fardos con 4.000 Kg. de cocaína que recalaron en la cala Arnela en Loureiro-Muxía el pasado mes de Enero.

Esta operación en la cual intervino la Policía Nacional y el Servicio de Vigilancia Aduanera fue detenido un miembro del “Clan de los Lulús” vecino de Muxía, cuyos antecedentes en este tipo de delitos están más que demostrados y condenados y arrestado igualmente el organizador del transporte para este alijo un fulano apodado alias “el Parido.”

Para mí no es ninguna novedad el que cogieran tan importante alijo; la novedad está en que se cogió

DESDE HACE UNOS AÑOS LA ZONA DE LA COSTA DA MORTE ENTRE MALPICA Y FINISTERRE, PROPICIA PARA ESTE TIPO DE OPERACIONES, SE DESCARGARON MUCHAS TONELADAS DE DROGAS. ENTRE ESTAS DESCARGAS, QUIZÁS LA COCAÍNA Y EL HACHÍS FUERON LA CLASE DE DROGA POR EXCELENCIA QUE MÁS NOS COLARON.



uno solamente. Si hacemos memoria, podremos observar que desde hace tiempo desde Arteixo a Finisterre, aparecieron continuamente muchos fardos flotando de droga. Que yo sepa la droga no se



da en el mar como el pulpo o la sardina. Tenían una procedencia que nunca se aclaró y sabe Dios lo que ha entrado por nuestro mar.

No podría ser de otra forma el que nos cuelen estos alijos toda vez que la vigilancia de la extensa costa que tenemos es prácticamente nula. Las dotaciones humanas son tremendamente escasas y además carecemos de vigilancia marítima de vital importancia para perseguir esta clase de delitos.

Desde que la zona de Pontevedra está bastante vigilada, las descargas de droga y como es lógico se fueron desplazando mas al Norte y recalán precisamente en la Costa da Morte donde los narcotraficantes trabajan a sus anchas y sin nadie que les persiga.

Tenemos que darnos cuenta que el narcotraficante va muy por delante de la Fuerzas de Seguridad del Estado. Tienen un servicio logístico que da envidia; planeadoras rapidísimas de 7 u 8 motores, aviones, coches de alta gama, servicio de comunicaciones de última

generación y además hoy día el perfil del narcotraficante no es el mismo que el de hace años. Hoy es una persona preparada y adaptada a los tiempos modernos para que su negocio sea lo mas rentable posible y que no le intervengan sus alijos.

Si a todo esto le unimos que en nuestro país sale muy barato el delinquir, nos veremos abocados constantemente a contemplar este tipo de delitos. Las penas del gran narcotraficante no pueden ser igual o menores que los pobres desgraciados que pillan con unas papelas.

Desde hace mucho tiempo venimos demandando el incremento de más medios materiales y humanos para poder vigilar la zona marítima da Costa da Morte, pero como siem-

pre cae en saco roto. El tema de la droga nadie se decide a exterminarlo de una vez por todas dado que cada vez que debía haber más vigilancia, cada vez hay menos. Tampoco nos podemos consolar de que aunque el mar no esté vigilado, las ciudades y pueblos donde se vende droga tampoco lo están.

Para mayor satisfacción del narcotraficante ahora las autoridades competentes van a asignar unos recortes de su cometido al Servicio de Vigilancia Aduanera en la mayoría de las Comunidades Autónomas que de forma oficial se denomina "plan de navegación selectiva" y que consiste en que los barcos dedicados a la lucha contra la droga van a quedar atracados en puerto 15 días al mes para reducir gastos por falta de gasóleo.

Mayor desfachatez no cabe. Un servicio que con los pocos medios con que cuenta para desarrollar su cometido ha conseguido impagables servicios, resulta que ahora van y le restringen sus operaciones y si al Servicio de Vigilancia Aduanera no le dejan trabajar como es su obligación y si la Guardia Civil y la Policía Nacional le limitan el servicio de perseguir al traficante de drogas, mejor es que abandonemos el tema y que sigan gastando el dinero del contribuyente en tonterías y propagandas. ¿No sería mejor que en vez de restringir los gastos de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado se restringieran los sueldos y gastos de tantos miles de políticos que no hacen nada?

Dicen que un país marcha bien cuando funciona también bien la Seguridad Ciudadana, la Justicia, la Educación y la Sanidad. Entonces, nosotros no marchamos bien ■

TENEMOS QUE DARNOS CUENTA QUE EL NARCOTRAFICANTE VA MUY POR DELANTE DE LA FUERZAS DE SEGURIDAD DEL ESTADO. TIENEN UN SERVICIO LOGÍSTICO QUE DA ENVIDIA; PLANEADORAS RAPIDÍSIMAS DE 7 U 8 MOTORES; AVIONES; COCHES DE ALTA GAMA; SERVICIO DE COMUNICACIONES DE ULTIMA GENERACIÓN.

Para reducir a la mitad las muertes por tráfico entre 2000 y 2010 (objetivo de la DE) es fundamental evitar la conducción bajo influencia de drogas, en particular el alcohol, la droga social preferida entre los europeos y en especial, los españoles. Cannabis y cocaína son las drogas de consumo más frecuente, y tres de cada cuatro conductores reconoce haber conducido bajo su influencia.



Juan Carlos Gozález Luque  
Dirección General de Tráfico

## Conducir bajo la influencia del cannabis y cocaína

Para el objetivo de la Unión Europea de reducir a la mitad las muertes por colisiones de tráfico en 2010 son fundamentales estrategias dirigidas a evitar la conducción bajo la influencia de drogas, en particular el alcohol, droga social preferida por los europeos, y los españoles en particular. De las demás drogas, las estadísticas muestran que el cannabis es la de consumo más frecuente, seguida de la cocaína (ver Plan Nacional Sobre Drogas [www.pnsd.msc.es](http://www.pnsd.msc.es)).

La reciente investigación de Macdonald y colaboradores, publicada en Traffic Injury Prevention, analiza cómo influye en la conducción de personas en tratamiento de dependencia, el consumo de cannabis y de cocaína, un aspecto sobre el que teníamos limitada información. Tres de cada cuatro conductores, tanto entre quienes estaban en tratamiento por consumo de cocaína como por dependencia de cannabis, reconoció haber conducido bajo la influencia de estas drogas. El número que dijo haber conducido 10 ó más veces en el último mes bajo la influencia de estas sustancias era mayor en el caso de cannabis (39.8%) que en el de cocaína (27.2%). Diversos estudios, han evidenciado que un alto porcentaje de personas conduce tras consumir drogas, en especial si son consumidores habituales y con dependencia a las sustancias. Por tanto, es crucial en el futuro incrementar las intervenciones preventivas dirigidas a detectar, informar y educar a la población de mayor riesgo, e insistir en el mensaje a la

población de que conducir y consumir alcohol y/o drogas es una conducta de elevado riesgo para el individuo y toda la población.

El estudio también analizó los efectos físicos sobre el conductor, que fueron similares para consumidores de cocaína y de cannabis, aunque con diferente intensidad. Los tres síntomas más frecuentes son: aparición de nerviosismo y paranoia (43,5% de consumidores de cannabis y 56,7% de cocaína), incremento en el nivel de alerta (20% en ambos) y reducción de la concentración (21,1% en el grupo de cannabis y 11,8% en el de cocaína). Pero se observaron marcadas diferencias en cómo esas personas describían el efecto de la droga en la conducción. La conducción temeraria es reconocida con más frecuencia (diez veces más) por los consumidores de cocaína que por los de cannabis. Estos, en cambio, reconocen más veces conducir extremando la precaución. En ambos grupos, dos de cada diez reconocieron que sus capacidades para conducir estaban mermadas bajo los efectos de la droga.

Los consumidores de cannabis suelen tener muy baja percepción del riesgo sanitario asociados a su consumo. Con frecuencia muchas personas que han conducido bajo la influencia de cannabis opinan que apenas les afecta al conducir. Sin embargo, las evidencias científicas disponibles evidencian que conducir bajo la influencia de cannabis se asocia a mayor riesgo de colisión de tráfico, que el riesgo es mayor a mayor concentración de cannabis en sangre y



que éste se incrementa si se realiza un consumo conjunto de cannabis y alcohol. De hecho, hay evidencias científicas que permiten establecer el nivel de cannabis en sangre por encima del cual el riesgo es mayor que el de la población de referencia y, por tanto, la conducción es inaceptable.

El conocimiento es más limitado la cocaína. Mientras un efecto grave del alcohol -depresor del sistema nervioso central- sobre la conducción es retrasar el tiempo de reacción y el rendimiento psicomotor, el consumo de cocaína y estimulantes como anfetaminas no presenta este efecto. De hecho, en algún estudio, dosis bajas o medias de estimulantes muestran un incremento del rendimiento psicomotor. Sin embargo, en consumos medios y altos y en uso prolongado se observan deterioros importantes en el rendimiento psicomotor. El riesgo para la conducción y otras actividades físicas que requieran especial atención, está en los cambios conductuales y de percepción del riesgo que produce la cocaína.

Hay que recordar que muchos consumidores de drogas lo son de múltiples sustancias, incluida el alcohol, y que su consumo cotidiano hace que la fatiga, los cambios en el comportamiento y en la personalidad sean otros factores añadidos al riesgo vial que padecen. Es responsabilidad de todos reducir las colisiones de tráfico, pero la decisión individual también cuenta: si consume drogas o alcohol, no conduzca. Ni viaje en un vehículo cuyo conductor esté bajo la influencia de cualquier tipo de droga ■



Erica Castro  
Redactora de Vieiro

# FENAD

informará en 20.000 trípticos sobre la labor de las 31 ONG contra la drogodependencia en Galicia.



La Federación Nacional de Asociaciones de Prevención y Drogodependencias (Fenad) ha puesto en marcha una campaña de divulgación sobre la labor que desarrollan las 31 ONG que trabajan en este ámbito en las cuatro provincias gallegas, para lo que ha editado 20.000 trípticos que serán distribuidos en centros de salud, colegios e instituciones de toda Galicia.

**En** el acto de presentación, estuvieron presentes el presidente de la Federación Nacional, Alfonso Vázquez, la edil de Servicios Sociais del Ayuntamiento de Ourense, Marga Martín; y los delegados provinciales de Sanidade y Vicepresidencia, Juan José Monedero y Xosé Francisco Ferreiro, respectivamente.

En su intervención, el presidente de la Federación, Alfonso Vázquez, explicó que la campaña pretende "dar a conocer" el "trabajo" de la propia Federación y "muy en particular" la labor de las 31 ONG que la componen. Al respecto, destacó la "importancia" de los programas que llevan a cabo para atender a todas las personas "enganchadas" a algún tipo de adicción, tanto en el ámbito del asesoramiento a las familias como de la "integración

**EN SU INTERVENCIÓN, EL PRESIDENTE DE LA FEDERACIÓN, ALFONSO VÁZQUEZ, EXPLICÓ QUE LA CAMPAÑA PRETENDE "DAR A CONOCER" EL "TRABAJO" DE LA PROPIA FEDERACIÓN Y "MUJ EN PARTICULAR" LA LABOR DE LAS 31 ONG QUE LA COMPO-NEN.**



total en la sociedad de la persona afectada".

Así, admitió que en este tipo de patologías "es muy difícil" que un paciente "reconozca en un principio su adicción", por lo que apuntó a la "importancia" del asesoramiento a las familias para poder "forzar" el tratamiento y la asistencia a un programa de rehabilitación.

El presidente de la Fenad aludió a que durante el pasado año 2008 se organizaron dos cursos en la ciudad de Vigo relacionados con la gestión de las ONG así como a la firma de un acuerdo con la Consellería de Sanidade para que en 2009 y 2010 se pueda poner en marcha un proyecto de asesoramiento a las ONG para la implantación de sistemas de calidad de ges-



**EL DELEGADO PROVINCIAL DE VICEPRESIDENCIA, XOSÉ FRANCISCO FERREIRO, DESTACÓ LA "IMPORTANCIA" DE QUE ONG Y ADMINISTRACIONES "TRABAJEN EN RED" PARA "OPTIMIZAR RECURSOS".**

ción y de atención a los usuarios, que contará con un presupuesto 208.000 euros.

Por su parte, la edil de Servicios

Sociais del Ayuntamiento de Ourense, Marga Martín, destacó el trabajo "serio y riguroso" de estas asociaciones y aseguró que desde la institución municipal ourensana firmaron acuerdos por valor de 130.000 euros en 2008 para la financiación de programas desarrollados por ONG en la capital de As Burgas.

### TRABAJAR EN RED

Finalmente, los delegados provinciales de Sanidade y Vicepresidencia, Juan José Monedero y Xosé Francisco Ferreiro respectivamente, se pronunciaron en la misma línea sobre la labor que realizan las ONG en el ámbito de la drogodependencia, asegurando que si estas no existieran habría "un problema serio".

Concretamente, el delegado provincial de Vicepresidencia, Xosé Francisco Ferreiro, destacó la "importancia" de que ONG y administraciones "trabajen en red" para "optimizar recursos", además de "tratar con mimo al movimiento asociativo por la labor que desempeña y cumple carencias que tienen las propias instituciones".

Por su parte, el delegado de Sanidade, Juan José Monedero, manifestó que sin el trabajo de las asociaciones sería "imposible abordar los drogodependientes". "Las administraciones vemos al paciente en la consulta y después de darle el tratamiento nos olvidamos de lo que hay detrás de ese paciente que es tema de desarraigo y necesidad de ayuda a horas que un funcionario no estaría dispuesto a hacer", aseveró Monedero, y agregó que "sin la ayuda de las asociaciones sería imposible conseguirlo" ■





Nieves Salinas  
Redactora Entrevi

Damián trabaja en el centro de salud de una población andaluza. Lleva doce meses sin tomar drogas y también ha dejado el alcohol. María es enfermera y adicta a la heroína. En Barcelona está la única clínica especializada que existe en España para tratar a profesionales de la salud que sufren trastornos mentales y/o conductas adictivas. Por ella han pasado 696 médicos y 164 enfermeras. Su problema: que son muy malos pacientes.

## El desgaste de las batas blancas

CERCA DE 900 SANITARIOS HAN SIDO INGRESADOS PARA TRATAR SUS TRASTORNOS MENTALES O ADICCIONES

No, por ahí no, que no quiero parecer un enfermo". Damián, que es médico, se lo dijo a un colega cuando este intentaba hacerle entrar en razón para que ingresara en la Unidad de Psiquiatría de un hospital. "Fue después de una pajarraca que monté, con Guardia Civil de por medio, porque estaba colocado y se me notaba". Pero Damián -nombre ficticio, al borde de los 50 años, alcohólico y drogodependiente- nunca había estado a ese lado de la frontera. Por eso sintió terror a que lo identificaran como un enfermo entrando por la misma puerta que los pacientes. Entonces su compañero le dijo una frase que se le quedó clavada: "No es que parezcas un enfermo, es que lo eres".

Como este médico de atención primaria -que trabaja en el centro de salud de una población andaluza-, un 10 por ciento de los más de 200.000 colegiados que hay en

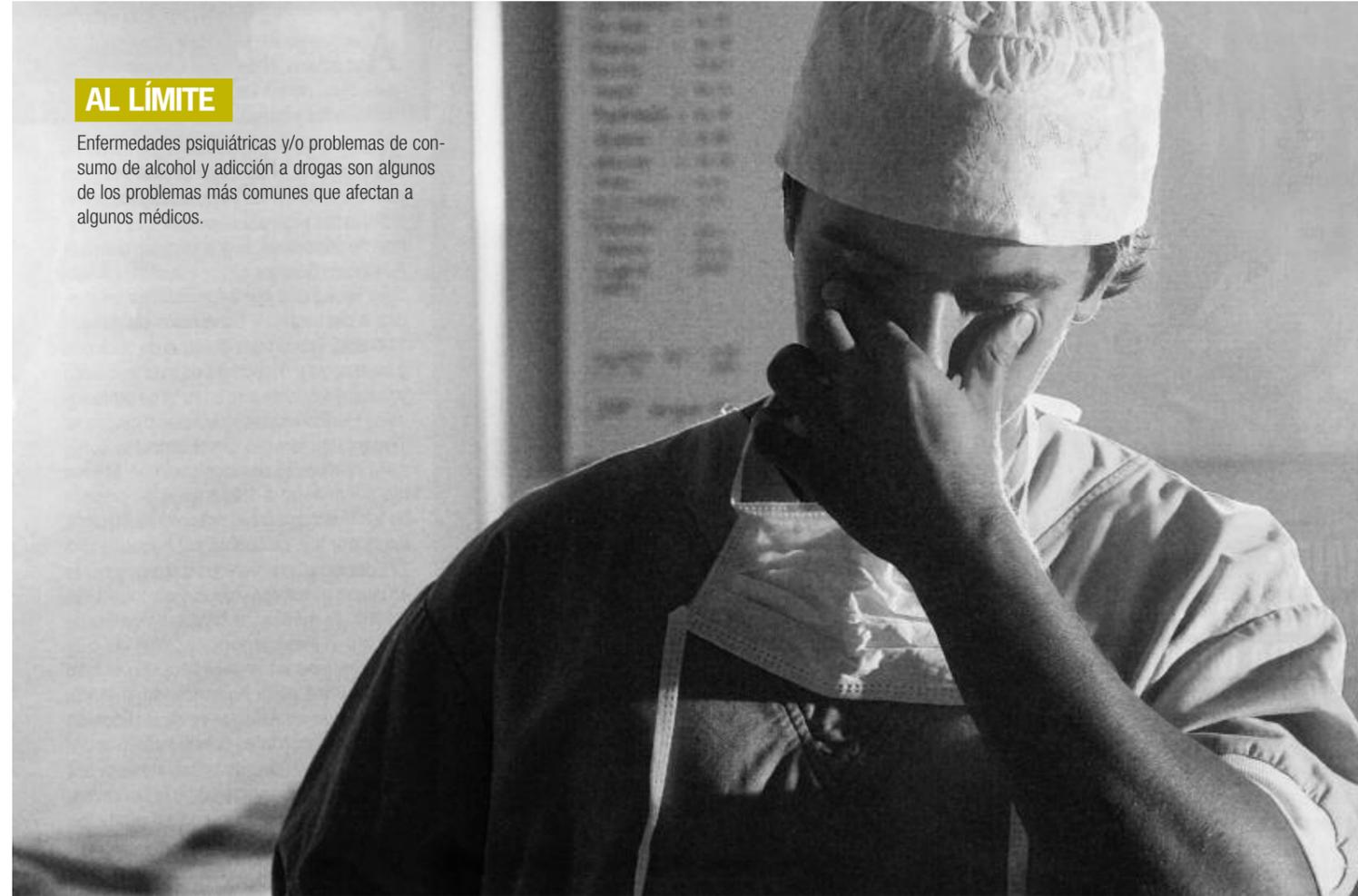
España están en riesgo de sufrir trastornos mentales y/o conductas adictivas a lo largo de su vida. Un riesgo al que no escapa el colectivo de enfermería. María tiene 54 años, es madre de dos hijos veinteañeros y está enganchada a la heroína desde hace más de veinte años. Enfermera de un hospital, lleva de baja desde mayo. Los profesionales que ofrecen su testimonio anónimo en este reportaje representan, con todos sus matices, el perfil de sanitarios atendidos por el Programa de Atención Integral al Médico Enfermo (PAIME) y el Programa Retorno, los dos surgidos en Cataluña.

El PAIME, que nació hace una década, fue una iniciativa del Colegio de Médicos de Barcelona y el Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya. Así lo explica el psiquiatra Jaume Padrós, presidente del Patronato de la Fundación Calatea, dependiente de

este colegio, y entre cuyos últimos estudios figura uno sobre los médicos internos residentes (MIR) y la ansiedad que les provoca el ejercicio de su profesión. "En el Colegio detectamos que detrás de algunas de las denuncias por mala praxis había casos de médicos con patología mental o adictiva. Entonces, la única respuesta era un marco disciplinario, con lo cual a un señor que estaba enfermo no le ayudábamos, sino que le castigábamos. Había un segundo problema: el corporativismo mal entendido. Sí se daba un caso, se establecía una conspiración del silencio, porque ya bastante estigmatizado estaba alguien con una enfermedad mental como para que encima fuera un médico". Durante la última década, el PAIME ha atendido en Cataluña a 1.311 médicos. En un 70 por ciento de los casos, por enfermedades psiquiátricas. El resto, por consumo de alcohol -un 19 por ciento- o adic-

### AL LÍMITE

Enfermedades psiquiátricas y/o problemas de consumo de alcohol y adicción a drogas son algunos de los problemas más comunes que afectan a algunos médicos.



ción a drogas -un 11 por ciento- ansiolíticos o antidepresivos -que los médicos pueden conseguir gracias a su propio recetario-; morfícos y otras sustancias que, en algunos casos, como el de los anestésicos, obtienen porque los utilizan para su trabajo, pero también cocaína o derivados opiáceos. Son algunas de las drogas más consumidas por los facultativos, explica Padrós.

#### Unidad de internamiento

En Barcelona, el programa cuenta con una unidad de internamiento -la única que existe en España- donde, de manera absolutamente confidencial, han ingresado 860 profesionales llegados de diferentes puntos del país, de los que 696 son médicos, y 164, enfermeras. Todos ellos con un denominador



EL PERFIL DEL MÉDICO ENFERMO ES EL DE UN HOMBRE DE ENTRE 41 Y 55 AÑOS, QUE TRABAJA EN ATENCIÓN PRIMARIA, NO TIENE HISTORIA CLÍNICA Y SE TRATA A SÍ MISMO.

común: ser muy malos pacientes. "El problema no es que sufran más estas patologías que el resto de la población, sino quién le dice al médico que está enfermo. ¿Quién le pone el cascabel al gato? Es un tema difícil y desagradable", dice Antoni Alternan, gerente de la Fundación Galatea. Los datos que ilustran el éxito de este programa -que con el tiempo se ha ido implantando en otras comunidades autónomas, aunque no en todas- indican que un 83 por ciento de los médicos tratados han reiniciado con éxito su actividad y que, en un 93,3 por ciento de los casos han acudido al PAIME de forma voluntaria.

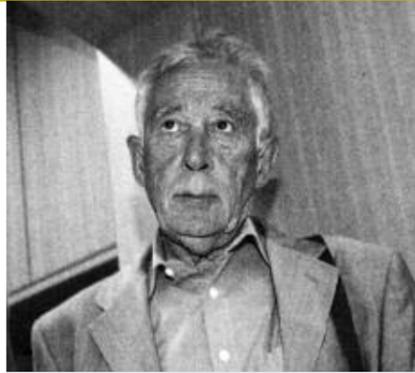
El enfermo -que casi siempre trabaja en atención primaria, suele ser



## MIR: TAN DURO COMO LA VIDA MISMA

La nula preparación de los aspirantes a médicos para afrontar situaciones reales, a veces muy duras, la entrega que exige la propia profesión -con residentes que se ven desbordados por la carga de pacientes que soportan, sobre todo en atención primaria-; el estrés que les genera el soportar el peso de Urgencias... Son algunas de las razones que esgrime Alejandro Prada, presidente de la Asociación de Residentes de Madrid (AMIR-CAM), cuando valora un reciente estudio de la Fundación Galatea, según el cual un 30 por ciento de los MIR estarían viviendo en una situación de riesgo psicológico: "En la facultad, el estudiante de Medicina no sale suficientemente curtido como para afrontar situaciones reales a veces muy estresantes, y eso hace que sea un trabajador más vulnerable a la hora de sufrir problemas psicológicos".

El informe de la Fundación Galatea también apunta que los problemas más comunes son la ansiedad, la depresión -un 10 por ciento de los residentes podría consumir antidepresivos- y el uso y abuso de sustancias. "¿Ansiedad y depresión? Sí, y problemas digestivos y mucho estrés y cansancio y mayor facilidad, por ejemplo, para tener un accidente de tráfico después de 30 horas de trabajo... Es verdad que en momentos puntuales el consumo de fármacos para dormir mejor o mejorar el rendimiento en el trabajo pueda ser más alto que en otras profesiones. A veces los horarios son difíciles de llevar y eso aumenta la necesidad de tratamientos de ese tipo", concluye Prada.



## MAESO, UN CASO EXTREMO

Aunque no se puede hablar de números absolutos, sí de números relativos y, en este caso, serían los psiquiatras y los anestesistas los profesionales

con más problemas de adicciones, según explican desde la Fundación Galatea. Otros estudios, en este caso recogidos por especialistas en medicina del trabajo y prevención de riesgos laborales, indican que el abuso de opiáceos y sustancias psicoactivas es más frecuente entre anestesistas que entre otros profesionales médicos, como internistas o cirujanos. Tristemente famoso fue el conocido como caso Maeso, El anestesista Juan Maeso fue condenado a 1.933 años de prisión de los que cumplirá el máximo de 20 años fijado por ley, por contagiar hepatitis C a 275 pacientes intervenidos quirúrgicamente en cuatro hospitales valencianos entre 1988 y 1997. El médico se inyectaba opiáceos con las mismas jeringuillas con las que luego sedaba a los pacientes. En el fallo condenatorio de la Audiencia de Valencia se recogían declaraciones de testigos de uno de los hospitales donde trabajó sobre las sospechas de que el anestesista era adicto a medicamentos como la Dolantina, un analgésico opiáceo con propiedades semejantes a la morfina.

■ ■ ■ hombre (57,59 frente al 42,41 de mujeres) y tiene una edad de entre 41 y 55 años-, rehúye la realidad, no tiene historia clínica ni un médico de cabecera, tiende a la autoprescripción y hace gala de cierta prepotencia terapéutica. "Eso en una enfermedad física no sería problema, pero sí en una enfermedad mental. La evolución acaba siendo mala, porque los problemas se van cronificando", dice Padrós.

Damián asegura que es injusto echarle la culpa a su profesión de los problemas que ha venido padeciendo: "Es verdad que tenemos una presión tremenda y un sistema que nos hace la vida imposible. También, que sientes la frustración de haber elegido una carrera a la que entregas diez años de tu vida para un puesto en el que tienes un sueldo medianito. Pero esto es una jugada multifactorial. No te drogas sólo por eso y, en mi caso, siempre me ha gustado el cachondeo..."

### Un programa pionero

Durante años Damián hizo gala de esa prepotencia terapéutica a la que aluden sus colegas cuando hablan de los médicos enfermos: "Estaba muy engreído, era mi médico, el de mi familia...". En torno a los 30 años, comenzó a consumir. "Te dejan solo en una población con 20.000 pacientes y te das cuenta de que nunca la has visto tan gorda y te asustas. No es que eso haga que te tengas que drogar pero sí que digas: ¡vamos a tomar una copita!, y cuando te das cuenta, te has tomado cuatro. Además, eso suele estar bien visto, todo el mundo invita al médico. Oye, y por qué no un porrito de marihuana o una rayita de cocaína y, a lo mejor, no te importa llevarte un gramito a la guardia porque por la noche no vas a tener problemas y, además, estás más espabilado", relata.

Los problemas comenzaron para Damián pronto: "Nunca escondí nada. Sé de compañeros que fue-



## ENFERMERAS EN BUSCA DE AYUDAS

Coloquialmente lo conocen como consulta de pasillo. Es cuando la enfermera recurre a un colega médico para pedirle ayuda. Cuando ese apoyo no es suficiente, existe otro recurso. Se llama Programa Retorno y, al igual que en el caso de los médicos, busca ayudar a las enfermeras que padecen trastornos mentales o tienen conductas adictivas. En Cataluña, explica la coordinadora Olga Bosch, ha atendido hasta el momento a 650 enfermeras, casi siempre por trastorno mental -siete de cada diez casos-, pero también por adicción al alcohol y otras drogas (mitad y mitad). La facilidad de las enfermeras para acceder a determinados fármacos resulta determinante cuando se habla de adicciones, explican desde el Programa Retorno de Cantabria, otra de las comunidades pioneras en el abordaje de estos problemas, que, en tres años, han atendido un 80 por ciento de casos de patología mental y un 20 por ciento de casos de adicciones. Detrás, problemas de trabajo -como el famoso síndrome burn-out (estar quemado)- pero también dificultades personales. Mujer, de entre 42 y 50 años, con trastorno mental -el más común, depresión- y que accede al Programa Retorno de forma voluntaria es el perfil más común de la enfermera que acude a este servicio. A su favor, que le cuesta menos que a los médicos pedir ayuda y que, en el caso de las adicciones tiene menos recaídas que la población en general.

ron a curarse a otras comunidades, pero yo he sido demasiado descarado. A lo mejor he metido la pezuña al expresarme brutalmente. Y la gente da parte de ti... Hablamos de médicos que, desde la perspectiva social, somos unos golfos: alcohólicos, cocainómanos, pastilleros..."

El coqueteo de María con la heroína fue "casi una tontería. En una reunión de amigos la probé por primera vez. Y pum, caí". La enfermera se remonta a los años ochenta, en plena movida madrileña. Desde entonces su vida ha sido un rosario de intentos por abandonar una adicción que durante mucho tiempo mantuvo oculta a su familia y a sus propias compañeras: "Jamás influyó en mi trabajo, nunca tuve ningún incidente y siempre lo escondí. Siempre logré ir limpia a trabajar y me han respetado. De hecho, siempre me he metido muy poco, lo justo para estar bien. Cuando iba a buscar la droga, no creían que fuera para mí. No daba

el perfil de toxicómana. Y tampoco nunca he cogido nada en el trabajo, y eso que he tenido ampollas de morfina en las manos". En un enésimo intento por desintoxicarse, María acude al Programa Retorno que el Colegio de Enfermería tiene en su ciudad, en el norte de España; "Esta vez no lo llevo bien. Estoy de baja desde mayo y he hablado con la terapeuta de que, si no consigo dejarlo, puede que ingrese en la unidad de internamiento".

Damián acudió al PAIME obligado por las circunstancias. Un expediente pesaba su cabeza. "Nunca pensé que aquello afectaba a mi profesión. Siempre consideré que estaba por encima del bien y del mal. Mi familia sí que lo veía. Y mis compañeros". Dice que fue ese entorno familiar que tanto le arropó el que ha logrado que, desde hace un año, no tome ningún tipo de tóxico y haya dejado el alcohol. "Yo creo que estoy por encima de un programa para enganchaditos,

pero también es verdad que el hecho de ser médico no me ha hecho curarme a mí mismo. No tengo una autoestima tan grande".

María tampoco tuvo la fortaleza de compartir con algún compañero sus problemas de adicción: "Me daba vergüenza". Durante años, cargó con la mala conciencia de haberse convertido en una adicta a la heroína. Como Damián, tampoco se reconoce buena paciente: "Me daba mucha vergüenza hablar de esto con mi familia y tenía mucho cargo de conciencia. En mi caso, no puedo echarle la culpa a problemas laborales ni a mi situación familiar. Al contrario, creo que mi trabajo me ha salvado de no ir todos los días a buscar mi dosis, de ponerme muy ciega, porque además tengo dos hijos a los que debía cuidar. Ahora sólo quiero ser una persona normal. Levantarme por las mañanas y sentirme bien. Estar limpia y mirar hacia delante" ■



Ángel Sanz  
Granda

Farmacéutico  
Consultor



Judit Aris

Redactora  
Psicología



## Bebidas Energéticas

Las bebidas energéticas son aparentemente refrescos con burbujas al estar compuestos principalmente por agua carbonatada y azúcares. Presentan también otras sustancias, como cafeína, que les confieren características diferentes. Contienen aproximadamente 11-12 gramos de sacarosa, glucosa o fructosa (como ocurre con otros refrescos) por cada 100 ml, lo cual contraindicaría su consumo en personas diabéticas y debería limitar su uso en personas que presenten sobrepeso u obesidad. Su contenido de cafeína es el aspecto más destacable, ya que se encuentra entre 260 y 300 mg por litro, esto es, en los 250 ml de una botella podemos hallar entre 65 y 75 mg de cafeína. Esta cifra es el equivalente a una taza de café, lo cual no conlleva ningún problema.

Ahora bien, como cualquier situación, el consumo exagerado de este tipo de bebidas no es adecuado. Las personas que toman 2 ó 3 botellas al día, en realidad están consumiendo entre 57 y 86 gramos de azúcares, es decir, entre 228 y 344 Kcal extras, que representa hasta un suplemento del 20 por ciento. Pero además, esas personas, están llegando a una cantidad tolerable de cafeína diaria por lo que, si además consumen café o té, fácilmente la sobrepasarán. Es el consumo excesivo de cafeína el que puede provocar entre otros, aumento de la frecuencia cardíaca, inquietud o problemas para dormir. Por otra parte, aquellas personas habituadas a estas bebidas, pueden presentar fatiga, dolor de cabeza o irritabilidad si lo dejan repentinamente ■

**A** No deberían administrarse a niños.

**B** No se debería abusar de su consumo ni utilizarse para "coger fuerzas".

**C** La moda de mezclarse con alcohol debería erradicarse.

**D** Mujeres embarazadas o personas con cardiopatía o úlcera deberían disminuir o evitar su consumo.

**E** Ten en cuenta que el consumo adicional de café aumentará la ingesta diaria de cafeína (máximo: 200- 300 mg diarios)

Artículo publicado en  
"Consejos de tu farmacéutico."

## Es adolescente y bebe alcohol?

AYÚDALE A EVITAR QUE UNA INSANA RELACIÓN LE PERJUDIQUE

La familia tiene un papel fundamental en cuanto al consumo de bebidas alcohólicas. Como insisten los especialistas, el ejemplo es la primera arma que los padres deberían utilizar en la educación de sus hijos. Además de un modelo a seguir, la familia puede proporcionar información clara y comprensible sobre las características y efectos del alcohol. Así nos lo explica el doctor Francesc Xavier Altar riba en su libro ¿Por qué beben? (Ceac), que responde a algunas de las cuestiones que suelen plantear los padres:

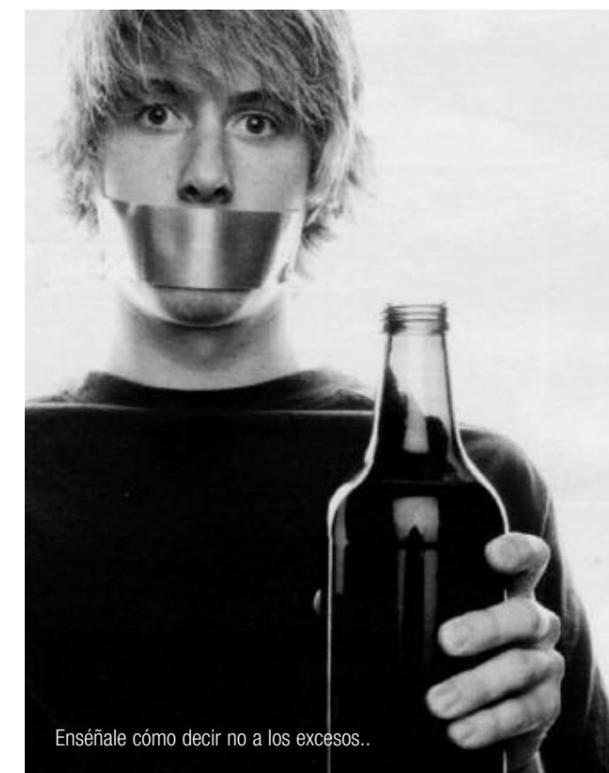
■ **¿A qué edad puedo empezar a hablar a mis hijos sobre el alcohol?** Nunca es tarde, pero cuanto antes se empieza, mejor. Explícales las razones por las que los menores no deben consumirlo, apórtales datos sobre las consecuencias, etcétera.

■ **¿Cuál es el mejor momento para abordar el tema?** Conviene aprovechar una noticia o algún acontecimiento relacionado. En ese momento, tanto los padres como los hijos tienen que estar relajados y dispuestos a charlar de forma

tranquila.

■ **¿Cómo puedo saber si mi hijo consume alcohol?** Ningún síntoma aislado lo asegura, pero hay una serie de indicadores que pueden dar pistas. Obsévalo cuando vuelve a casa por la noche, espéralo levantado y conversa con él. Enciende las alarmas si aparecen cambios en su estado de ánimo, como irritabilidad, actitud defensiva, si tiene problemas escolares, incumple las normas y los horarios, cambia de amigos y no quiere que los conozcáis, adopta una actitud de pasotismo, gasta más dinero del habitual, tiene problemas físicos o mentales (falta de concentración, ojos enrojecidos...).

■ **¿Cómo puedo educar a mi hijo para que resista la presión del grupo y rechace una copa?** Empieza fortaleciendo su autoestima y entrenándole a decir "no". Decir "Yo no bebo" debe ser tan respetado como decir "Yo no fumo". Otras frases cortas para rechazar una copa: "No me apetece, ¿tienes un refresco?", "No bebo alcohol", "¿Por qué insistes si ya te he dicho que no?".



Enséñale cómo decir no a los excesos..

■ **Cuando yo era adolescente, bebía. Si mi hijo me lo pregunta, ¿qué debo responderle?** La verdad, pero admite que te equivocaste y que lo que él debe hacer es lo que ahora le aconsejas.

■ **¿Debo ser más autoritario, o por el contrario, consentir?** Padres autoritarios educan hijos incapaces de decidir por ellos mismos. Si sobreproteges a tus hijos, favoreces que sean inseguros y faltos de auto confianza. Tampoco te pases de permisivo. Los padres que ejercen bien su autoridad forman hijos con confianza en sí mismos que saben decir "no" con tanto respeto como firmeza ■



Enma Fontán  
Redactora Mia

# Comprar por comprar



UNA ADICCIÓN PELIGROSA.  
En Confesiones de una compradora compulsiva, la protagonista, Rebecca Bloomwood (arriba), es una joven con un grave problema: es adicta a las compras.

El 20 de enero veremos en el cine a Rebecca Bloomwood, la protagonista de Confesiones de una compradora compulsiva. Seguro que muchas nos identificaremos con ella. Un informe europeo elaborado por la Unión de Consumidores de España (UCE) señala que una de cada tres personas reconoce que compra más de lo que necesita y tiene un alto nivel de adicción al consumo irreflexivo o una falta de control en sus gastos. Entre el 3 y el 6% podría considerarse adicta patológica grave, es decir, 'oniómana'. Otros estudios afirman que una de cada 20 mujeres no puede controlar su necesidad de salir de compras, alterando su calidad de vida y la de su familia y arruinando su economía. Una de las grandes dificultades de esta enfermedad es que pocos acuden a consulta para tratarla, porque suelen considerarla una conducta normal o temporal; pero cuando no se puede controlar es una adicción como el alcoholismo, la ludopatía o la drogodependencia y, por tanto, precisa de un psicólogo que ayude a superarla. Según Astrid Müller y Martina de Zwaan del Departamento de Psicoterapia y Psicopatología de la

Clínica Universitaria de Erlangen (Alemania), «esta patología es un exceso muchas veces oculto durante años y provoca en la persona afectada y en su entorno un gran sufrimiento»

Clínica Universitaria de Erlangen (Alemania), «esta patología es un exceso muchas veces oculto durante años y provoca en la persona afectada y en su entorno un gran sufrimiento»

## Cuando salta la alarma

Los síntomas que determinan que se trata de una verdadera adicción son:

- Recurrir al shopping como una forma de evasión porque se cree que ayuda a olvidar los problemas, aunque más tarde se experimente un sentimiento de culpa y remordimiento.
- Tener los armarios llenos de ropa y de artículos sin estrenar.
- Levantarse el ánimo con caprichos caros o absurdos.
- Vivir con angustia porque el endeudamiento se ha convertido en una amenaza incontrolable.
- Sentirse triste o con gran ansiedad cuando no se puede gastar.
- Ser sensible a las ofertas y a las rebajas. Caer fácilmente en los hechizos de un vendedor convincente.

## Los culpables de la tentación

Según el estudio La adicción a la compra: análisis, evaluación y tra-

## TEST

### ¿Adicta o sólo caprichosa?

¿Te sientes insegura o mal contigo misma?

- Sí  No  Ocasionalmente

¿Tienes urgencia por comprar objetos superfluos?

- Sí  No  Ocasionalmente

¿Eres capaz de conseguir dinero donde haga falta cuando te encaprichas de algo?

- Sí  No  Ocasionalmente

Aunque estás en números rojos, ¿necesitas comprar para sentirte bien?

- Sí  No  Ocasionalmente

Cuando llegas a casa con bolsas, ¿te arrepientes?

- Sí  No  Ocasionalmente

¿Tus problemas parece que se desvanecen cuando vas de 'shopping'?

- Sí  No  Ocasionalmente

¿Tu forma de gastar te acarrea algún problema familiar o con tu pareja?

- Sí  No  Ocasionalmente

¿Justificas tus compras con frases como: "No puedo pasar sin esta ganga, "Es el traje de mi vida"?

- Sí  No  Ocasionalmente

¿Vas a un centro comercial una vez a la semana?

- Sí  No  Ocasionalmente

¿Prefieres pasar un sábado de compras que ir al cine o a otra actividad con tu pareja?

- Sí  No  Ocasionalmente

## RESULTADOS

• Más de 6 respuestas 'Sí': Cuidado, eres adicta a las compras. Este impulso incontrolado afecta a tu familia, a tus relaciones, tu trabajo... Plantéate consultar a un psicoterapeuta.

• Más de 6 respuestas 'Ocasionalmente': Eres una caprichosa. Necesitas comprar para restaurar tu equilibrio personal. No olvides que se trata de una satisfacción temporal. Vigila tus niveles de ansiedad porque incrementan tu vulnerabilidad.

• Más de 6 respuestas 'No': Piensas que la mayor parte de los objetos no son necesarios y es difícil que descontroles al entrar en una tienda. Comprar no te cambia el estado de ánimo ni te produce remordimientos, sentimientos inseparables de la oniomanía.

## COMO ENFRENTARSE AL ENEMIGO

- Marcar un presupuesto y no gastar más de lo establecido.
- Elaborar una lista con lo que se necesita y evitar las rebajas para no caer en la tentación.
- Pagar en efectivo y no salir con tarjetas.
- Evitar todo lo que potencie el consumismo: huir de los centros comerciales y de las calles repletas de atractivos escaparates.
- No basar tu autoestima en el materialismo: el dinero es un modificador del estado de ánimo y por eso es fácil rendirse al placeroso impulso gastador.
- Enfrentarse a las situaciones de ansiedad aguantando la excitación: intentar relajarse, respirar profundamente y salir de la tienda para que desaparezca.
- Ocupar el ocio con amigos o haciendo deporte.
- Acudir al psicoterapeuta. La dependencia psíquica de las compras suele ocultar depresión, complejo de inferioridad o soledad. Si se observa que no se puede controlar, se debe buscar ayuda acudiendo a un psicólogo para que aporte las pautas que acaben con esta peligrosa adicción.

tamiento, realizado por psicólogos de la Universidad de Santiago de Compostela, el tipo de productos que adquieren las adictas se relaciona con la apariencia física, fundamentalmente ropa de última moda. Además, se sienten atraídas por el calzado y otros complementos del vestir, joyas y bisutería, cosmética, música, arte, antigüedades y, en el caso de los hombres, coleccionables y accesorios para el coche. «Son cosas que no necesitan, a veces incluso varios artículos del mismo tipo, raramente les dan uso, sino que los acumulan y otros ni siquiera los desembalan o los ocultan», indica el informe.

## Origen de este desenfreno

Al parecer, el desencadenante de esta patología está en la sociedad de consumo, en la que el ir de compras se convierte en una actividad de ocio, tal y como confirman los datos del informe del banco Fimestic: tres de cada cinco consumidores europeos (63% frente al 59% de españoles) lo consideran como «un placer». Dentro de este contexto, una persona se mide por la cantidad y la calidad de bienes que tiene y, como resultado, los individuos con una personalidad poco desarrollada recurren a las adquisiciones para saciar la necesidad de poder, de sentirse "alguien", como compensación por un sentimiento de frustración. Muy excep-

cionalmente, también puede estar causado por mecanismos biológicos que provocan la falta de control sobre los impulsos, debido a anomalías cerebrales relacionadas con la serotonina.

## Reforzar el autocontrol

El tratamiento que propone la Universidad de Erlangen se basa en una terapia de doce sesiones que refuerza el autocontrol. Así, primero se interrumpe el comportamiento compulsivo, se adquieren mecanismos de control y se plantean alternativas. Después, o simultáneamente, se tratan las causas que se pueden ocultar tras esta adicción (depresión, ansiedad, sentimientos de inferioridad, necesidad de reconocimiento, narcisismo...). En sucesivas sesiones, los pacientes definen comportamientos alternativos y realistas, cosas sencillas que pueden sustituir la ansiedad por gastar. Junto a los terapeutas, elaboran listas de planes semanales, como salir con los amigos, ver la televisión o escribir en un papelito el objeto del deseo de comprar y darse 24 horas de plazo antes de caer en la tentación. Y al final, si han logrado controlar el impulso dañino, viene la retribución, pero absteniéndose totalmente de gastar. Por ejemplo: "Si he conseguido ir al centro comercial sin comprar nada, me daré un baño caliente" ■



Iñaki de la Torre  
Redactor Quo

## MICROADICCIONES

# Pequeños vicios

Las pipas, el tuning, el chocolate y los cotilleos son de esas cosas que enganchan. Ahora LA CIENCIA SABE POR QUÉ



### “CREO QUE ME HE PASADO”

Una microadicción tiene la virtud de que no te engulle, si no que satisface una pequeña ansia. Aunque nadie te libra de el empacho.

Si una bióloga (y pintora) que prefiere no dar su nombre ha tenido literalmente que tirar a la basura el libro de sudokus (ver cuadro abajo) que se compró, es que algo hay. Era eso o no terminar a tiempo un trabajo que lleva meses preparando. Es una de las "muchas personas" enganchadas que Kaji Maki, el gran "fabricante" de estos pasatiempos numéricos, dice haber conocido desde que The Times desató la fiebre en diciembre de 2004. "La verdad es que nunca soñé que esto fuera a hacerme rico (aunque aún no lo soy)", añade Maki. El japonés que ha atraído a las redes del sudoku a medio mundo vino a Madrid a ver cómo 10.000 "adictos" participaban en el Primer Campeonato de España de la cosa, organizado por el diario El Mundo (el primero en publicar estos pasatiempos en nuestro país).

¿Hemos escrito "adictos"? Sí, pero es un modo de hablar. Lo que aquí llamamos microadicciones son esos hábitos un poco obsesivos,

algo repetitivos y casi imperceptibles que nos hurtan cada vez más atención y tiempo sin darnos cuenta. Lo explica mejor el psiquiatra de la Universidad Autónoma de Barcelona Antonio Balbuena, hablando de si existe la adicción al chocolate: "No podemos pensar que porque una sustancia nos guste mucho sea adictiva". O sea, que lo del chocolate es más bien una ansiedad, un anhelo, técnicamente. "Se trata", dice, "de un deseo de una sustancia (o actividad) que nos produce placer".

Pero una vez satisfecha el ansia de chocolate (por ejemplo), la necesidad desaparece. Una adicción, en cambio, es algo mucho más serio: cuando se trata de esta última, el objeto de deseo va siendo cada vez menos eficaz para satisfacerlos, y es cuando aparece el síndrome de abstinencia. Es decir, la sustancia es el eje del problema. ¿Satisfechos con la explicación? Pues hay quien no.

En 1996, el investigador Daniele

Piomelli, de la Universidad de California, sugirió que había muchas sustancias del cacao (como la anandamina) que provocaban una reacción similar a la del cannabis en el cerebro. O sea, que había opción a la adicción con todas las letras. Pero el Instituto de Química Molecular de Nápoles le desmintió hace poco al publicar un estudio en la revista Nature que decía, esencialmente, que haría falta comerse 15 kg de ese dulce al día (quién los pillara) para que la

No, no es que haya ningún parecido (bueno, o sí) entre el hijo de la Pantoja y los primeros humanos, pero sí cierta relación. ¿Por qué ese interés loco por saber si Paquirrín se pone el casco cuando va en moto? ¿Por qué florece imparablemente la prensa del corazón (casi 7 millones de lectores semanalmente en España)? Porque, según investigadores de las universidades británicas de Saint Andrews y de Liverpool: "El ser humano es una especie tan inten-



VARIOS FINLANDESES SE LIBRARON DEL SERVICIO MILITAR ALEGANDO ADICCIÓN A INTERNET



concentración de esa sustancia tuviese el efecto psicoactivo de los porros sobre el organismo. Porque hasta la leche contiene anandamina, pero en muy baja concentración. **PAQUIRRÍN Y LOS HOMÍNIDOS**

samente social que toda la información referente a decepciones, infidelidades y demás relaciones sociales es de gran importancia para nosotros". Nos importa mucho más qué hacen los demás que cómo son ellos y su entorno. Porque (y aquí llegan los homínidos) "el primer aspecto que evolucionó de la inteligencia en los primates fue el de las habilidades sociales, más que las de caza, por ejemplo", dicen los investigadores. O sea, que el cotilleo nos hizo humanos. Y así seguimos, enganchados a las telenovelas.

Con permiso del zapping, claro. Porque esa es otra: otro estudio de la Autónoma de Barcelona delató que el 70% de nosotros zapea compulsivamente cuando llegan los anuncios. Supuestamente, lo hacemos para evitar la publicidad, pero lo que encontramos en los demás canales suelen ser más anuncios, porque las cadenas se vigilan unas a otras y hacen los descansos casi a la vez.

## SUDOKUMANÍA



Carol Vorderman, estudiosa del fenómeno del pasatiempo japonés, cree que el sudoku engancha porque no hacen falta habilidades matemáticas (aunque lo parezca) sino lógicas, porque es fácil ir aumentando la dificultad sin desesperarse y porque se prestan a más de una solución.

**Y ADEMÁS, NO MATA.** Lo bueno que tiene es que se puede practicar en público.



UN GUSTAZO. El vicio del tunero es que el coche quede irreconocible. Mejor, porque a veces el modelo original se las trae...

## TIRAN MÁS 2 CV QUE DOS CARRETAS

Es amor desmedido por sus coches (o lo que sean) es el quebradero de cabeza moderno para las novias de los "tuneros". El vicio de "maquear el buga" hasta dejarlo irreconocible (tuning) mueve en España al año 550

millones de euros, tiene más de 200.000 adeptos (y otras tantas mujeres desatendidas) y da de comer a 8.000 trabajadores. Pero, como todas las microadicciones, tiene sus inconvenientes. Estos adictos gastan de media

2.750 euros en hacer cambios estéticos y mecánicos que no siempre están homologados por Tráfico, porque ponen en peligro su seguridad y la de los demás.



## ESTOY QUE NO #!@&Ñ\*% CON LOS MENSAJITOS

Ya es viejo el debate, pero no hay conclusiones: ¿se puede hablar de adicción al móvil? ¿Y a las demás tecnologías? Parte de la respuesta está en la entrevista de la página siguiente. Pero analicemos hechos. En el Reino Unido, los sociólogos hablan de ansiedad y adicción con respecto al teléfono, y en España, la Federación de Consumidores en Acción da por hecho que es un peligro. ¿Y las demás tecnologías? También aquí, un juez ha considerado como atenuante la "adicción a los videojuegos" al condenar a un joven por robar códigos privados de un juego. Y en 2004 un grupo de jóvenes finlandeses logró librarse de la "mili" por su "adicción a internet" (sic). ¿Más? Una encuesta de la fabricante de software Symantec reveló que el 40% de nosotros revisamos el correo electrónico incluso en vacaciones y de baja.

### LLAMADAS A LA TAZA.

Hay quien no puede dejar el teléfono ni en el servicio. La Universidad de Lancaster (Reino Unido) cree que el 33% de los jóvenes británicos es adicto.



## UN ESTADOUNIDENSE DEMANDÓ A UNA OPERADORA DE TV POR CABLE POR SUMIR A SU FAMILIA EN LA VAGANCIA



Y hay quien está de preocupar a cuenta de la tele: Tim Douchel demandó a una compañía de televisión por cable de Wisconsin (EEUU), a la que responsabilizaba de que su hijo fuera un vago televisivo y de haber logrado lo mismo de su mujer, con resultado de 23 kilos ganados en el camino. No sabemos quién está peor en la familia, la verdad.

¿Y comer pipas? ¿No es para denunciar al que inventó las pipas tostadas y con un poquito de sal? Sí, porque hay que ver cómo ensanchan. Los psicólogos asocian su éxito a que el hecho repetitivo de pelarlas y comérselas es un ciclo de ansiedad-satisfacción muy tonificante. Es el mismo mecanismo de algunas otras fijaciones, como la de no pisar la junta de las baldosas. Está el "peligro" de pisarla contra la satisfacción de evitarla. Lo malo que tienen las nuevas adicciones tecnológicas (véase el cuadro en la página anterior) es, quizá, que aúnan la querencia de la relación social y su facilidad tecnológica para practicarlas. Todo lo cual arroja una pregunta aún menos profunda que todas estas microadicciones: el ser humano. ¿No es un poco tonto? ■



ESTOY MUERTO. Un adicto al trabajo nunca diría esta frase. Lo que le mata es el tiempo libre.

## "WORK-AHOLICS" Y OTRAS MODERNECES

Sociólogos y psicólogos se están forrando a trabajar desde que el siglo XXI comenzó a alumbrar síndromes varios asociados al avance trepidante de la vida urbana. Las llamadas "nuevas adicciones" son ya el presente de la investigación y una buena fuente de controversia. Uno de los problemas más en boga es la adicción al trabajo (work-aholism para los amigos). Como los psiquiatras no se

ponen de acuerdo en su carácter patológico o no, hay datos poco fiables, pero sí se ha detectado un perfil de persona cuya vida laboral ha devorado su faceta personal. Otros nuevos síntomas de que el nuevo consumidor es digno de estudio es la aparición de la compra compulsiva y la fijación por el sexo online (es decir, sin contacto directo y no simplemente voyeurista).



CHOCO-LOCOS. Habría que comerse 15 kg de chocolate al día para ser adictos. Es para pensárselo.

## ENTREVISTA



**JUAN ANTONIO RODRÍGUEZ**  
Psicólogo Clínico. Profesor de la Universidad Complutense de Madrid y director de la clínica Cauce Psicología Aplicada



"LA RECOMPENSA INMEDIATA ES LO QUE ENGANCHAS"

**P ¿Qué marca la diferencia entre una simple costumbre repetitiva y una adicción?**

**R** Fundamentalmente, la falta de control. Hay veces que sabemos que tenemos un problema, que no es bueno lo que estamos haciendo, pero no podemos resistirnos a volver a hacerlo. Otro síntoma inequívoco es que eso tenga repercusiones directas en nuestra vida (en el trabajo, en nuestras relaciones...), que nos quite tiempo y demás.

**P O sea que, siguiendo esas premisas, usted sí es de la opinión de que internet y el móvil pueden causar una adicción hecha y derecha...**

**R** Sí. sí. No es lo más frecuente, pero yo mismo me he encontrado casos en mi propia consulta. Lo que pasa es que muchas veces la gente ni lo sabe. Por ejemplo, viene una pareja creyendo que tiene una crisis de relación, o sentimental, y lo que descubro es que detrás hay una afición desmedida a navegar, o a chatear, o a ver fotos pornográficas en internet cuando el otro se acuesta. Y no habían reparado en que el problema era ese.

**P ¿Están cambiando sólo los objetos adictivos o también los mecanismos?**

**R** Solamente los objetos. Evidentemente, en el siglo XIX nadie era adicto a las compras, por ejemplo, porque bastante tenían con procurarse el sustento. Pero si caían en alguna adicción, el mecanismo era el mismo.

**P ¿Tampoco hay un nuevo perfil de personas propensas a caer en estos "nuevos vicios"?**

**R** No, son siempre personas predispuestas, vulnerables psicológicamente. Pero ese modelo no ha cambiado.

**P Entonces, ¿qué ingredientes tienen las nuevas tecnologías, las compras, el chocolate y similares que parece que hoy enganchan más que las "viejas" adicciones?**

**R** Enganchan porque producen una satisfacción inmediata y porque son muy accesibles. Cualquiera de nosotros podemos mandar un SMS en cualquier momento y obtener respuesta también inmediata; o comprar una tableta de chocolate y comérsela sin más; o navegar por la red... Todo está al alcance de la mano.



Julia Navarro

Belén Álvarez  
Psicóloga Vieiro

## Tabaco, drogas y alcohol

**DEBE** SER QUE ME ESTOY haciendo mayor o que tengo un hijo adolescente y empiezo a temer por todo lo que se encuentra nada más salir de casa. Y es que me pregunto por qué algunas leyes no se cumplen sin que a nadie le importe, sobre todo cuando afectan a los adolescentes. Por ejemplo la del tabaco. Supuestamente, no se puede vender tabaco a menores de 18 años, pero se hace sin que suceda nada. Con el alcohol ocurre lo mismo y con las drogas, no digamos. Si usted se pasa por la puerta de cualquier colegio o instituto tiene muchas posibilidades de ver a chiquillos fumando tan campantes. Incluso algunos lo hacen ante sus profesores. Nadie les dice nada. ¿Para qué? Además, si reclama al colegio le responderán que fuera de sus puertas ellos no son responsables de nada. Y si usted pregunta a alguno de estos adolescentes dónde compran el tabaco le indicará el bar de la esquina o, incluso, el estanco.

**EN CUANTO AL ALCOHOL** también hay una ley que impide venderlo a menores, pero los adolescentes hacen "botellón" tranquilamente. Proteste y verá la que le cae por intentar que las "criaturitas"

no hagan oposiciones a la cirrosis desde la infancia. En cuanto a las drogas, otro tanto. En los alrededores de colegios e institutos no es difícil ver "camellos", cuando no lo son los compañeros. Hace unos días le preguntaba a un político



**PARECE QUE LAS AUTORIDADES Y LA SOCIEDAD HAN OPTADO POR LA PASIVIDAD Y LOS PADRES, POR CRUZAR LOS DEDOS O REZAR PIDIENDO QUE NUESTROS HIJOS NO DEN EL TROPEZÓN.**



cómo era posible y la respuesta me dejó desolada: "La droga está ahí y debemos enseñar a nuestros hijos a rechazarla". Pero me pregunto si,

además, los poderes públicos no deberían tomarse el asunto en serio. Enseñarles a convivir con la droga, el alcohol y el tabaco, no es la solución. Es como si nos dicen que debemos enseñarles a bailar al borde del abismo con la esperanza de que fortalezcan su equilibrio y no se caigan. Sé que no son lo mismo tabaco, drogas y alcohol, pero los tres están a su alcance ante la pasividad de las administraciones.

**QUEBRAR CIERTAS** leyes sale gratis. Les sale gratis a los que venden alcohol y tabaco a menores, y a los "camellos" que venden pequeñas cantidades, que pueden decir que es para consumo personal. Hay una falta de responsabilidad colectiva, de la Administración y de nosotros mismos como ciudadanos que, si vemos a un menor comprar tabaco, no decimos nada. Y que procuramos evadirnos si topamos con un "botellón". Y con las drogas, si las autoridades quieren hacer algo sólo tienen que mandar a la policía a la puerta de colegios e institutos. Pero parece que autoridades y sociedad han optado por la pasividad. Y los padres, por cruzar los dedos o rezar pidiendo que nuestros hijos no den el tropezón ■

## ESCUELA DE PADRES

La Asociación Antidroga Vieiro, dentro de su labor preventiva, ha iniciado en el mes de enero su Programa de Escuela de Padres, destinado a padres y madres que deseen ampliar o mejorar la educación de sus hijos. Este programa se desarrolla con la colaboración de las ANPAS de los colegios.



Grupo Colexio Razo.

**Desde** hace 9 años, lleva a cabo anualmente varias escuelas de padres. Su objetivo es continuar con la labor preventiva que, desde los centros escolares se realiza todos los años, con el alumnado de Educación Primaria y ESO. De este modo, padres e hijos reciben una educación en el controvertido y difícil tema de drogas, que sirve de acercamiento familiar a estos temas.

Aunque a lo largo de los años la acogida de los programas de Habilidades de Vida que se realizan en los centros escolares era muy buena, no lo era tanto cuando se invitaba a los padres a asistir a estos cursos o escuelas. Sorprendentemente, este año esa situación ha sufrido un enorme cambio, pasando de realizar una media de tres a cinco escuelas por año para unos escasos cien asistentes, a introducir este curso diez



Grupo 1 Colexio A Cristina.



Grupo 1 Colexio Gádara-Sofán.



Grupo Colexio San Luís Romero.



Grupo 2 Colexio Gádara-Sofán.

escuelas para 183 padres y madres. Es posible que las dificultades que se presentan en la educación de los hijos en la actualidad, hayan hecho que los padres tomen conciencia de la importancia de la misma y la necesidad de mejorar en su labor educativa.

A lo largo de los cinco meses de duración de las escuelas, del mes de enero al de mayo, se realizarán aproximadamente diez sesiones, con carácter quincenal.

Los temas a tratar son escogidos por los asistentes en la primera sesión, en la que además de la presentación, se cubre un cuestionario sobre las cuestiones que más les interesan o preocupan. Aunque en la mayor parte de los casos suelen coincidir los temas que más interesan a las familias, se tratan de forma distinta, en función de si son escuelas de nueva creación o de años anteriores, así como en función de la edad de los hijos. De



Grupo 2 Colexio A Cristina.



Grupo 3 Colexio Gádara-Sofán.

este modo, aunque un tema que inquieta a la mayoría de los padres es el establecimiento de normas y límites, se aborda desde una perspectiva diferente, si hablamos de padres con hijos cursando Educación Infantil, Educación Primaria o en edad adolescente.

**Dentro de los temas escogidos por los asistentes a las Escuelas de Padres de este año, destacan los siguientes:**

- Estilos educativos y su influencia educativa
- Establecimiento de normas y límites
- Premios y castigos
- Comunicación intrafamiliar
- Negociación y resolución de conflictos
- Cómo puedo ayudar a mi hijo en sus estudios
- Acoso escolar. Violencia entre los iguales.
- Drogodependencias (en función de la edad de los hijos, se habla de unas u otras sustancias adictivas)



Grupo Colexio Fogar.



Grupo Casa da Xuventude.



Grupo Colexio Bergantiños.

- Las nuevas adicciones: móvil, internet,...
- Autoestima: el patito feo
- La influencia del grupo de iguales
- Asertividad: defiende tus derechos

El Programa de Escuela de Padres es eminentemente práctico, desarrollando la temática en cada sesión a través de fichas con información, dinámicas, vídeos y debates que ayuden a los padres a reflexionar sobre el mejor modo de prevenir o extinguir conductas no deseadas en sus hijos y favorecer la aparición o consolidación de aquellos comportamientos más acordes a un desarrollo positivo del individuo y a su forma de entender la integración sociofamiliar.

Deseando que este aumento de asistencia al Programa de Escuela de Padres continúe en las próximas ediciones, animamos a asistir a todos los padres que consideren importante la educación de sus hijos. Asimismo agradecemos la implicación de los padres y madres que ya acuden a este programa ■

## Anorexia y bulimia, plagas del siglo XXI

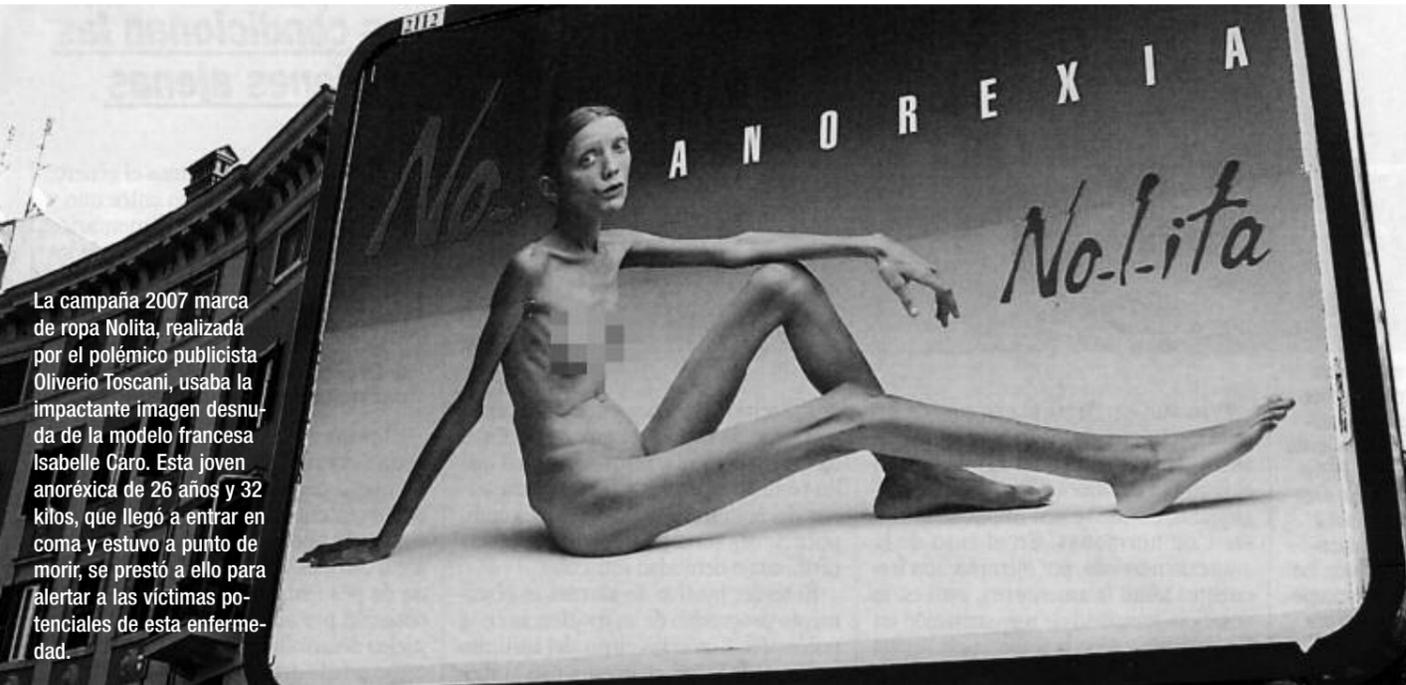


Luís Muiño  
Redactor Muy Interesante

# Cuando comer duele



La obsesión por guardar la línea está convirtiendo cada vez a más gente, sobre todo a mujeres adolescentes, en víctimas de graves trastornos alimentarios. La delgadez extrema pasa factura.



La campaña 2007 marca de ropa NoLita, realizada por el polémico publicista Oliverio Toscani, usaba la impactante imagen desnuda de la modelo francesa Isabelle Caro. Esta joven anoréxica de 26 años y 32 kilos, que llegó a entrar en coma y estuvo a punto de morir, se prestó a ello para alertar a las víctimas potenciales de esta enfermedad.

**Una** de las noticias más controvertidas en Alemania en 2004 fue la inauguración de un restaurante para personas anoréxicas. Katja Eichbaum, la fundadora, tuvo que explicar en numerosas entrevistas por qué había decidido abrir ese negocio: ella padeció la enfermedad durante 15 años y se dio cuenta de que parte del problema que sufren los anoréxicos es la incapacidad para disfrutar de la comida. La falta de hedonismo que se aprecia en el individuo afectado y en su entorno familiar hace que la comida se convierta en una obligación -cuando no en una tortura-, por lo que Eichbaum pensó que sería una buena idea abrir un local en el que los anoréxicos pudieran divertirse comiendo.

#### Hablamos mucho de calorías y poco de placer gastronómico

Para conseguirlo puso a sus platos nombres que no tuvieran nada que ver con los ingredientes que contenían, con el fin de que los clientes pudieran tomarlos sin hablar de comida. Por ejemplo, el Hallo (hola en alemán) es una receta a base de langosta, el Heisshunger (hambre canina) lleva cordero, y el Seele (alma) es un postre de crema de capuchino. La idea es ayudar a quienes padecen trastornos alimentarios, que normalmente evitan a toda costa salir con amigos a cenar fuera, a recuperar la percepción positiva sobre la comida. Katja piensa que nuestra

sociedad marcha hacia una forma anoréxica de entender la alimentación, pues se habla mucho de calorías e hidratos de carbono, pero poco del placer gastronómico; y que si se recupera el potencial de disfrute, los anoréxicos estarían en el camino de la curación.

Algo de razón debía de tener, aunque sólo sea porque hoy su restaurante para anoréxicos es una realidad, así como también lo son los trastornos del comportamiento alimentario, como la anorexia y la bulimia, que tienen una gran relevancia en salud mental. Podemos decir que existen tres razones por las que, en los últimos años, estos trastornos acaparan la atención mediática, de los especialistas y de los ciudadanos en general. La primera es la dificultad de diagnóstico: no es fácil saber cuándo una persona traspasa el límite entre el cuidado razonable del cuerpo para caer en un trastorno psicológico. Como siempre, el sufrimiento del paciente es el criterio más importante; lo que ocurre en este caso es que su disfunción física y mental aparece cuando el problema ya se ha convertido en una forma de vida.

Los hábitos, los rituales en torno a los alimentos y las percepciones erróneas de su propio cuerpo ya están ahí y eso hace más difícil la solución. Lo ideal sería intervenir antes, pero la frontera entre salud y

enfermedad es muy difícil de establecer en una sociedad que fomenta continuamente la obsesión por la imagen corporal.

#### Una infección generalizada acabó con la modelo brasileña de 40 kilos

La segunda razón es la gravedad de esta cuestión. La anorexia nerviosa, por ejemplo, puede llevar a la muerte por debilitamiento, algo que ocurre en pocos problemas psicológicos. El impacto mediático de este final trágico se puso de manifiesto en noviembre de 2006, cuando la modelo brasileña Ana Carolina Reston murió a los 21 años en un hospital de Sao Paulo a causa de una infección generalizada. Esta fue provocada por su extrema debilidad -medía 1,74 m y apenas pesaba 40 kilos-, que le había creado además problemas respiratorios y circulatorios. Pues bien, en los dos meses siguientes los medios de comunicación detectaron cuatro muertes más entre modelos sólo en el estado de Sao Paulo mientras aquel ambiente profesional estaba siendo investigado por la prensa.

Pero aun sin llegar al extremo de un final tan trágico, estos trastornos tienen siempre una incidencia fisiológica en el llamado eje hipotálamo-hipofisario-ovario, donde se ven implicadas una serie de hormonas. En el caso de la anorexia nerviosa, por ejemplo, son frecuentes tanto la



Una educadora enseña a comer de forma equilibrada a una joven anoréxica. El tratamiento de este trastorno pasa por la reeducación para que los pacientes recuperen el gusto por la comida.

amenorrea, esto es, la ausencia temporal de menstruación en las mujeres, como la impotencia sexual en los varones, a los que hay que añadir las afecciones causadas por concentraciones excesivas de cortisol, alteraciones de la hormona tiroidea y anomalías en la secreción de insulina, entre otras. En el caso de la bulimia,

resulta habitual que los vómitos repetidos den lugar a trastornos del equilibrio electrolítico y a complicaciones somáticas, como arritmias cardíacas o debilidad muscular.

El tercer motivo de alarma es el aumento progresivo de su incidencia en la pobla-

ción. Según las cifras del Instituto Nacional de Salud, en nuestro país la anorexia nerviosa afecta aproximadamente a una de cada cien personas y la bulimia, a dos de cada cien. Si miramos el género, hay un claro desequilibrio entre uno y otro: padecen trastornos alimentarios un 4,7% de las mujeres y un 0,9% de los varones, pero las cifras aumentan cada año y la incidencia sobre la población masculina es cada vez mayor.

#### Depresión e insomnio, síntomas secundarios de la anorexia

El primer trastorno clásico, la anorexia nerviosa, se diagnostica en sujetos que, a pesar de bajar kilos de forma objetivamente preocupante, se siguen sintiendo obesos y continúan con una dieta estricta. Incluso cuando la pérdida de peso supera el 15%, persiste la obsesión por adelgazar. Los anoréxicos suelen desarrollar síntomas secundarios, como estado depresivo, dificultades para dormir y pérdida de regularidad en las menstruaciones. El segundo trastorno, la bulimia, se pone de manifiesto por episodios repetidos de "atracones" que avergüenzan al individuo que lo sufre, seguidos de vómitos provocados, uso de laxantes o ejercicio físico intenso con la intención de eliminar el exceso de calorías ingeridas. Los bulímicos tienen fluctuaciones de peso que están dentro de los valores normales, lo cual hace más difícil detectar el problema.

## DE LA YAYA, A MAMÁ Y A LAS HIJAS

**M**uchas investigaciones indican que, al igual que otros problemas psicológicos, los trastornos alimentarios se heredan. Kenneth Kendler, de la Virginia Commonwealth University, encontró que en parejas de hermanas gemelas, que comparten los mismos genes, la bulimia aparecía conjuntamente en el 23% de los casos, mientras que entre las mellizas esa coincidencia sólo se daba en el 9% de las ocasiones. Además, según este investigador nor-

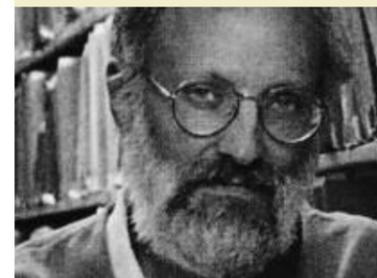
teamericano, los hijos de bulímicos tienen el cuádruple de probabilidades de desarrollar problemas de alimentación que quienes no tienen antecedentes familiares.

¿Pero cómo se heredan estos trastornos? Así, a priori, no parece fácil pensar en genes que nos empujen a dejar de comer incluso cuando nuestra vida está en juego. El psiquiatra L. K. George Hsu, autor de *Eating Disorders*, lanza en su libro

una hipótesis sobre los factores genéticos que podrían intervenir en este problema, y conjetura que ciertos rasgos de personalidad no específicos relacionados con la falta de autocontrol o con la inestabilidad emocional podrían transmitirse de una generación a otra. En otras palabras, si una persona hereda una tendencia a ser muy vulnerable ante acontecimientos distresantes de la vida cotidiana (factor desencadenante), entonces podría comer de forma impulsiva para liberarse de la tensión que siente (bulimia) o dejar de hacerlo en un intento de mejorar su autoestima (anorexia). Si vive en una sociedad que fomenta una imagen corporal errónea (factor de mantenimiento), estaríamos ante un trastorno alimentario.



Las gemelas anoréxicas inglesas Samantha y Michaela Kendall -aquí, con su madre- sólo comían una rodaja de tomate al día. Michaela murió en 1994, con 26 años, y su hermana, en 1998.



El psiquiatra K. Kendler ha investigado los factores hereditarios de la anorexia y la bulimia.

## CONTROLAR EL PESO, SÍ, PERO CON INTELIGENCIA

LA OBESIDAD AFECTA AL 27% DE LOS HOMBRES Y AL 38% DE LAS MUJERES DE LA UNIÓN EUROPEA, DONDE ESPAÑA ES EL SEGUNDO PAÍS CON MÁS NIÑOS EN EDAD ESCOLAR OBESOS (UN 9%) O CON SOBREPESO (33%). ¿CÓMO CONTROLARLO SIN OBSESIONARSE?

Los expertos en salud mental no recomiendan perder kilos de forma radical. El sobrepeso está relacionado con la genética y con factores metabólicos; si se intenta eliminar de golpe y se fracasa, puede resultar frustrante y llevar a engordar aún más. Para adelgazar de forma gradual y razonable para la salud, estas recomendaciones son muy útiles:

- Tal vez le sobren kilos por llevar una vida sedentaria. Muchas investigaciones relacionan la obesidad infantil con demasiadas horas viendo la tele. Hacer ejercicio moderado de forma regular -andar rápidamente, correr, nadar- le ayudará a eliminar la grasa y a acelerar su metabolismo.

- Evite en lo posible las comidas tentadoras, las tiendas "peligrosas" -de dulces, patatas fritas, chucherías- y los amigos golosos en los momentos en que van a consumir esas irresistibles golosinas.
- Coma platos sencillos elaborados con pocos ingredientes. Leonard Epstein, pediatra de la Universidad del Estado de Nueva York en Búfalo, demostró algo que todos sospechamos: cuantos más alimentos distintos tenemos delante, más comemos.
- No pase hambre durante el día para luego darse un atracón en la cena. Este es un hábito absurdo en el que incurre mucha gente que hace dieta, porque alimentarse así aumenta el riesgo de sobrepeso.
- Sea realista en sus expectativas. El Instituto de Salud de EE-UU considera que seis meses es el tiempo razonable para perder

un 10% del peso corporal. Y recuerde que un ligero sobrepeso supone menos riesgo para la salud que la delgadez extrema.

- Coma alimentos saludables. Frutas, hortalizas y grasas insaturadas (las del pescado azul o el aceite de oliva, por ejemplo) ayudan a regular el apetito y a reducir el colesterol.
- No se sienta frustrado; está luchando contra factores genéticos y bioquímicos que escapan a su control. Recuerde que cualquier pérdida de peso, aunque sea mínima, es un logro, y que un desliz no es un colapso total. Muchas personas que inician una dieta la abandonan en cuanto un acontecimiento estresante les lleva a comer más de la cuenta; entonces piensan que han fracasado y se dan un atracón. Recuerde que todos los que han logrado adelgazar han roto la dieta en alguna ocasión.



Usa la báscula para pesarte y no para obsesionarte.

### Comportamiento engañoso: de los atracones al vómito

La edad habitual de presentación de la primera anomalía es más tardía que la de la segunda. De hecho, para muchos terapeutas, la bulimia es una secuela posible después de una anorexia nerviosa persistente, por eso es importante estar alerta y valorar las supuestas mejoras de un enfermo anoréxico: puede parecer que está saliendo del túnel a medida que gana peso e incluso recupera la menstruación, si es mujer, pero entonces surge una forma maligna de comportamiento que se caracteriza por la sobrealimentación y los vómitos.

¿Cómo se llega a estos extremos? Desde luego, la cuestión social tiene mucho que ver. A principios de los años ochenta del siglo pasado, la doctora Susan Wooley, actual Directora Ejecutiva de la American School Health Association, decía que "el criterio cultural cada vez más riguroso acerca del peso vendrá acompañado por

una creciente e ininterrumpida frecuencia de trastornos alimentarios graves, sobre todo en las mujeres". Desgraciadamente, sus previsiones se han cumplido. El culto al cuerpo, la tendencia a creer que las personas obesas tienen problemas de autocontrol, la identificación entre autoestima y buena imagen corporal y la tendencia a la excesiva delgadez en los modelos culturales son factores que contribuyen al incremento de la incidencia de problemas como la anorexia y la bulimia nerviosas. De hecho, las culturas que no tienen un arquetipo de mujer delgada no presentan trastornos alimentarios. La psicóloga transcultural Jeanine C. Cogan nos recuerda, por ejemplo, que los habitantes de Ghana idealizan el tamaño corporal más grande y experimentan menos casos de anorexia y bulimia.

Una prueba de la importancia que tienen los factores culturales es que los trastornos de alimentación suelen surgir en la adolescencia, la edad en que más dependemos de la opinión de nuestros amigos



En el comportamiento habitual de los bulímicos se suceden los episodios de ingestas pantagruélicas con el vómito provocado, que siempre se hace a escondidas. Así contrarrestan el descontrol alimentario y, de paso, diluyen el sentimiento de culpa por haber comido.

## AQUÍ TAMBIÉN FUNCIONA EL REFRÁN "MÁS VALE PREVENIR..."

Los trastornos de alimentación tienen una terapéutica difícil, ya que los rituales culinarios de quienes los padecen acaban convirtiéndose en automatismos, y los expertos en salud mental saben que cambiar rutinas es un proceso muy lento. De hecho, aunque todavía no existen estudios que puedan avalarlo a nivel científico, hay

terapeutas que trabajan con la idea de que la persona que ha adquirido hábitos anoréxicos o bulímicos los mantendrá de por vida, por eso piensan que lo más importante es la prevención. Esta debe abordarse a nivel del propio afectado, con una serie de acciones personales, y siempre con la ayuda del entorno familiar.

### 1. CONSEJOS PARA LAS VÍCTIMAS POTENCIALES

- No base sus expectativas de éxito únicamente en la imagen corporal. Aspirar a lograr objetivos es sano psicológicamente, pero focalizarlos en el físico es un error.
- Intente "objetivar" su autoimagen. Pregunte cómo es su aspecto y confíe en las respuestas. No hay razón para que un número considerable de personas le diga que está excesivamente delgado si no fuera así.
- Si va a hacer dieta, piense que todo plan de adelgazamiento drástico tendrá un impacto sobre su cuerpo. Haga una lista con los efectos negativos y téngala presente.
- Aprenda asertividad. La capacidad de defenderse de las críticas ajenas es esencial para su vida.
- Haga acopio de autoestima incondicional y quíerese a sí mismo sean cuales sean los retos y resultados que obtenga.
- Ejercite el autocontrol y consiga poco a poco hacerse cargo de su conducta, pensamientos y sentimientos. Libérese de la presión de

las expectativas ajenas. La aprobación social deja de importar cuando uno es fiel a sí mismo. Para conseguirlo, debe aprender a decepcionar a los demás sin sentirse culpable.

- No se deje llevar por la frustración y aprenda a seguir adelante cuando no le salga todo bien a la primera. Los logros más importantes tanto profesionales como personales se consiguen después de muchos fracasos, a base de aprendizaje mediante ensayo y error. Es clave inhibir el impulso de satisfacción inmediata y aprender a esperar el premio.

- Las emociones que usted considera negativas, como la envidia, los celos y el miedo, son parte de la vida y tienen un papel en el desarrollo de la personalidad. Se aprende de ellas y después ayudan a ser más felices. No intente evitarlas recurriendo a una dieta porque así no lo logrará.

Muchas jóvenes fijan el aspecto físico de los modelos como referente del éxito social. Se trata de una asociación que puede ser peligrosa.



y parejas. La mayoría de los casos de anorexia se inicia entre los 12 y los 18 años. En la bulimia, la edad prevalente de comienzo del problema es posterior, entre los 16 y los 25. Las estadísticas nos aportan otro dato que hace reflexionar sobre el influjo social: el momento en que se demanda ayuda profesional suele demorarse, como media, dos años. Se tarda mucho tiempo en reconocer el trastorno porque, para muchas familias, la

### 1. RECOMENDACIONES PARA LA FAMILIA



Una buena educación culinaria es fundamental, porque los malos hábitos con la comida se transmiten casi siempre en la familia.

- Desde la infancia, es importante transmitir a los hijos el concepto de hedonismo. Es esencial que aprendan a disfrutar de la comida y que interioricen la idea de que la alimentación es algo más que una mera cuestión de supervivencia, del número de calorías y del perfecto equilibrio de nutrientes.
- Hay que evitar que la alimentación se convierta en un espacio abierto para los caprichos y los chantajes emocionales. Los padres no son cocineros de un restaurante donde se come a la carta ni nutricionistas dispuestos a medir la cantidad de calorías, proteínas o hidratos de cada alimento. En la familia, desde que los niños tienen una determinada edad, se debe

hacer la misma comida para todos.

- El aspecto de las relaciones es tan importante como el gastronómico. Sentarse a la mesa es una buena oportunidad para hablar de muchas cuestiones que atañen a todos. Por eso es importante evitar la rigidez en cuanto a horarios y normas, se puede ser flexible si eso favorece la interacción familiar. Hay que evitar convertir la hora de la comida en un suplicio: no se debe machacar con mensajes continuos del tipo "no comes nada" o "comes demasiado" ni usar constantemente frases como "¡qué horror. Otra vez a la mesa!".

- Hay que evitar la homogeneización de los hábitos dietéticos. Es importante individualizar, porque cada persona es un mundo. Tenemos metabolismos y necesidades energéticas diferentes y no hay que alarmarse si alguno de los hijos "come mal". Existen muchas razones "sanas" -momento del desarrollo, tipo de metabolismo, incubación de virus, épocas de tensión- por las que alguien puede comer menos de lo habitual.
- No hay que empezar a tomar medicamentos en cuanto surge un problema. Los estimulantes del apetito o los polivitámicos suministrados con excesiva alegría pueden inducir a su hijo a acomodarse y mantener sus malos hábitos alimentarios.

delgadez no es un problema hasta que no afecta gravemente a la salud. Y es que, como señala Judith Rodin, autora de Las trampas del cuerpo: cómo dejar de preocuparse por la apariencia física, la familia puede convertirse en la mensajera de esa excesiva preocupación social por el cuerpo. En sus investigaciones encontró una gran correlación entre anorexia y familias exigentes, que se preocupan si no cumplen las expectativas y están muy pen-

## LA BARBIE, UN IDEAL FÍSICO IRREAL

A finales de los años cincuenta del siglo pasado, la empresa Mattel decidió lanzar al mercado la Barbie, que era una muñeca-mujer en vez de la tradicional muñeca-niña. Como indicaba en su publicidad, "en sus fantasías, las niñas son mujeres... y hay que darles mujeres para jugar". La idea era atrevida, así que la compañía contrató al psicólogo Ernest Dichter para que sugiriera la forma de lanzar el pro-

ducto al mercado sin que resultara subversivo. Oichter dictaminó que Barbie perdería su peligrosidad para la moralidad estadounidense si se presentaba vestida apropiadamente. Sería una modelo soltera, virtuosa, elegante y femenina, destinada a casarse y convertirse en ama de casa con hijos, y con el aspecto físico de una mujer moderna. La Barbie ha establecido un prototipo que muchas niñas han querido imitar,

pero hasta hace poco tiempo nadie se había molestado en trasladar el modelo a la talla de una mujer real. Al hacerlo se descubre que, adaptada a una chica que mida 1,70 m, sus formas se traducirían en 82 cm de busto, 41 cm de cintura y 73 cm de cadera; es decir, unas medidas que sólo tienen una de cada 100.000 mujeres. En suma, fomentar el modelo Barbie es una forma de crear expectativas imposibles.



La muñeca Barbie se ha convertido en un mito para muchas niñas.

dientes de la opinión de los demás. Es muy habitual encontrar que las madres

están también a dieta y que el tema de la alimentación -en términos de cantidad de calorías, hidratos de carbono o grasas- ocupa gran parte de las conversaciones. Las consecuencias psicológicas de esta transmisión social son veloces.

### Hemos convertido la alimentación en un acto peligroso para el físico

Todos estas observaciones inciden en resaltar que la pérdida de hedonismo gastronómico es un problema cultural. Como señala el historiador británico y profesor de la Universidad de Oxford Felipe Fernández-Armesto en su libro Historia de la comida, la alimentación se ha convertido en nuestra sociedad en un acto peligroso para nuestro aspecto físico. Y con una mentalidad así, se está muy cerca de perder completamente la capacidad de disfrutar de la comida y convertirse en víctima de problemas alimentarios. Por eso, el tratamiento terapéutico, al igual que la prevención, además de ofrecer métodos para que el paciente aprenda a autocontrolarse, ahonda siempre en las creencias erróneas con gran calado social que los pacientes tienen acerca del

Anne Becker, del Departamento de Psiquiatría del Hospital General de Massachusetts, en EE UU, pudo comprobarlo en un estudio realizado en una remota región de las islas Fiyi. A finales de los noventa, los habitantes de aquel lugar empezaron a tener televisión. Al cabo de tres años, el porcentaje de chicas adolescentes que vomitaba a menudo para controlar su peso se multiplicó por cinco; la mitad de las que se asomaban a menudo a la caja tonta fueron más proclives a describirse a sí mismas como obesas, y la tercera parte de las que tenían tele había empezado a hacer dieta.

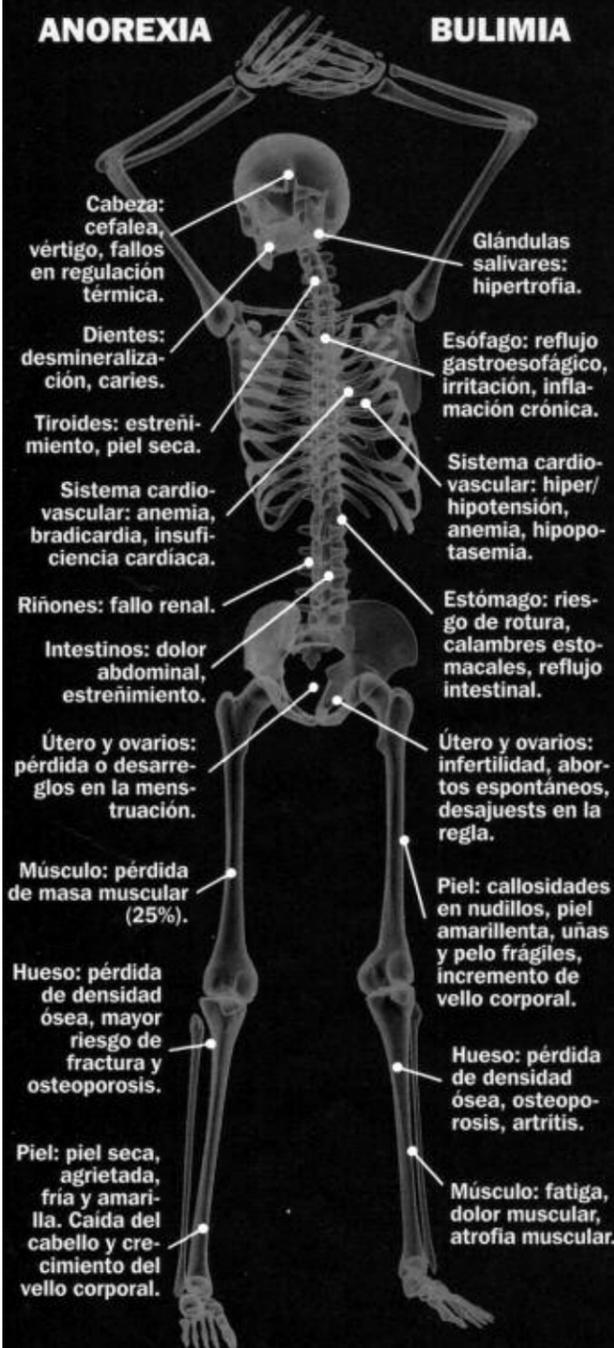
Ana (por anorexia) y Mia (bulimia) son palabras clave usadas por niñas anoréxicas en internet para contarse sus trucos. Algunas webs -izquierda- denuncian esta peligrosa práctica o convierten las caras de famosas en anoréxicas -arriba-.



Muchas famosas han sufrido anorexia. La modelo Nieves Álvarez y las actrices Calista Flockhart y Christina Ricci se recuperaron, pero otras no. Es el caso de la modelo brasileña Ana Carolina Reston, que murió con 21 años de una infección causada por su extrema debilidad.

## Con consecuencias para la salud

Los trastornos de la alimentación conducen a los afectados a un deficiente estado nutricional que afecta a órganos vitales y, en casos extremos, puede acabar con la muerte por inanición o fallo cardíaco.



peso. Por ejemplo, el psiquiatra Christopher G. Fairburn, de la Universidad de Oxford, les propone que se programen para comer porciones de alimento pequeñas y manejables seis veces al día, con intervalos de no más de tres horas entre cualquier ingesta. De esta forma se elimina la alternancia entre comida excesiva y restricción dietética que caracteriza la bulimia. A la vez, se crean estrategias para resistir el impulso de comilonas y purgas, que incluyen la incorporación de actividades para que el individuo no esté solo después de comer.

### Cuando la ansiedad se aplaca con cuchillo y tenedor

Otro factor importante que se ayuda a controlar en la terapia es la ansiedad, cuya relación con los trastornos de alimentación es conocida a nivel popular: "yo engordo por ansiedad" o "cuando estoy nerviosa se me quita el hambre" son frases habituales en las conversaciones. A nivel científico, la relación se constata en no pocos estudios. Los investigadores Michael Schwalberg y David Barlow encontraron, por ejemplo, que entre las pacientes anoréxicas la fobia social es diez veces más frecuente que entre quienes no sufren ese trastorno, así como que los anoréxicos y bulímicos reaccionan ante los acontecimientos estresantes igual que las personas que padecen trastorno de ansiedad. Además, es muy frecuente encontrar problemas de ansiedad en las familias de

pacientes con problemas de alimentación.

Por eso no es extraño que los ansiolíticos sean los medicamentos que más se recetan para combatir los trastornos alimentarios. De hecho, hay expertos en salud mental que catalogan estos últimos como perturbaciones de ansiedad concentradas únicamente en problemas de peso. El desasosiego interno y la excesiva impulsividad constituyen además dos de los factores que aparecen en las investigaciones sobre la relación entre personalidad y enfermedades como bulimia o anorexia. La falta de sosiego explica por qué los trastornos alimentarios afectan a determinadas personas dentro de las familias con tendencia a ellos. Aunque el origen del riesgo esté en el entorno familiar, es más fácil que sufra el problema una persona ansiosa que se siente insegura ante la evaluación de los demás.

### Pensamiento único: "Nadie me va a querer si no consigo adelgazar"

Por esa razón también se trabaja la autoestima del paciente y los pensamientos irracionales del tipo de "nadie me va a querer si no sigo adelgazando". Para curar estos trastornos es clave disfrutar de lo que la antropóloga norteamericana Margaret Mead (1901-1978) definía como autoestima incondicional. Según esta investigadora, en el mundo occidental es corriente tener hacia los hijos un "amor condicional" y demostrarles

## RUMIA Y PICA

Existen otros problemas psicológicos de alimentación que, si no se tratan, ponen en peligro la salud. Estos son dos de los más curiosos:

- **Trastorno de rumiación.** Consiste en regurgitar y luego volver a deglutir el alimento parcialmente digerido. Afecta a un diez por ciento de personas con discapacidad intelectual. También se presenta a veces en relación con la bulimia.
- **Pica.** Los afectados ingieren repetidamente sustancias no nutritivas y que no son aceptadas culturalmente. Por lo común, comen cosas como yeso, pintura, hilo y cabellos.



Comerse el pelo, un síntoma del pica.

“ UNO DE LOS RETOS DEL TERAPEUTA ES COMBATIR EL CONTROL DE PESO. ”

## EL EXTREMO CONTRARIO: LA VIGOREXIA

La vigorexia no es aún un trastorno psicológico definido en ningún manual, pero puede convertirse en uno de los problemas mentales del futuro. Como los anoréxicos, los vigorexicos tienen una imagen distorsionada de sí mismos. De hecho, Harrison G. Pope, el psiquiatra que acuñó el término, lo definió como "anorexia inversa".

Los que la sufren se

ven faltos de tonicidad y musculatura, lo que les lleva a hacer ejercicio físico de manera obsesiva. Sus expectativas irreales acaban en muchos casos deformando su cuerpo, ya que adquieren una masa muscular poco acorde con su talla y complexión. Como asocian belleza con fuerza, complementan sus muchas horas de gimnasio con una dieta rica en proteínas y a veces

con el consumo de anabolizantes o esteroides que faciliten el desarrollo corporal. Además de aislarse socialmente, los vigorexicos corren más riesgo de padecer lesiones hepáticas, cardíacas, disfunción eréctil, infertilidad y cáncer de próstata. A diferencia de la anorexia, que afecta sobre todo a mujeres, la vigorexia es típicamente masculina.

Para aumentar su masa muscular, que asocian con tener un físico atractivo, los vigorexicos pasan horas haciendo ejercicio.



## TEST: ¿ESTOY EN PELIGRO DE SUFRIR UN TRASTORNO ALIMENTARIO

El siguiente cuestionario no tiene validez diagnóstica. Su objetivo es ayudarte a evaluar algunos de los factores que pueden contribuir a desencadenar un trastorno de la alimentación. Responda con sinceridad y no se engañe a sí mismo. De este modo, este test le servirá como primer paso para saber si necesita consultar a un profesional de la salud mental.

### VALORACIÓN

Las diez frases de la izquierda forman parte de la sintomatología de los trastornos alimentarios. Si ha contestado Sí a alguna de ellas, debe preocuparse. Si ha respondido afirmativamente a más de una, le aconsejamos que consulte a un especialista.

1. Mi índice de masa corporal (relación peso/estatura elevada al cuadrado) se acerca a 17,5  
Sí  NO
2. Aunque muchas personas me dicen que estoy normal, cuando me miro al espejo, me veo terriblemente obeso  
Sí  NO
3. Me provoqué el vómito a menudo o hago algún tipo de purga intestinal, como uso de laxantes, con la intención de que la comida no me engorde  
Sí  NO
4. Me han dicho varias personas que mi obsesión con el ejercicio me aísla de los demás  
Sí  NO
5. El miedo a estar gordo o flácido condiciona mi vida  
Sí  NO
6. He perdido la menstruación y los médicos me han dicho que tiene que ver con mis dietas extremas  
Sí  NO
7. Creo que estar gordo es lo peor que le puede ocurrir a una persona  
Sí  NO
8. Tomo habitualmente medicamentos que creo que me van a servir para adelgazar, como laxantes, supresores del apetito, extractos tiroideos y diuréticos  
Sí  NO
9. Mi vida cambiará radicalmente en el momento en que adelgace. Hasta entonces, nada tiene sentido  
Sí  NO
10. No disfruto jamás de la comida. Para mí es sólo una tortura inevitable  
Sí  NO

cariño cuando, en un ambiente competitivo, quedan por encima de los otros. Así se adquiere la llamada autoestima competitiva, que se basa en una continua lucha: o contra los demás o contra nosotros mismos.

Los niños a los que se ofrece amor condicional se convierten en adolescentes que se marcan objetivos y no se sienten contentos hasta que los cumplen. Creen que sólo serán capaces de quererse a sí mismos cuando hayan llegado a la meta.



Para Mead, ese ambiente familiar deja de lado la otra forma posible de adquirir amor propio: la autoestima incondicional. Si los niños reciben ese tipo de amor, se convertirán en adultos que sabrán quererse a sí mismos sin necesidad de retos y gustarse simplemente por lo que son. No necesitarán compararse ni consigo mismos ni con los demás.

### La terapia es difícil y lenta, pero la recompensa es mayor aún

Conseguir el equilibrio entre ambos tipos de amor es decisivo. Demasiada autoestima incondicional nos puede convertir en personas limitadas que jamás tienen aprendizajes vitales. Pero un exceso de autoestima competitiva nos puede llevar a la destrucción por falta de amor hacia uno mismo cuando no se cumplen objetivos. De hecho, los anoréxicos que se han recuperado recuerdan un punto de ruptura en su enfermedad: empezaron a curarse cuando dejaron de depender de las expectativas de los demás y comenzaron a quererse a sí mismos.

La terapia para los trastornos de alimentación es difícil y lenta, pero tiene una parte positiva: supone un cambio radical en la forma de ver el mundo, un antes y un después en su experiencia vital, como recuerdan los pacientes que han salido del pozo. Igual que Katja Eichbaum, la fundadora del restaurante para anoréxicos, dejaron de sufrir continuamente por no ser perfectos y empezaron a disfrutar de la vida ■



Raquel Mulas

Redactora Mía

# Enganchados a la tecnología

Tienen una gran facilidad para manejar el móvil e Internet, lo cual será beneficioso para ellos si aprenden a hacerlo.

A qué edad es conveniente comprarles un teléfono móvil? Los expertos discrepan, pero lo cierto es que más de la mitad de los niños entre 10 y 14 años tienen uno. Por un lado, son los padres quienes se lo regalan porque les da tranquilidad. «Así puede llamarnos cuando lo necesite», «por si le pasa algo» o «para tenerlo controlado», son algunas de las razones que aducen. Por otro lado, psicólogos y educadores dan la voz de alarma: el móvil no es un juguete y usarlo de forma inadecuada puede ser perjudicial para los niños. Algunos colegios ya no permiten llevar el teléfono a clase, pero la prohibición no ha servido de mucho porque lo que hacen los alumnos es ponerlo en silencio o con el vibrador, por lo que se terminan distraendo igual con los SMS (mensajes de texto) y los 'toques' (llamadas perdidas). Por eso es tan importante la intervención de los padres, quienes deben poner ciertos límites. Por ejemplo, obligándoles a que entre semana lo dejen en

casa. Además, deben enseñarles a que se responsabilicen del gasto que supone utilizar el móvil y no permitirles que inviertan la paga entera en recargar el saldo.

### NAVEGANDO POR LA RED

Internet puede ser una herramienta educativa muy útil (para buscar información, aprender de forma más divertida...), pero también entraña riesgos por los contenidos lesivos que los menores pueden encontrar (pornografía infantil, ideologías racistas...). El principal problema que encuentran muchos padres es que no saben manejarlo. Es imprescindible que aprendan, naveguen con sus hijos con espíritu crítico y les conciencien de que no deben dar información personal (nombre, dirección, teléfono y mucho menos fotos) ni concertar citas a ciegas. Además, los expertos aconsejan que el ordenador no esté en su cuarto, sino en una estancia común, como el salón o la salita, para que no naveguen de forma ilimitada ■



HAY QUE ENSEÑARLES A SER CAUTOS. EN LA RED, TRAS UNA IDENTIDAD FALSA SE PUEDE ESCONDER ALGUIEN CON MALAS INTENCIONES



### PRESIÓN SOCIAL

No necesita un móvil, pero casi todos sus compañeros de clase tienen uno. En esta situación es difícil resistirse a comprárselo, aunque habrá que enseñarle que hacer amigos o ser aceptado en un grupo no debe depender de si tiene teléfono o no..



Yolanda Martínez Redondo

Psicóloga y Maestra de Pedagogía y Psicología

## La inteligencia emocional y la autoestima como claves para abordar la convivencia escolar

HABLAMOS DE CONVIVENCIA ESCOLAR Y TODAVÍA NO SABEMOS CÓMO ENFOCARLO EN EL DÍA A DÍA DE NUESTRAS AULAS. LA LEGISLACIÓN SEÑALA COMO UNO DE LOS FINES DEL SISTEMA EDUCATIVO LA EDUCACIÓN PARA LA PREVENCIÓN DE CONFLICTOS Y LA RESOLUCIÓN PACÍFICA DE LOS MISMOS. TRABAJAR LA COMPETENCIA INTERPERSONAL A TRAVÉS DEL DESARROLLO DE LA INTELIGENCIA EMOCIONAL Y DE LA MEJORA DE LA AUTOESTIMA SUPONE IMPLICARNOS EN ALCANZAR ESE FIN.

**Hace** ya algunos años que hablamos de cómo hacer planes de convivencia y poca gente tiene claro cómo hacerlo. Lo que sí sabemos todos es que tenemos que mejorar la convivencia en nuestras aulas y que le corresponde al centro desarrollar en el alumnado las competencias necesarias para vivir y convivir saludablemente (UNESCO 2000, OMS) y fomentar las competencias psicosociales e instrumentales para la inserción social y laboral.

Los cambios sociales crean nuevas necesidades en las personas y la escuela, como espacio educativo integral, tiene entre sus fines los de aprender a ser, a convivir, a hacer, a aprender y a emprender. Es decir, debe desarrollar competencias para una vida plena. Es una educación que promueve la construcción de una nueva cultura, una nueva



**LO QUE SÍ SABEMOS TODOS ES QUE TENEMOS QUE MEJORAR LA CONVIVENCIA EN NUESTRAS AULAS Y QUE LE CORRESPONDE AL CENTRO DESARROLLAR EN EL ALUMNADO LAS COMPETENCIAS NECESARIAS PARA VIVIR Y CONVIVIR SALUDABLEMENTE**

forma de relaciones sociales, donde la violencia no tiene cabida. La Ley orgánica 2/2006 de educación (LOE), del 3 de mayo, en la Exposición de motivos, propone el ejercicio de la tolerancia y de la libertad, dentro de los principios democráticos de la convivencia y la prevención de conflictos y la resolución pacífica de los mismos, señalándolos como uno de los fines del sistema educativo. De ello podríamos deducir que el enfoque de la convivencia en un centro debe tener una visión constructiva, por lo que las actuaciones irán encaminadas a promover el crecimiento integral de la persona, el desarrollo de comportamientos adecuados para convivir mejor, prevenir y crear actitudes positivas hacia los demás, resolver los conflictos a través del diálogo y la prevención de problemas de conducta. No podemos limitar la convivencia a los elementos organizativos, ni a la mera

aplicación de medidas disciplinarias, sino que la convivencia y la participación son parte del aprendizaje para la vida.

Conscientes de que aunque haya una buena gestión global de la convivencia, los problemas aparecerán porque son propios de cualquier sistema de relaciones humanas, parte de la solución pasa por prevenir para contribuir a reducirlos. Pues bien, desde el aula de Pedagogía terapéutica quisimos contribuir a esta tarea preventiva trabajando específicamente la inteligencia emocional y concretamente, la autoestima, pues partimos de la idea de que la primera tiene como aliado imprescindible la segunda.

Para ello debo dejar claro de que partimos de que la inteligencia emocional supone aprender a desenvolverse de forma autónoma, permitiendo generar emociones positivas y propiciando la valoración de uno mismo. En palabras de Daniel Goleman "la inteligencia emocional es una forma de interactuar con el mundo que tiene muy en cuenta los sentimientos, y engloba habilidades tales como el control de los impulsos, la autoconciencia, la motivación, el entusiasmo, la perseverancia, la agilidad mental, etc..." Para entenderlo mejor podemos poner un ejemplo: un niño se acerca a su profesora y le dice "¿verdad que me salió bien el dibujo?". Otro, cuando es invitado a salir responde: "es que lo hago muy mal".

El grado de estimación que un niño tiene sobre sus cualidades, capacidades, conocimientos o sobre su persona de manera global, no es algo con el que se nace sino que se hace. Es el resultado de una serie de factores pasados y presentes, externos e internos sobre los que podemos influir.

La función del maestro va más allá de enseñar contenidos, actitudes y procedimientos. Un maestro, junto con la familia y el entorno es un pilar fundamental en el crecimiento

personal de los alumnos. "El niño/a llega a conclusiones, acerca de quién es él/ella de acuerdo con sus propias comparaciones con los demás y de acuerdo, también, con las reacciones de los demás ante él. Cada una de tales reacciones suman o restan algo del que él/ella siente acerca de su propio valor" Corkille, 1994.

Cuanto menor es la edad, mayor influencia tienen las palabras y actitudes de padres, madres, maestros y personas próximas, ya que los niños/as de corta edad asimilan lo que los demás dicen y manifiestan sobre ellos sin cuestionarse si esas cualidades que se les atribuyen se ajustan a la realidad.

El autoconcepto son las características que nosotros percibimos sobre nosotros mismos, y la autoestima se refiere a cómo nos valoramos. Ambos se forman desde las primeras etapas de la infancia y pueden variar a lo largo del tiempo, pero también pueden dejar posos en edades muy tempranas. A medida que crecemos y podemos ser



**LA FUNCIÓN DEL MAESTRO VA MÁS ALLÁ DE ENSEÑAR CONTENIDOS, ACTITUDES Y PROCEDIMIENTOS. UN MAESTRO, JUNTO CON LA FAMILIA Y EL ENTORNO ES UN PILAR FUNDAMENTAL EN EL CRECIMIENTO PERSONAL DE LOS ALUMNOS.**

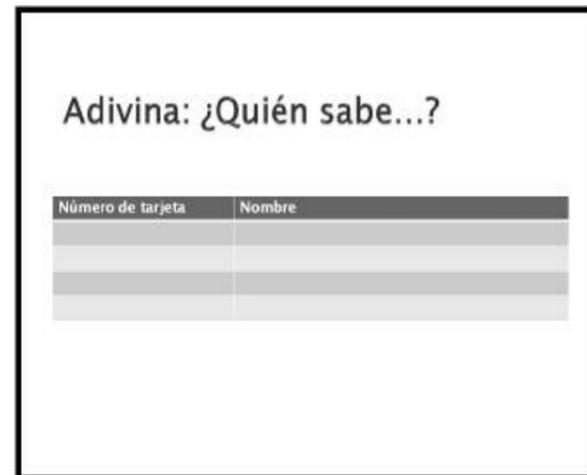
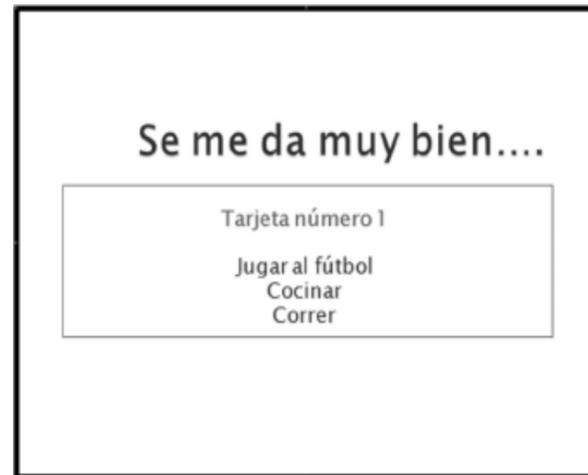
más realistas y sintonizamos más con nosotros mismos desarrollamos una autoestima positiva. Si, por el contrario, nuestra autoestima es frágil o negativa conservamos más inseguridad. "Un niño/a tiene una opinión formada de sí mismo hacia los 5 años de edad. Que dicha opinión si haga rígida en ese momento o después depende de la herencia, las experiencias y las formas en las que el individuo elabora unas y otras". Corkille, 1994.

Desde la etapa de infantil es preciso resaltar la importancia del lenguaje verbal y no verbal, ya que nos ayudará a descubrir la realidad y a desarrollar la personalidad. El lenguaje es un instrumento de selección, inclusión/exclusión, que en la mayoría de los casos de forma inconsciente y sin que conste en la programación, reproducimos y que trasciende al alumno/a de diferentes maneras.

### EL TRABAJO DESDE EL ÁMBITO DE LA PEDAGOGÍA TERAPÉUTICA TUVO LOS SIGUIENTES OBJETIVOS:

**1. Proporcionar confianza en las propias posibilidades y autonomía en el trabajo:** evitamos las comparaciones entre el alumnado y facilitamos la autonomía de tal modo que la organización del espacio y del tiempo estuviesen claros y el alumnado pudiera ser lo más independiente posible. Además, trabajamos dos aspectos en concreto: la toma de decisiones y la asunción de responsabilidades. La toma de decisiones se hizo dejando que el alumnado eligiese, de entre varias, la actividad que quería realizar y la asunción de responsabilidades la fuimos proporcionando con actividades en las que, de antemano, ya suponíamos que el alumno o alumna iba a tener éxito.

**2. Evitar que los chicos y chicas se condicionasen a sí mismos son frases como "no sé", "nunca lo hago bien", etc.** Cada



uno de los alumnos tuvo que hacer una lista de "Cosas que hago o se me dan bien". Para que fuese más sencillo, y sobre todo cuando no se les ocurría nada, les facilitaba un listado en el que se podían apoyar para hacer la suya. Teniendo en nuestras manos estos listados el siguiente paso fue utilizarlos para hacer un juego "Adivinanza a quién se le dé la bien...". Este juego consiste en preparar una ficha de cada alumno en la que figuren algunas de sus habilidades. A cada ficha se le asigna un número y las colgamos por toda la clase. Les explicamos a los alumnos y alumnas que tienen que escribir en una hoja a quién cree que le pertenece cada ficha. Por ejemplo, la ficha 1 pertenece a José, la 2 a María....cuando terminen recogemos las fichas de la pared y una por una vamos preguntando a quién pertenece, escuchamos todas las asignaciones que hicieron y revelamos a quién pertenece en realidad. Por último, contamos cuantos aciertos tuvo cada alumno y terminamos haciéndolos pensar en que, como pudieron comprobar, son muchas las cosas que todos saben hacer bien.

**3. Mejorar la atención, evitando que piensen en los demás y en sí mismos fantaseando con intentar ser amigo/a de...Lo que propusimos fue trabajar la**

atención de forma específica, mediante fichas y audios, así como mediante el uso de softwares educativos y de juegos y, además, modificamos el espacio, la distribución de los pupitres, no para decirle a determinado alumno que trabajase cuando se distraía, sino para tenerlos más cerca y poder animarlo o animarla cuando trabajaba bien, con una sonrisa, una alabanza, etc.



**EL ENTRENAMIENTO AUTONSTRUCCIONAL CONSISTIÓ EN QUE EL ALUMNADO APRENDIÉSE A SEGUIR UNA SERIE DE PASOS PARA AYUDARLO A SECUENCIAR SU PENSAMIENTO Y AUMENTAR LA EFICACIA EN LA SOLUCIÓN DE PROBLEMAS.**

**4. Aprender a afrontar situaciones de frustración:** En este caso utilizamos el entrenamiento autoinstruccional, de tal modo que los niños y niñas aprendieron a hacer las tareas paso a paso, evitando así posibles situaciones de frustración, pero también trabajamos el error como parte natural de lo que supone intentar hacer las cosas. La educación de un niño requiere hacerle ver errores. Bien realizado, no sólo no es malo sino que, le sirve para hacer un "mapa cognitivo" de lo que está bien y de lo que está mal. La decepción que le puede suponer a un niño el hecho de corregirlo no está tanto en el hecho de corregirlo como en la forma de hacerlo. Por eso, es importante: Evitar el lenguaje destructivo. Ej.: "¡Eres un desastre!", Evitar la hipergeneralización. Ej.: "¡Lo haces todo mal!", "¡Siempre eres tú!".

**EL ENTRENAMIENTO AUTONSTRUCCIONAL CONSISTIÓ** en que el alumnado aprendiese a seguir una serie de pasos para ayudarlo a secuenciar su pensamiento y aumentar la eficacia en la solución de problemas. Así, tanto si se trataba de una ficha de lengua como de matemáticas los pasos a seguir fueron los siguientes:

1. Antes de hacer nada digo lo que veo.
2. ¿Qué es lo que tengo que hacer?

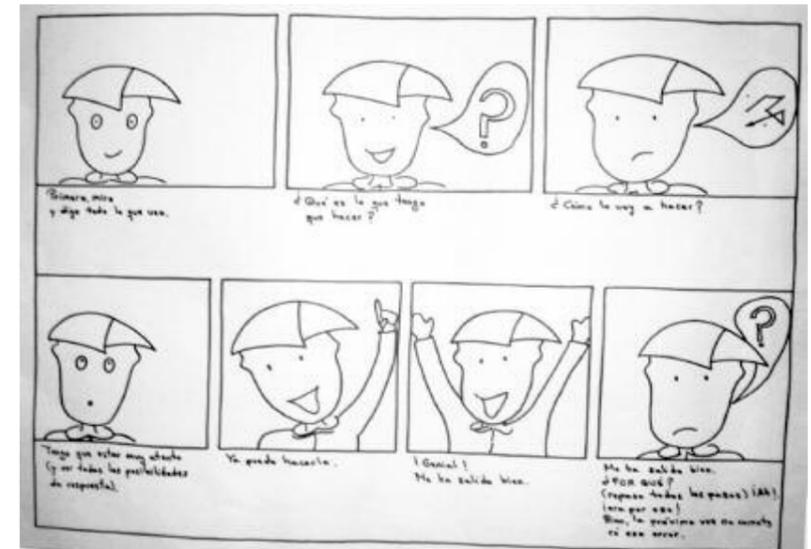
3. ¿Cómo lo voy a hacer?
4. Repaso cómo lo hice. Cómo me ha salido

Con la finalidad de que el alumno automatizase los pasos hicimos dos pósters recordatorio.

Con la puesta en marcha de estas propuestas, encaminadas a alcanzar los objetivos sugeridos, decidimos que teníamos que hacer partícipes al resto del profesorado, de ahí que facilitásemos una serie de **Estrategias generales:**

1. Estar disponibles y permitir que los alumnos nos conozcan. Por ejemplo, compartiendo datos de nuestra vida que puedan conocer.
2. Especificarles el motivo por el cual son castigados o elogiados, y tanto en un caso como en el otro, hacerlo de forma inmediata.
3. No criticar el niño o niña como persona, sino criticar siempre sólo la conducta negativa que realiza.
4. Cuidar la comunicación no verbal (expresividad de la cara, espacio interpersonal...)
5. Facilitar el trabajo en pequeño grupo.
6. Implicar a los padres para que trabajen la autoestima de sus hijos e hijas en la casa facilitándoles **pautas tan sencillas como estas:**

1. Si comentamos de él algo positivo, procurar que lo oiga.
2. Estar muy atento en esas situaciones en las que creemos que no se da cuenta y sin embargo está captando gran parte de lo que decimos.
3. Si somos exigentes tendremos dificultades para felicitar. Si nos fijamos en los avances las ocasiones para mejorar la autoestima serán innumerables.
4. Las palabras de felicitación deben ir acompañadas de gestos, tonos, contacto físico y de cuantos elementos de comunicación no verbal sean acordes a esa felicitación. Un "muy bien" dicho con desgana es difícil que se sienta como una felicitación.



No se trataba de facilitar pautas por el sólo hecho de hacerlo, sino que nuestra intención fue que se reconociese la importancia de las habilidades de comunicación como estrategias favorecedoras de relaciones más saludables y buscar formas de incorporar a los familiares en la regulación de la convivencia escolar.



**HEMOS QUERIDO COLABORAR PARA QUE NUESTRO ALUMNADO SEA COMPETENTE PARA RELACIONARSE, COMUNICARSE Y VIVIR POSITIVAMENTE CON LOS DEMÁS, CONOCIENDO MEJOR A LOS OTROS, TANTO COMO INDIVIDUOS COMO COLECTIVO**

En general, podríamos concluir diciendo que, con nuestra experiencia, hemos querido colaborar para que en la dimensión interpersonal, nuestro alumnado sea competente para relacionarse, comunicarse y vivir positivamente con los demás, conociendo mejor a los otros, tanto como individuos como colectivo, lo que implica aprender su historia, sus tradiciones y creencias, pero antes de poder emprender esta tarea hay que pasar por el propio autoconocimiento, la creación del propio autoconcepto y la propia autoestima ■

#### BIBLIOGRAFÍA

- Arón, A y Milicic, N (1996). Vivir con otros. Madrid. CEPE.  
Corkille (1999).Él nido feliz. Barcelona. Gedida  
Goleman, D (2002). Inteligencia emocional. Kairós.  
Orjales, I (1998). Déficit de atención con hiperactividad: manual para padres y educadores. CEPE  
Zategui, N (2009). En jornadas "Mellorando a convivencia no centro". CFR de A Coruña.  
Zabala, A y Arnau, L (2008). Cómo aprender y enseñar competencias. Barcelona. Graó.

## ¿Conduces? Mira el prospecto



Los envases de los medicamentos incluirán a partir de ahora un símbolo informativo para llamar la atención sobre sus posibles efectos sobre la conducción. Una comisión está revisando unos 10.000 medicamentos del mercado. Ten en cuenta que la reacción del organismo es más fuerte en los primeros días de tratamiento, en especial durante las primeras horas después de su ingesta.

## Acuerdo para que los condones sean más baratos para los adolescentes



Tras la campaña «Yo pongo condón», el Ministerio de Sanidad ha llegado a un acuerdo con los fabricantes y los farmacéuticos para que los preservativos sean más accesibles para los adolescentes.

**Combatir los embarazos no deseados**  
De momento, la empresa Be Love pondrá a la venta cinco condones por un euro; Control intercambiará medio millón de preservativos por algún objeto que lle-

ven los jóvenes e instalará más máquinas expendedoras, y Durex sacará al mercado un formato ahorro de ocho condones a 3,99 euros, además de regalar 250.000 en publicaciones para adolescentes.

Todas estas acciones están encaminadas a fomentar el uso del preservativo para combatir los embarazos no deseados y la transmisión de enfermedades sexuales entre los jóvenes.

## Las mujeres fumadoras tienen más dificultades para quedarse embarazadas

Los estudios sobre el efecto negativo que el tabaco representa para la salud reproductiva de la mujer no dejan de sucederse. Ya sabemos que la nicotina afecta a los ovarios y a la salud del feto, pero, gracias a un estudio realizado por el Instituto Valenciano de Infertilidad (IVI), sabemos que el útero también sufre sus consecuencias.

Según este estudio, el tabaco afecta la parte interior de este órgano, es decir, el endometrio, dificultando la anidación del óvulo fecundado. Las paredes uterinas de la mujer fumadora

son, por lo tanto, mucho más débiles. El índice de embarazo de las mujeres no fumadoras estudiadas por el IVI fue de un 52% frente al 24% de las fumadoras. Todavía se desconoce el porqué de esta circunstancia. El estudio realizado por el IVI también ha llegado a la conclusión de que las mujeres que fuman más de diez cigarrillos al día tienen un 60% de posibilidades más de tener gemelos que las mujeres no fumadoras o con un consumo menor de esta cifra.



## ¿Qué tabaco es peor, el rubio o el negro?

Según un estudio realizado por investigadores de la Universidad CEU Cardenal Herrera, en Valencia, el negro es más perjudicial para la salud que el rubio. La razón es que, en ocasiones, la hoja del tabaco negro está contaminada por hongos. Sus esporas, microscópicas y muy resistentes, pueden viajar en el humo hasta los pulmones del fumador y de las personas que le rodean. La contaminación por hongos no se ha detectado en el rubio.

Además, los investigadores han comprobado que el consumo de tabaco negro incrementa significativamente la frecuencia de aparición de dolencias vasculares y gástricas graves, así como la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) y la enfermedad respiratoria aguda. En cualquier caso, el rubio tampoco es ni mucho menos inocuo, y los científicos insisten en los graves perjuicios de ambos tipos de tabaco sobre la salud.



## El único test contra las drogas



La omisión Europea pretende implantar un test universal en todos los países de la UE para detectar el consumo de drogas en los conductores, un problema creciente del que, según declaró recientemente el comisario de Justicia, Jacques Barrot, aún no estamos concienciados. En la presentación del nuevo programa contra las drogas para el ciclo 2009-2012 se planteó la necesidad de establecer un instrumento homologado similar al alcoholímetro para generalizar esta prueba. El proyecto DRUID, del que forman parte 18 países, entre ellos España, trabaja en ello. En 2010, planteará sus conclusiones y se espera que se alcance un acuerdo para establecer una prueba única en todos los países. En la última campaña de TISPOL (Policía de Tráfico Europea) sobre consumo de alcohol y drogas destacan algunos resultados: en Alemania, 268 conductores dieron positivo en drogas frente a los 591 en alcohol; en Suecia fueron 160 frente a 467 por conducción alcohólica; y en Bélgica, 28 frente a 119. Una proporción a tener en cuenta.

## La importancia de decir «no»



A partir del primer año de vida, el niño ya está capacitado para comprender que hay cosas que no puede hacer. Aprender a tolerar la frustración y no esperar una satisfacción inmediata a sus deseos le ayudará a convertirse en un niño con confianza en sí mismo.

No se trata de negarle todo, sino de hacer que se acostumbre poco a poco a oírte decir «no».

Ten en cuenta que, una vez establecida la prohibición, no puedes echarte

atrás. Lo más probable es que proteste, pero debes mantenerte en tu posición. Si cedes, habrás perdido terreno.

A la hora de decir «no», debes tomar una actitud cariñosa pero firme. Mantén la calma y no des demasiadas explicaciones. El niño debe saber que cuando se dice «no», es que «no».

No atiendas inmediatamente a sus solicitudes. De esta manera, aprenderá a esperar.



Antón Louza  
Redacción

## LOS EFECTOS DEL ALCOHOL

# ¡Si aquello no era yo...!

UN ESTUDIO REVELA QUE LA MITAD DE LOS ESPAÑOLES TUVO RESACA EN LOS ÚLTIMOS TRES MESES. SEPA QUE LE PASO 'ANOCHÉ'.

### CEREBRO

#### NO ME ACUERDO DE NADA

Los altos niveles de alcohol afectan al cerebelo y a los neurotransmisores responsables del equilibrio. En los consumidores crónicos hay una alteración en un área del cerebro llamada hipocampo. Una lesión en esta zona -que provoca graves lagunas mentales- es sinónimo de alcoholismo.

### OJOS

#### ¡VEO DOBLE!

La dioptría o visión doble se debe a la falta de coordinación de los músculos que ayudan a fijar la mirada; y esto ocurre, a su vez, porque los nervios pares craneales, 'jefes' de estos músculos, quedan igualmente afectados.

### OÍDOS

#### ¡VAYA BARCO!

Su consumo también afecta al oído interno, que junto con las alteraciones de la serotonina -que tiene que ver con el equilibrio- produce mareo, se pierde la capacidad de atención y/o comprensión.

### CORAZÓN

#### LAS PIERNAS, COMO BOTAS

El alcohol le resulta muy tóxico; provoca arritmias y su ingesta intensa y crónica le produce cardiomiopatía; esto es, el músculo del corazón se vuelve más grueso y pierde fuerza de bombeo. ¿Resultado? Hinchazón en las extremidades e incluso asfíxia.

### HÍGADO

#### PRIMERO, HEPATITIS Y, LUEGO, CIRROSIS

El licor produce 'hígado graso', una acumulación de grasa anormal en este órgano. De este estadio se pasa a la hepatitis (por alcohol) y, más tarde, a la cirrosis, que provoca un daño en el hígado devenido de las cicatrices y fibrosis acumuladas.

### RIÑONES

#### ¡QUE SED!

El alcohol inhibe la hormona antidiurética que retiene líquidos en el organismo, lo que hace que orinemos más y eliminemos muchos más líquidos de lo normal. Esto causa una pérdida de electrolitos y agentes químicos básicos para el equilibrio corporal.

### OTROS

#### ORGANOS HIPERSENSIBILIDAD

También se producen efectos en el páncreas, intestino, tiroides o en los niveles hormonales (en los hombres disminuyen las hormonas masculinas y aumentan las femeninas).



<http://www.accionfamiliar.org/>

Acción familia es una entidad compuesta de dos entes:  
**ASOCIACIÓN**  
Ofrece Asistencia directa de servicios de apoyo y formación a la familia y educadores desde 1978, escuchando sus necesidades y atendiendo, sobre todo allí donde no llega

la asistencia pública.  
**FUNDACIÓN**  
Es un Centro de investigación y estudios de familia. La Fundación Acción Familiar se constituye en diciembre de 2002, con el objetivo de avanzar en el conocimiento de la familia, desde el estudio y la investigación.

<http://www.cannabis-med.org/>

La Asociación Internacional por el Cannabis como Medicamento (IACM) fue fundada en Marzo de 2000. Es una sociedad científica que aboga por la mejora de la situación legal del uso de la planta de cáñamo (Cannabis sativa L.) y los cannabinoides, sus compuestos farmacológicos activos

más importantes, para aplicaciones terapéuticas a través de la promoción de la investigación y la difusión de la información. La IACM considera un derecho del médico el poder discutir libremente el uso del cannabis como medicamento con sus pacientes



### Manual de Intervención en Juego Patológico (PDF) Servicio Extremeño de Salud (2008)

Este documento pretende facilitar formación a profesionales, especialmente del ámbito de drogodependencias, que van a desarrollar su labor en la atención al Juego Patológico o Ludopatía. Recoge información de diversos manuales y artículos científicos y cuenta con la experiencia clínica de las personas que lo han realizado.

**Edita:** Junta de Extremadura. Consejería de Sanidad y Dependencia Servicio Extremeño de Salud. Secretaría Técnica de Drogodependencias  
**ISBN:** 13: 978-84-96958-13-5

Puedes descargar este documento en PDF en la siguiente dirección:  
[http://www.lasdrogas.net/download/1584\\_ManualJuegoPatologico\\_Extremadura2008.pdf](http://www.lasdrogas.net/download/1584_ManualJuegoPatologico_Extremadura2008.pdf)



### Drogas STOP conducir. Si vas puesto y conduces... (PDF)

La guía ofrece información acerca de las distintas sustancias y sus efectos sobre la conducción e incluye aspectos legales relacionados con el uso y abuso de drogas y los tipos de sanciones establecidos al respecto.

Los objetivos de esta guía son informar de los efectos que el alcohol y el resto de las drogas ejercen sobre las personas que conducen vehículos a motor y concienciar y ayudar a prevenir la siniestralidad mediante una conducción responsable.

**Edita:** Cabildo Insular de La Palma. Área de Asuntos Sociales y Sanidad. 2008  
**Autores:** Antonio M. Rodríguez Cerezo. Rosario A. Hernández Sánchez.

<http://www.gobiernodecanarias.org/sanidad/dgad/documentos/20081212DrogasStop.pdf>





**gendeestudio**

gráfica publicitaria  
imaxe corporativa  
deseño de publicacións  
deseño web

camiño novo, 1 - 2º  
15100 carballo - a coruña  
T 981 758 528  
info@gendestudio.com

[www.gendestudio.com](http://www.gendestudio.com)



**ie**  
**IMPRENTA europa**

Rúa da Igrexa, 20  
Telf.: 981 70 01 42  
Fax: 981 70 40 60  
15100 CARBALLO  
e-mail: [imprentaeuropa@terra.es](mailto:imprentaeuropa@terra.es)

**IMPRESOS COMERCIAIS E PUBLICITARIOS  
REVISTAS A TODA COR  
TROQUEIS, ETC...**