

ADICCIONES y conductas adictivas

La adicción es un patrón de conducta complejo, progresivo, que tiene componentes de tipo biológico, psicológico, sociológico y conductual.

Todos hemos dicho en alguna ocasión que estamos "enganchados" o "somo adictos" a algo, bien sea una sustancia como la bebida de cola, el café, los cigarrillos o bien a alguna actividad como leer, ir al cine, jugar con nuestro hijo... Con ello

queremos decir que se trata de algo que nos gusta mucho, nos resulta placentero y que en cuanto tenemos ocasión lo utilizamos o practicamos. Pero esto no significa que tengamos una adicción. De la misma forma, no es el tipo de sustancia o conducta lo que marca la adicción, sino el uso que hacemos de ella, es decir, no podemos etiquetar a alguien de alcohólico porque beba cerveza en las comidas, ni podemos decir que alguien es adicto a las compras porque se compre ropa con frecuencia.

Cuando una persona ha desarrollado una adicción percibe que ha perdido el control sobre su conducta y la realiza de forma compulsiva. Esta práctica masiva le produce un deterioro progresivo en su calidad de vida, pues le impide llevar adelante sus obligaciones y sus actividades diarias, lo que le ocasiona problemas familiares y laborales. A pesar de todo ello la niega y se autoengaña, lo que impide el tratamiento de la misma y favorece su cronificación.

Puede desarrollarse adicción tanto a sustancias, como el alcohol, la nicotina, distintos tipos de drogas (cocaína, heroína, cannabis...), como a actividades, como los juegos de azar, comidas, sexo, trabajo, compras, nuevas tecnologías como teléfono móvil, internet, etc. En un primer momento el uso o consumo de estas sustancias o actividades es placentero, pero poco a poco la persona se siente abocada a repetir las cada vez con más frecuencia hasta que terminan gobernando su vida.

Pero no todo el mundo desarrolla adicciones, a pesar de que la mayoría tenemos contacto más o menos frecuente con las sustancias y conductas que pueden llegar a provocar dependencia.

Existen factores de riesgo que predisponen a una persona a desarrollar conductas adictivas, como son la incapacidad para tolerar la frustración y para resolver conflictos, un deficiente autocontrol, dificultad para soportar la demora en las gratificaciones, la necesidad de buscar sensaciones intensas, la ausencia de proyecto de vida, un sistema de valores caracterizado por la falta de responsabilidad en las decisiones, problemas de ansiedad o depresión, marginación y paro, etc.

Todos estos elementos colocan a la persona en una situación de vulnerabilidad psicológica que la llevan a buscar el placer y bienestar de forma rápida y sin esfuerzos en los momentos en que se encuentra ante situaciones estresantes. El consumo de la sustancia o actividad cumple esta función, en un primer momento provoca el escape de la tensión y el placer inmediato y en las fases más avanzadas permite evitar el síndrome de abstinencia. Este patrón de conducta es el que termina provocando la dependencia y la dificultad para asumir el problema.

INGREDIENTES DE LA ADICCIÓN

- UN FUERTE DESEO O UN SENTIMIENTO IRREFRENABLE PARA LLEVAR A CABO LA CONDUCTA PARTICULAR
- CAPACIDAD DETERIORADA PARA CONTROLAR LA CONDUCTA
- MALESTAR Y ANGUSTIA EMOCIONAL CUANDO LA CONDUCTA ES IMPEDIDA O DEJADA DE HACER
- PERSISTIR EN LA CONDUCTA A PESAR DE LA CLARA EVIDENCIA DE QUE ES QUIEN PRODUCE EL PROBLEMA

[Fuentes: *Entrenosotros*, nº 38 (2009) y Dr. Gossop (1989)]



Cómo convivir con un ser querido problemático

(Clara Bassi para *Consumer*, julio 2009)

Convivir con un ser querido problemático puede convertirse en una auténtica tortura para muchas personas que sucumben a sus engaños, enredos, manipulaciones y problemas. Por fortuna, esta insana relación se puede sobrellevar mejor si se cambia de actitud y se siguen determinadas pautas de conducta. Aprender a cuidarse y a relacionarse con esta persona problemática, capaz de sacar a cualquiera de sus casillas, es posible si se establecen ciertos límites.



Se dice que todas las familias tienen una "oveja negra" entre sus miembros. Puede ser un adolescente rebelde en exceso, un toxicómano, un bebedor, una persona inestable que miente, que abusa de los demás, negativa, crítica, descuidada, con conductas peligrosas o que infringe la ley, un familiar que siempre pide dinero prestado y lo malgasta, una persona manipuladora, un pariente respondón y con mal genio... en definitiva, un ser querido problemático. Así denominan a estos familiares o amigos la psicóloga Kate Thompson y el psicoterapeuta Bill Klatte en su libro "¿Qué difícil es quererte". ¿Cómo tratarlos? Este texto, que se debe leer con lápiz y papel, es una herramienta práctica que ayuda a reflexionar sobre la relación que se mantiene con ese familiar difícil y a adoptar el cambio de actitud y las pautas de comportamiento necesarias para ello.

El objetivo principal es conseguir que los familiares o amigos que son víctimas de este hermano o hijo problemático aprendan a renunciar con amor a sus exigencias. Esta expresión, "renunciar con amor", no significa que haya que apartarlo de manera definitiva de nuestra existencia o que se le deje de querer, sino en establecer unos límites claros en la relación para poder cuidar de uno mismo. Tiene, además, un doble significado, según Thompson y Klatte: "se puede aceptar a las personas difíciles sin aceptar su conducta dañina; y cuidar de uno mismo es un acto amoroso que también beneficia a los demás".

Pero, ¿quiénes son los seres queridos problemáticos de cuyas acciones debemos protegernos? Cualquier persona puede ser difícil de querer en algunas situaciones. Sin embargo, sea cual sea su perfil, lo importante es saber que todos los seres queridos problemáticos comparten una serie de características que permiten considerarlos como tales. Según Kate Thompson, "son adultos que suelen repetir las mismas acciones y que se hieren a sí mismos o a otras personas. Incluso si no tienen intención de causar daño, lo causan, y hacen que la vida de las personas que les rodean sea muy estresante. Podemos decir que son turbulentos, molestos e inquietantes".

Estas personas se enojan y gritan con frecuencia, parecen muy indefensas y necesitadas, manipulan a otras personas y situaciones y culpan a los demás de sus problemas. Sus acciones son más graves que las discusiones o problemas que se puedan tener de forma ocasional con otras personas. El principal problema que tienen los allegados de estos individuos es que tropiezan muchas veces en la misma piedra y que, una vez tras otra, repiten los mismos errores.

Pero no se puede cambiar a un ser querido problemático a menos que éste desee hacerlo. Por eso, quien debe cambiar es uno mismo, es decir, los familiares o amigos "víctimas" de esta persona tan querida, con el fin de retomar el control de sus vidas. Thompson y Klatte subrayan que hay que dejar de fingir que no pasa nada con esa persona, reconocer que se tiene un problema con uno mismo y operar el cambio.

Un ejercicio fundamental antes de realizar cualquier cambio es percatarse del tipo de relación que se mantiene con la persona problemática. Hay personas que se vuelcan en la vida de su ser querido problemático o, más bien, quedan atrapados en ella porque piensan que éste no se sabe cuidar por sí mismo. Sin embargo, la palabra "cuidar" significa diferentes cosas para diferentes personas. "Para nosotros, esta palabra tiene sentido en algunas situaciones", pero no es una buena acción cuidar de un adulto que es capaz de hacer lo que nosotros hacemos por ellos", aclara la experta.



Qué difícil es quererte Conservar la calma con gente difícil

Bill Klatte & Kate Thompson



Las personas que cuidan de adultos están "atrapadas o enredadas". Un ejemplo es el de un familiar que le paga el alquiler a otro; un hermano, por ejemplo, que se gasta todo nuestro dinero. "Al hacer este tipo de cosas para adultos capaces, limitamos nuestras propias vidas. Esto alimenta resentimientos y hace más fácil para nuestros seres queridos no asumir la responsabilidad de sus propias decisiones". En el polo opuesto a las personas enredadas en la vida de su ser querido problemático están las "desconectadas" que deciden no saber nada más de su familiar o amigo difícil y perder todo contacto con ellos. La actitud más sana, en un punto intermedio, es la de estar conectados, la de mantener el contacto asumiendo que es una persona adulta, responsable de su propia vida y estableciendo ciertos límites en la relación con ella.

Para establecer una nueva relación, lo primero que hay que tener en cuenta es que lo que no funciona es ceder a sus peticiones y deseos, puesto que siempre acaban haciendo lo que quieren y aprovechando la situación, lo que acaba generando malestar psicológico y un gran desgaste de parientes y amistades. Thompson afirma que es posible expresarles amor o amistad, pero marcando de forma clara unos límites sobre lo que sus allegados podrán o no podrán hacer por ellos de ahora en adelante.

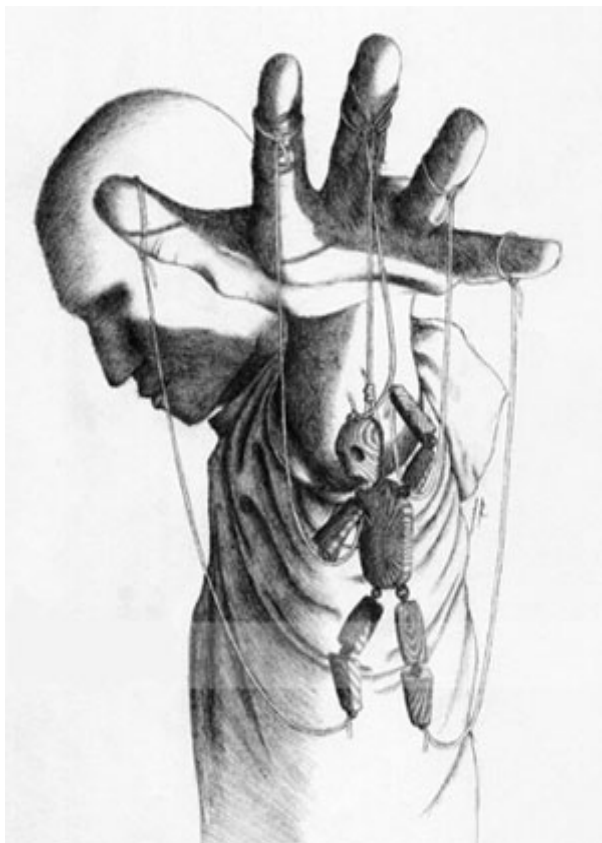
Una persona manipuladora se siente segura, no se hace responsable de sus decisiones, atribuye a los demás la culpa de sus problemas y puede hacer que se sientan estúpidos y responsables. Nada más lejos de la realidad. Ante ello, sus víctimas deben saber que no tienen que hacer lo que esta persona quiera, no es su trabajo arreglarle las situaciones de su vida, sino decidir qué cantidad de tiempo o energía se le da y hasta dónde se hace por ella, es decir, marcarle unos límites.

En otro caso, ante una persona deshonesta que se esconde de los hechos y con poca o ninguna credibilidad, hay que desconfiar de ella y decírselo para que empiece a tomar sus propias decisiones.

Al principio, establecer este tipo de límites puede resultar incómodo, pero a medida que se practica se gana paz y equilibrio interior. Hay que aprender a decir "no". Es lo que se conoce como "rescate". "El rescate de una persona una y otra vez sólo le permite cometer los mismos errores. Así no madurará. Es mejor para los dos dejar que el ser querido problemático experimente las consecuencias de sus propias acciones", advierte Thompson. El objetivo es aprender a disfrutar de la vida, incluso si el ser querido con problemas no quiere o no sabe disfrutar de la suya.

Además de fijar límites, hay que aprender a negociar y comunicarse bien con esta persona e, incluso, establecer en un contrato de cómo será la nueva relación. La negociación es más efectiva cuando se abordan temas concretos y específicos. Una vez se toma una decisión sobre uno y se lleva a la práctica, se pueden ir abordando otros.

En cuanto a la comunicación, uno de los trucos es sustituir los "mensajes-tú", aquellos que recriminan al ser querido problemático todo lo que hace mal o deja de hacer bien, por "mensajes-yo", a través de los cuales el familiar o amigo afectado expresa cómo se siente y cómo piensa actuar de ahora en adelante. Es una forma de comunicación menos agresiva.



El familiar o amigo de un ser querido problemático debe pedir ayuda siempre que sea consciente de los siguientes síntomas: cuando los hábitos de comer o dormir cambian para peor, se sienten frustrados, enojados, asustados, tristes o avergonzados, cuando otras personas le advierten de que tiene un problema y el afectado reconoce que podría ser cierto, si las acciones dañinas del ser querido problemático empeoran o cada vez son más frecuentes, o cuando se deja de tomar parte de actividades de disfrute por esta persona.

Si se identifica alguno de estos síntomas, se puede recurrir a otro familiar o amigo cercano e, incluso, a un profesional. Éste puede ser cualquiera de los que trabajan las relaciones y el crecimiento personal: un psicoterapeuta, un trabajador social, un consejero o "coach", o un psiquiatra, entre otros. Es fundamental que el profesional sea de confianza. Este profesional debe ayudar a la persona afectada a concienciarse de lo que está sucediendo en su difícil relación con el otro, a aprender a dejar de centrarse en el ser querido problemático y hacerlo en sí mismo. Cuidarse a uno mismo no es un acto egoísta, sino sano para la salud propia y la de los demás.

Iniciativas

Se cambian pipas por paquetes de tabaco



Pipas a cambio de los paquetes de tabaco de los fumadores madrileños. Así celebró la empresa Grefusa el Día Mundial sin Tabaco y contribuir de forma simbólica a concienciar a la población sobre la importancia de abandonar el hábito tabáquico. Para ello, 2.500 bolsas de pipas El Piponazo fueron puestas por Grefusa a disposición de todos los ciudadanos que paseaban por Madrid el 31 de mayo. Según el consejero delegado de Grefusa, Agustín Gregori, "consumir pipas El Piponazo resulta entretenido, desestresante, y además permite beneficiarse de sus nutrientes saludables, a diferencia de los cigarrillos".

La iniciativa contó con la colaboración de la Asociación Norteamericana del Girasol,

una organización sin ánimo de lucro dedicada a la comunicación y promoción de las pipas de girasol originarias de Estados Unidos.

(MarketingNews, 02/06/09)

El cigarrillo que no perjudica la salud

Parece un cigarro, sabe como un cigarro, se fuma como un cigarro... pero ¡no es un cigarro! No contiene tabaco, no tiene llama, y el humo que suelta es simplemente vapor que desaparece en segundos. El cigarro electrónico Gamucci proporciona a los fumadores una experiencia casi real, la diferencia es que no produce malos olores, ni contiene ingredientes cancerígenos perjudiciales para la salud; una alternativa saludable al tabaco y un apoyo para dejar de fumar sin ansiedad.

"Gamucci Micro" es un cigarro electrónico recargable fabricado con una tecnología micro electrónica. Cada cigarro está formado por una cámara pulverizadora y



una batería de litio recargable, y la parte más corta -lo que sería el filtro- que es desenrollable y es donde se coloca el cartucho.

Los cartuchos de nicotina tienen sabor a tabaco, pero no tienen agentes cancerígenos. Contienen agua, propylene glycol, nicotina y esencias que emulan el sabor del tabaco. Cuando el usuario inhala, el líquido se pulveriza y se convierte en vapor que desaparece en segundos.

(www.gamucci.es)

Una cerveza sin alcohol promueve la prudencia al volante

Este verano, la cerveza Buckler 0,0 ha lanzado una campaña de televisión y radio que pretendía concienciar de la importancia de cumplir con las normas de seguridad al conducir en carretera, anteponiendo la vida por encima de todo. Además de los anuncios publicitarios, la campaña se ha apoyado en una iniciativa on line desde la web www.buckler.es en la que los usuarios podían recomendar a sus seres queridos una conducción sin riesgos a través del envío de miles de sms gratuitos. Estos consejos de conducción ascendieron a 30.000 sms, y quien enviaba diez o más participaba en un sorteo de dos tarjetas de gasolina solred por valor de 200 euros cada una.

(MarketingNews, 24/07/09)

tu salud a examen

¿adicto a tu teléfono móvil?



El teléfono móvil tiene muchas ventajas, pero hay usuarios que han llegado a pensar si no estarán convirtiéndose en móvil-dependientes al no poder estar ni un minuto sin su teléfono, sufriendo ansiedad cuando lo olvidan en casa, su tarjeta de prepago se queda a cero, se quedan sin cobertura o sin batería. Si contestas Sí a estas 7 preguntas, deberías empezar a preocuparte porque tu dependencia al móvil es real, y buscar ayuda profesional:

- ¿ME GASTO AL MES MÁS DE 30 EUROS EN LA FACTURA O RECARGAS DEL MÓVIL?
- ¿CUANDO HABLO POR EL MÓVIL ME COMPORTO DIFERENTE A CUANDO ESTOY CARA A CARA, POR EJEMPLO, YA NO ME SIENTO TAN TÍMIDO?
- ¿EL MÓVIL SIEMPRE VA CONMIGO? (EN LA COMIDA, EN EL CINE, EN EL INSTITUTO, ETC.)
- ¿ESTOY TODO EL TIEMPO PENDIENTE DEL MÓVIL, AUNQUE ESTÉ CON LA FAMILIA O AMIGOS?
- ¿A VECES ME DESPIERTO POR LA NOCHE Y, ADEMÁS DE IR AL BAÑO, MIRO EL MÓVIL PARA VER SI HA ENTRADO ALGÚN MENSAJE O TENGO ALGUNA LLAMADA PERDIDA?
- ¿ESTOY HASTA LA MADRUGADA HABLANDO POR EL MÓVIL Y DUERMO MENOS HORAS?
- ¿ME SIENTO NERVIOSO O ANGUSTIADO CUANDO NO TENGO EL MÓVIL CERCA O SE HA APAGADO PORQUE YA NO TENGO BATERÍA?

(Fuente: www.psicologiyautoayuda.com, 2009)

El **tabaquismo** causará en **2010** la **muerte** de **seis millones** de personas en el mundo

Causa uno de cada 10 fallecimientos y gastos globales por 350.000 millones de euros al año

SEGÚN UN INFORME, LOS FUMADORES VEN MERMADA EN 15 AÑOS SU ESPERANZA DE VIDA Y MULTIPLICAN POR 23 EL RIESGO DE CÁNCER

(*Diario de Noticias de Álava*, 27 de agosto de 2009)

El consumo de tabaco causará la muerte de 6 millones de personas el próximo año debido al cáncer, la enfermedad cardíaca, el enfisema y otras dolencias, según un informe de la Sociedad Estadounidense del Cáncer. El nuevo *Atlas del Tabaco* de la sociedad estima que el tabaquismo cuesta a la economía global 500.000 millones de dólares (350.000 millones de euros) al año en gastos médicos indirectos, pérdida de productividad y daño ambiental. "Los costos económicos totales del tabaco reducen hasta un 3,6% la riqueza en términos de producto interno bruto (PIB)", dice el informe.

"El tabaco representa una de cada 10 muertes en el mundo y podría terminar con 5,5 millones de vidas sólo este año", añadió el escrito. Si la tendencia actual se mantiene, en 2020 la cifra crecerá a alrededor de 7 millones y llegará a 8 millones en el 2030.

En las últimas cuatro décadas, las tasas de tabaquismo disminuyeron en países ricos como Estados Unidos, Gran Bretaña y Japón, mientras aumentaron en gran parte del mundo en desarrollo, según organizaciones sin fines de lucro, dedicadas a la investigación y promoción.

Según este informe, mil millones de hombres fuman, el 35% de los residentes en países ricos y el 50% de los que habitan en naciones en desarrollo. Por contra, *sólo* fuman diariamente 250 millones de mujeres y, al revés que los hombres, lo hacen más las residentes en el mundo desarrollado (el 22%) que en los estados pobres (9%). No obstante, las tasas de tabaquismo entre mujeres están estables o aumentaron en muchos países del sur, centro y este de Europa.

El trabajo revela que el riesgo de morir por cáncer de pulmón es más de 23 veces mayor en los hombres y 13 veces superior en las mujeres fumadoras, comparado con las personas que no fuman. Además, el tabaco causa la muerte de entre un tercio y la mitad de quienes fuman. De hecho, los fumadores mueren en promedio 15 años antes que las personas que no tienen ese hábito.

Aproximadamente la cuarta parte de los jóvenes que fuman probaron su primer cigarrillo antes de los 10 años y, según esta investigación, este hábito terminará provocando la muerte de 250 millones de los adolescentes y niños actuales. Al mismo tiempo, el tabaquismo pasivo en el lugar de trabajo causa la muerte de 200.000 empleados cada año.

"En el siglo XX, 100 millones de personas fueron asesinadas por el tabaco. A menos que se implementen medidas efectivas para prevenir que los jóvenes fumen y para ayudar a los actuales fumadores a abandonar (el hábito), el tabaco producirá la muerte de 1.000 millones de personas en el siglo XXI", sentencia el informe. La investigación destaca el caso de China, que lidera la producción mundial, de la que consume más del 37%. Seis de cada diez hombres chinos fuma y se calcula que 50 millones de niños de aquel país, en su mayoría varones, morirá prematuramente por enfermedades relacionadas con el tabaco.





La edad de inicio de consumo de alcohol baja de 14 a 13 años

(Jaime Prats para *El País*, 10 de julio de 2009)

Las primeras copas que se toman los adolescentes de la Comunidad Valenciana que entran en contacto con el alcohol suelen llegar a los 13 años de edad y el primer porro, a los 14. El consejero de Sanidad, Manuel Cervera, ha adelantado algunos datos de la Encuesta Escolar sobre Drogas 2008-2009, elaborada por la Consejería de Sanidad y que arroja tanto elementos positivos como negativos.

Por un lado, muestra una disminución en el consumo experimental de las principales sustancias –alcohol, tabaco, cannabis y cocaína- entre la población de 12 a 19 años respecto a los datos de la anterior consulta de hace dos años. Sin embargo, las edades de inicio en el consumo “siguen siendo muy preocupantes”. En el caso del alcohol baja hasta los 13 años de media, uno menos que en 2006.

El informe refleja que el 78% de los escolares ha probado alguna vez en la vida el alcohol y uno de cada cinco (el 22%) lo consume el fin de semana. En el caso del cannabis, el 27% lo ha probado, y la edad de inicio está en los 14 años. Respecto a la cocaína, un 4,5% la ha tomado y la edad media de este primer contacto roza los 16 años (15,9). Todos estos hábitos están muy volcados hacia el fin de semana, especialmente en lo que se refiere a la bebida.

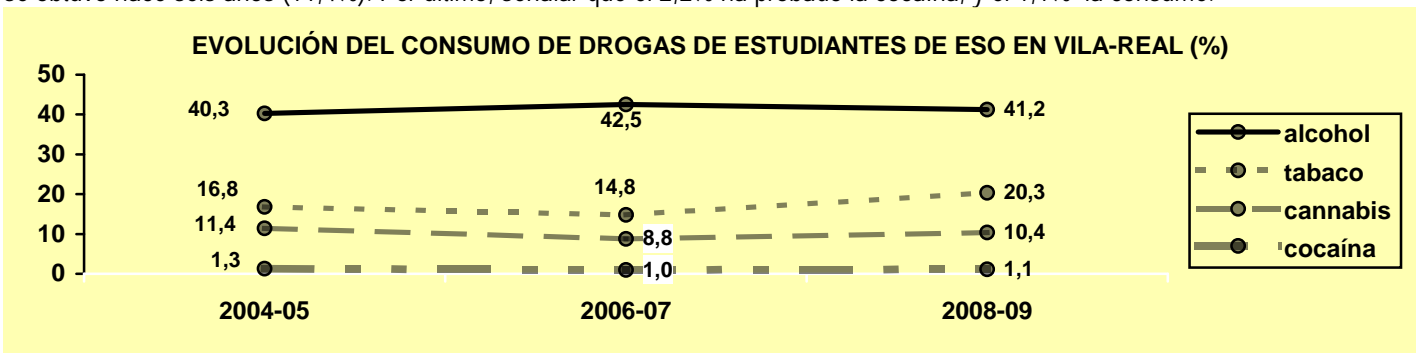
El 41,2% de los estudiantes de ESO en Vila-real asegura tomar bebidas alcohólicas

En nuestra ciudad también existen datos de consumo de drogas entre estudiantes. La Unidad de Prevención Comunitaria (UPC) de la Concejalía de Bienestar Social viene administrando desde 2004 cada dos años una encuesta a todos los alumnos que estudian Enseñanza Secundaria Obligatoria (ESO) en los distintos colegios e institutos de Vila-real.

La última consulta data de diciembre de 2008 y la UPC ya ha obtenido resultados de la misma. Se ha encuestado a 1.952 estudiantes de edades comprendidas entre los 12 y 16 años que estudian en la ciudad. El 61,1% de ellos ha probado alguna vez el alcohol y el 41,2% asegura tomar bebidas alcohólicas de forma ocasional. De estos últimos, el 19,3% confiesa que suele emborracharse cuando bebe. Estos datos son parecidos a los obtenidos hace dos y cuatro años: en 2004, el 40,3% declaraba que bebía alcohol, y en 2006 el porcentaje fue del 42,5%. Eso sí, en la última consulta se observa que a medida que pasan los años son más los adolescentes que acostumbran a emborracharse al beber (en 2004 eran el 14,3% de los bebedores; en 2006, el 16,4%, y actualmente el 19,3%).

Respecto al consumo de tabaco, el 44,1% ha fumado alguna vez en su vida, y es fumador el 20,3% de los menores, con una media de 9 cigarrillos al día. Las chicas superan a los chicos en el hábito tabáquico (en Vila-real fuman el 25,1% de las chicas de 12 a 16 años, y el 15,5% de los chicos de la misma edad). Parece que la ley antitabaco del Gobierno no ha hecho efecto en nuestra ciudad a estas edades, ya que en comparación con la consulta de 2004, el número de fumadores ha aumentado en más de 3 puntos porcentuales.

En cuanto al cannabis, si la Encuesta de la Consejería de Sanidad para la Comunidad Valenciana de 2008 habla de un 27% de adolescentes que han probado alguna vez los porros, la de la UPC para Vila-real de ese mismo año arroja la cifra del 24,3%. Respecto a los que se declaran consumidores, en nuestro municipio la cifra es del 10,4% de los que estudian la ESO, un resultado similar al que se obtuvo hace seis años (11,4%). Por último, señalar que el 2,2% ha probado la cocaína, y el 1,1% la consume.



“Me despertaba, consumía, dormía. Esa era mi vida diaria. Y no era vida”

45 adictos se curan en el único centro de España que sólo trata a cocainómanos

“Me habéis salvado la vida”, dice alguien de repente. Todas las miradas se fijan en un hombre de treinta y tantos años, bien vestido, pendiente en la oreja izquierda, que se sienta en la segunda fila. “Cuando llamé a la Agencia tenía una pistola en la mano. Estaba desesperado. La señorita que me atendió estuvo 15 minutos hablando conmigo. Me dijo que fuera fuerte y me convenció para venir aquí. No sé quién era, pero le doy las gracias. Me salvó”. Silencio. Su confidencia en una sala llena de gente deja pasmados a políticos y periodistas que visitan el Centro de Atención Integral al Cocainómano (CAIC), el único en España especializado sólo en tratar la adicción a la cocaína.

Sus compañeros, en cambio, no parecen sorprendidos. Cada uno tiene una historia detrás. Y ninguna es alegre. Son 20 en esta sala. Sólo hay dos mujeres. La psicóloga, Belén, está en plena sesión de “revisión de incidencias del fin de semana”. Se trata de que cada uno cuente las tentaciones a las que ha tenido que enfrentarse, por pequeñas que sean. Luego, el trabajo consiste en prevenir las recaídas, enseñar a luchar contra lo que los expertos, a falta de una palabra mejor en castellano, llaman *craving*. Ansia, traduce el diccionario. Por este centro han pasado ya 1.400 pacientes desde que se inauguró, en 2001. Con un 80% de éxito, según su coordinador, Diego Urgelés. La estancia media supera los tres meses. Los dos primeros en aislamiento total. Después llega la hora de la verdad. La terapia sigue, pero hay que salir a la calle y mirar cara a cara a la segunda droga más consumida en España, según el Plan Nacional de Drogas

La cocaína es una droga social. En muchos casos, un espejo del éxito. La acompañante del triunfador. Divertida y, según la creencia popular, controlable. Se consume en fiestas, con los amigos, con los compañeros de trabajo... Por eso cuesta tanto dejarla. Por eso, dicen los cocainómanos que han logrado desengancharse, lo mejor es “ni probarla”.

De ahí que los internos pasen dos meses aislados de todo y de todos cuando empiezan el tratamiento. Para ellos, la cuarta planta de la clínica Nuestra Señora de la Paz, con sus espartanas habitaciones individuales, se convierte en su casa. Los 25 internos se reúnen, como cada mañana, en la sala común. Hay terapia. Son gente joven. La mayoría, menores de 40. Con un aspecto de lo más normal. Podrían ser el oficinista de la mesa de al lado, el dependiente de la tienda. Nada que ver con la imagen tópica de los drogadictos. A diferencia de los consumidores de heroína, la cocaína no deteriora. Apenas deja huellas externas.

Se levantan a las ocho de la mañana. Tras el aseo y el desayuno les esperan tres horas de terapia. En grupo o individual. También hacen terapia ocupacional. Actividades manuales (mimbre, papel maché, pintura) para trabajar su motivación. “Al cocainómano no le apetece hacer nada que no sea consumir cocaína. Por eso es tan importante reactivar su motivación con tareas que ofrecen una recompensa inmediata”, explica Urgelés. Se come a la una y

media. Un rato de descanso y vuelta a la terapia. Hasta siete sesiones al día, con las salas siempre ocupadas.



Los pacientes aprenden a controlar el estrés, a mejorar su autoestima y su autocontrol, a prevenir las recaídas... También ven películas y las comentan. Se bañan en la piscina de la clínica. Al principio se les medica para superar la desintoxicación y la abstinencia. No duermen bien. Un 65%, además, son alcohólicos.

“En los últimos años no había estado más de cinco días sin consumir”, explica el hombre que se ha atrevido a contar en qué estado llegó al centro. Pongamos que se llama Antonio. Cuenta que ganaba mucho dinero. Que se lo pulió en poco tiempo. Se separó, su mujer se quedó con la custodia de su hijo, perdió la segunda casa que tenía. Se metió a traficante para pagarse el consumo. “Me despertaba, consumía, dormía. Esa era mi vida diaria. Y no era vida”. Llegó a *meterse*, dice, 10 o 12 gramos de cocaína al día. Y otros tantos *orfidales* para poder dormir.

El CAIC, centro privado financiado por la Comunidad de Madrid, es especial. Sólo llegan a él los pacientes “graves”, explica Urgelés. Los que han seguido tratamiento ambulatorio y no han conseguido desengancharse o los que, por su entorno o porque padecen una enfermedad mental asociada, lo tienen muy difícil. El perfil del usuario es un hombre, soltero, de 33 años, que vive con sus padres y con estudios básicos. “Lo que vemos es un perfil de persona normal. En realidad, ya no hay perfil, como pasaba con la heroína. La cocaína es ubicua. Un gramo cuesta 50 euros; es casi más barato que salir de copas. Al estar por todas partes, cualquiera puede ser un adicto”.

El 80% de los pacientes acaba el tratamiento, pero eso no quiere decir que su recuperación acabe ahí. “Un 30% son tan graves que tienen que continuar de otra manera, en un piso para gente con patología dual, una residencia especial para mujeres embarazadas...”. La tasa de reingreso -pacientes que vuelven al centro-, es del 10%. Un buen porcentaje, opina Urgelés. “Se debe a que sólo tratamos a cocainómanos. La mayoría de centros se diseñaron para la gran epidemia de heroína de los ochenta. Pero a un cocainómano no le puedes decir que se vaya seis meses a una granja en el campo. Porque tiene familia, hijos, trabajo”.

(Elena G. Sevillano para *El País*, 26 de agosto de 2009)

Esteroides, anabolizantes y deporte (I)

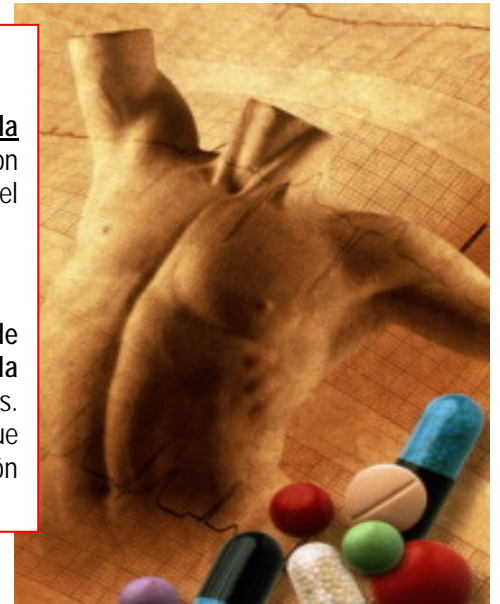
Ayer mismo la AFLD hizo públicos los resultados de los análisis capilares a que ha sometido a 138 deportistas (fútbol, rugby, ciclismo, atletismo): 22 de ellos muestran rastros de anabolizantes, en especial los de los futbolistas de la Liga de Primera y los jugadores del Top 14 de rugby, en especial de DHEA o *andro*, un precursor de la testosterona que puso de moda hace una década Mark McGwire cuando batió el récord de *home runs* por temporada del béisbol norteamericano (*El País*, 2 de octubre 2009)

¿qué son las hormonas masculinas?

Los andrógenos son hormonas sexuales masculinas y corresponden a la testosterona, la androsterona y la androstendiona. Los andrógenos, básicamente la testosterona, son segregados por los testículos, solamente un 10% por la corteza suprarrenal (encima del riñón) de las glándulas suprarrenales (principalmente dihidroepiandrosterona).

¿cuáles son las funciones de las hormonas masculinas?

Desarrollo masculino. Que comienza en el vientre materno. **Formación de espermatozoides.** Comienza en la pubertad y durante toda la edad adulta. **Previenen la acumulación de grasa.** Los hombres suelen tener menos tejido adiposo que las mujeres. **Aumentan la masa muscular.** Los hombres suelen tener más músculo esquelético que las mujeres. **En el cerebro** intervienen en procesos de atracción sexual y la regulación de la agresividad humana.



LOS ANABOLIZANTES SON HORMONAS SINTETIZADAS EN LABORATORIO
no se venden en España sin receta médica.

¿Qué son los esteroides anabólicos?

Los esteroides anabólicos son sustancias sintéticas (producidas en laboratorios) relacionadas con las hormonas sexuales masculinas. Provocan el crecimiento del músculo esquelético (efectos anabólicos), el desarrollo de características sexuales masculinas (efectos androgénicos) y también tienen algunos otros efectos.

¿Qué fines médicos tienen los esteroides anabólicos?

Los esteroides anabólicos fueron desarrollados a finales de la década de 1930 primordialmente para tratar enfermedades como el hipogonadismo, una condición en la que los testículos no producen suficiente testosterona para un crecimiento, desarrollo y funcionamiento sexual normales. También la pubertad tardía, algunos tipos de impotencia y el desgaste corporal causado por la infección del SIDA u otras enfermedades.

Durante dicha década, los científicos descubrieron que los esteroides anabólicos podían facilitar el crecimiento del músculo esquelético en los animales de laboratorio, lo que llevó al uso de estos compuestos primero por los fisicoculturistas y los levantadores de pesas y después por atletas en otros deportes. El abuso de los esteroides se ha difundido a tal extremo en el atletismo que afecta el resultado de las competencias deportivas.

esteroides anabólicos en FARMACIA y en el EL MERCADO PARALELO.

1º Grupo: Testosterona y Derivados: Algunos Ejemplos: Propionato, Suspensión, Sustanon 100, Sustanon 250, Omnadren, Sten, Test 400, Testovirón, Cipionato, Undecanoato, Enantato, Undecilenato de Boldenona (veterinario), Metilttestosterona, Metandrostenolona
En España: Proviron®, Androderm®, Intrinsa®, Ilnogen®, Reandron®, Testex®, Testogel®, Testopatch®, Testoviron®.

2º Grupo: Dihidrotestosterona y Derivados: Algunos Ejemplos: Drostanolona, Oximetolona, Estanozolol, Metenolona, Oxandrolona, Etilestrenol, Testolactona, Dromostenolona
En España: Primobolan®, Winstrol®

3º Grupo: Nandrolona y Derivados: Algunos Ejemplos: Decanoato de Nandrolona, Fenilpropionato de Nandrolona, Noretandrolona, Etilestrenol, Trenbolona, Laurabolin
En España: Deca duraboin® y Duraboin®

Equipo farmacéutico y auxiliar de la Farmacia Santaisabel. Vila-real. Castellón. España. M. Amparo Pérez Benajas. Doctora en farmacia. Mar Vazquez Medem. Licenciada en Farmacia. Jose Juan Honrubia. Licenciado en farmacia. Eva Alvarez Sánchez. Técnico de laboratorio. Estefanía Valle Carcerlen. Técnico en farmacia.