

El sufrimiento de los jóvenes: una pantalla de las paradojas del mundo de los adultos

*M^a Dolores Mansilla Pozuelo
Profesora en la E. U. de Enfermería y Fisioterapia San Juan de Dios,
Universidad Pontificia Comillas.
Revista Misión Joven 322*

1. Cayendo en la cuenta de los mensajes alarmantes

Pretenden ser estas páginas el marco en el que resuenen las quejas de nuestros chicos y chicas. Esa queja a veces sorda y a veces chirriante con la que algo nos quieren decir. Creo que todo este ruido tiene algo que ver con nosotros, con el mundo que les hemos dado, con nuestras actitudes hacia ellos, con las paradojas, como se expone en el título, en las que nos movemos en nuestro clima social.

No busco el relato prolijo y exhaustivo de síntomas y trastornos, por otra parte fácilmente adquiribles, sino que pretendo compartir lo que los jóvenes con los que trato me enseñan acerca de lo que les pasa y las preguntas y sentimientos que provocan en mí. Quisiera poner voz y dar la palabra a lo que ni ellos mismos entienden, a lo que nos dicen con su cuerpo y con sus actitudes. En definitiva a lo que recojo cuando creen que “tienen que ir a la psicóloga”

¿Qué nos querrá decir esa chica con su camisa de manga larga en pleno verano para que no veamos sus brazos esqueléticos? ¿Qué nos querrá decir ese chico que se rompe ante la posibilidad de suspender un examen... de que se está examinando realmente? ¿Qué tendrá que ver con nosotros el consumo de alcohol con bebidas que son pólvora pura con el que se castigan creyendo que se alegran? ¿Qué supone el conectarse durante doce horas al día a un aparato para inventar una identidad y sentir que se hacen amigos?

Y junto a ellos me encuentro a los del otro lado, a nosotros: padres, profesores, tutores; que con ojos atónitos nos preguntamos ¿qué les pasa? Siempre recordaré a la chica con bulimia, que me pide decírselo a sus padres delante de mí, con mi ayuda. No les había contado nada de su problema, todo era, como siempre, el fracaso académico y los problemas con el novio. Se me clavaron los ojos y la expresión aterrorizada de esos padres que la miraban y le decían. “¿Qué es lo que tienes?” y acto seguido pasaban a relatar lo que había comido en las últimas celebraciones familiares.

Todo esto, su confusión y la nuestra, es lo que va cayendo sobre sus hombros, lo que va calando los entresijos de su existencia, lo que va empapando sus recursos mentales y afectivos y lo que termina por expresarse en algo, que con alarma, le ponemos el nombre de enfermedad, de patología, de trastorno, de alteración. Algo que ya hay que poner en manos de los técnicos, que le den un nombre, un pronóstico y un tratamiento.

2. Los escenarios del fracaso

Hablamos de psicopatología, de enfermedades que requieren atención, hablamos de fracaso, de perder ese curso escolar y de situarse en el papel del “no poder”. Como antes he dicho, no podemos detenernos en una descripción exhaustiva y sólo apuntaremos lo más básico y frecuente, dando así voz y palabra a quienes lo sufren.

2.1. Los trastornos de la ansiedad

- **Concepto de ansiedad**

La definimos (Vázquez, C. et al, 1998) como “un sentimiento de temor y de tensión emocional que va acompañado de una importante correlación somática”. La respuesta de ansiedad tiene tres componentes:

Motórico: conductas de escape o evitación, donde la persona trata de no enfrentarse al estímulo y aquí aparecen conductas como incremento de la activación: temblor, tartamudeo, huída o puede darse también el quedarse inmovilizado, sin capacidad de reaccionar. Tempestad de movimientos o rigidez cadavérica.

Cognitivo: qué es lo que piensa la persona. En general son sentimientos catastrofistas de que “algo malo va a pasar”: No sabe lo que es y su atención y concentración sólo se dirige hacia aquello que provoca la ansiedad. Es aquí donde la memoria, la concentración, la capacidad de estudio decae drásticamente.

Fisiológico: aparecen síntomas físicos relacionados con la activación del Sistema Nervioso Autónomo como aumento de la tasa cardíaca, sudoración, ahogo, etc. El cuerpo empieza a aguantar hasta que explota.

- **La ansiedad en estado puro**

Los criterios para el diagnóstico son los siguientes:

- Ansiedad y preocupación excesiva respecto a dos circunstancias de la vida, como por ejemplo, desgracias, problemas personales, familiares, etc, durante un periodo de 6 meses en los que la persona ha estado preocupada más de la mitad de los días.
- Al menos 6 de los 18 síntomas siguientes están presentes cuando la persona está ansiosa:
 - *Tensión motora:* temblores, sacudidas. Tensión muscular, dolores. Inquietud. Fácil fatigabilidad.
 - *Hiperactividad autonómica.* Falta de aliento o sensación de ahogo. Palpitaciones o ritmo cardíaco acelerado. Sudoración: manos frías o húmedas. Sequedad de boca. Vértigo o sensación de que “la cabeza da vueltas”. Náuseas, diarreas o molestias abdominales. Sofocos (“golpes de calor”) o escalofríos. Frecuentes micciones. Dificultad para tragar o sensación de “tener algo en la garganta”.
 - *Vigilancia y alerta.* Sentimiento de hiperexcitación y nerviosismo. Aumento de la respuesta de sobresalto. Dificultad de concentración, sensación de tener la “mente en blanco”. Problemas de sueño.

Creo que es uno de los síndromes más frecuentes, a todos los síntomas descritos les pongo cara y palabra: las manos sudorosas que empapan el papel del examen, los mareos, las náuseas: sobretodo eso que llaman “el nudo” en la garganta que sienten que les impide tragar. Recuerdo el caso de una chica que debido a ese “nudo” era incapaz de alimentarse normalmente y solo lo hacía a través de líquidos. Cuando trataba de ingerir algo sólido lo masticaba hasta lo impensable y tenía que preguntar a su madre si ya lo podía tragar, cosa que no hacía hasta que la madre le miraba la papilla en la boca. La causa estaba en una amenaza de atragantamiento de pequeña y, sobretodo en la tremenda dependencia de la madre y el miedo a un padre alcohólico y violento.

- **“Me pasa lo mismo que al de la película de Mejor Imposible”.**

Es curioso como el cine nos ayuda a descubrir este trastorno y muchas son las personas que al ver los síntomas, se han identificado con Melvin, el protagonista de la película. Las *obsesiones* son ideas, pensamientos o impulsos persistentes e involuntarios que invaden la conciencia de la persona y que esta los ve como absurdos y sin sentido. Hace grandes esfuerzos por ignorarlos y suprimirlos, pero no se consigue.

Recuerdo al chico convencido de que le habían contagiado el SIDA. Con esa permanente angustia vivía, quitando sentido a todo lo que fuera un proyecto a largo plazo: estudiar, seguir con su novia, etc. Desde el punto de vista racional, nada hacía pensar que hubiera estado en una práctica de riesgo, y él, por su formación, lo sabía perfectamente. Había consultado con organismos de información y le habían asegurado que no era posible. Sin embargo, solo podía pensar en eso: había bebido en una fiesta del mismo vaso de un chico que consideraba promiscuo y a la vez se había encontrado con una pequeña herida en el labio, por la que entendía podría haber entrado el virus. Estudiaba una carrera de máxima dificultad y temía defraudar las expectativas de una madre muy exigente y sobreprotectora.

Las *compulsiones* son conductas repetitivas que se emiten sin intención ni propósito alguno y que siguen unas reglas estereotipadas. La persona intenta resistirse, reconoce que no tiene sentido, pero no lo consigue evitar. Lo único que logra con ello es liberar un poco la tensión.

Aquí recuerdo a alguien parecido al protagonista de la película citada: no podía pisar las juntas de las baldosas y tenía que reparar todos los ángulos de los objetos, un libro, un marco, etc.

- **La máxima exageración del miedo**

La *fobia* es un miedo excesivo, irracional, y persistente ante un objeto, actividad o situación que determina un deseo imperioso de evitar esa circunstancia. La persona se da cuenta de ello, de lo absurdo que es y de cómo le está condicionando la vida, a veces a extremos insospechables, pero no lo puede evitar.

Clasificación de las fobias

- *Agorafobia*: es el miedo a encontrarse en lugares o en situaciones de las cuales no se va a poder salir si se necesita ayuda urgentemente. Es el caso de la chica, que encontrándose en un concierto abarrotado de gente le empieza a entrar el pánico de pensar: ¿si ahora tuviera que ir urgentemente al baño, cómo saldría? o ¿Si de repente me pusiera muy enferma, como me sacarían de aquí?
- *Fobia simple*: a objetos, animales o situaciones. Son muy frecuentes las fobias a engordar, a envejecer, a ser feo o deforme, y a la enfermedad.
- *Fobia social*: es el miedo al ridículo, a estar en situaciones donde muchas personas me observan y poder decir o hacer algo totalmente inadecuado, humillante o embarazoso. Es muy frecuente que aparezca relacionada con el miedo a hablar en público, a dar mala imagen, no comportarse bien en entornos sociales, no poder saludar por tener la mano temblorosa y sudada. Mi experiencia en ese aspecto es muy clara, desde el temor a saludarte en una entrevista o caer en crisis por tener que presentar un trabajo en clase.

Las causas son claras: la tremenda valoración de la destreza social, de dar una buena imagen, se habla incluso de “saber venderte bien”. Proliferan los “cursos” que enseñan a los jóvenes estas habilidades, con las que sienten que se “juegan” cosas muy importantes.

- **Trastorno por estrés postraumático**

Es muy común por desgracia, el encontrarnos con chicos y chicas que han sufrido un robo, han participado en una pelea o han sufrido un accidente de tránsito. Este trastorno consiste en las consecuencias psicológicas, tanto inmediatas como a largo plazo de experiencias traumáticas de carácter extremo o catastrófico.

Crterios para el diagnóstico

- La persona ha experimentado un hecho fuera de lo normal, muy traumático.
- Este hecho es reexperimentado a través de recuerdos, sueños angustiosos, actuaciones como si el hecho volviera a ocurrir, intenso malestar ante acontecimientos que simbolizan o recuerdan lo que ocurrió incluyendo las fechas significativas del mismo.
- Evitación persistente de todo lo que tenga que ver con el trauma, embotamiento del nivel general de respuesta en los siguientes aspectos: evitando pensar en ello, evitando situaciones que lo recuerden, no pudiendo recordar los datos del suceso, disminuyendo el interés por otras cosas, con desapego o enajenación con los demás, con dificultades para sentir, teniendo el sentimiento de tener el futuro acortado.
- Síntomas persistentes del aumento del estado de vigilia: dificultad para dormir irritabilidad o ira, dificultad para concentrarse, hipervigilancia, sobresalto, reacciones fisiológicas ante hechos que se parezcan.

Un chico va a la ciudad, desde su pueblo pequeño, para estudiar su carrera. A la segunda semana de haberse mudado se le acercan dos muchachos con una navaja para que les saque todo el dinero del cajero automático. Él les intenta engañar y saca poco dinero, diciéndoles que no tiene más y ellos, con la navaja en el cuello le dicen: "te haremos un corte por cada 100 pesos más que tengas". Desde ese momento su carrera es un suplicio, la ciudad es un suplicio, cree que le siguen por la calle, tiene problemas para dormir, para estudiar y a veces la ansiedad es tan grande que no la puede controlar.

Una chica sufre una violación, alguien a quien conoce muy ligeramente la invita a subir a su coche, la lleva a un descampado y la viola. No se acuerda de nada, no sabe dónde fue, que pasó, sabe como se llamaba ese hombre pero se le ha borrado la cara. Con el tiempo, ya casada, no puede tener hijos ni responde a ningún tratamiento de fertilidad. La relación con su pareja no es mala globalmente, pero tienen problemas en su relación sexual.

Cómo no citar, para terminar este apartado con el persistente ruido que se oye durante meses de la rueda en el frenado, los cristales estallando, los gritos de la gente, en definitiva la experiencia que persigue a los que han tenido un accidente de tránsito.

2.2. Los trastornos depresivos

En sus muchas genialidades, Freud nos expuso de forma muy clara y concisa que era estar deprimido a diferencia de estar apenado. Dijo: "Uno esta apenado cuando cree que el mundo es un desastre, pero estará deprimido si cree que el desastre es él". Para tratar de explicar en parte lo que supone esta enfermedad, y siguiendo el Modelo de Beck (1980), nos encontramos sobre todo con:

- *La tremenda quiebra de la autoestima*, ese "no valgo para nada, soy un desastre, no hago más que dar problemas y disgustos, no voy a sacar nunca nada, mis padres se gastan el dinero y yo no me lo merezco".

- *La creencia de que nadie le quiere ni le respeta*: “¿quién me va a querer siendo como soy?”. Se compara negativamente con sus hermanos, sus amigos. Se siente impotente, se mete en su habitación y no quiere saber nada de nadie.
- *Visión de futuro catastrófica*: la gran pregunta de los jóvenes, lo que martillea en sus oídos a cada momento: “¿qué a va a ser de mi el día de mañana?”.

Las causas son muy complejas y multifactoriales, aquí nos centraremos en lo afectivo y lo interpersonal. Se comprueba como niños educados en ambientes de rechazo, soledad y poca valoración, elaboran una imagen negativa de sí mismos, una baja autoestima que les hace inseguros e indefensos para afrontar las demandas de la vida.

Igualmente, estilos educativos basados en la permisividad total, donde el niño hace prácticamente “lo que quiere”, generan una total falta de resistencia a la frustración que les hace abandonar ante la mínima dificultad. Desde el que a los 6 años no aprende a leer porque se agobia y además no se preocupa por aprender, porque nadie le dice que hay que esforzarse y resistir el aburrimiento de aprender las letras, hasta el que con 18 le pide a su madre que venga a buscarle porque le ha salido mal un examen y no lo puede soportar, hay una amplia constelación de datos que nos indican la indefensión de nuestros niños y jóvenes, acostumbrados a que todo se lo den resuelto.

Pasamos a tratar de exponer algunos síntomas concretos de los síndromes depresivos más frecuentes, sabiendo que hay muchos más y que dentro de cada cuadro trataremos de resumir.

- ***Episodio depresivo mayor***

En un periodo de al menos dos semanas se presentan al menos 5 de los siguientes síntomas, representando un cambio consistente respecto a la conducta previa, siendo los más significativos los dos primeros:

- Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi diariamente.
- Notable disminución del placer o interés en todas o casi todas las actividades habituales, casi cada día.
- Aumento o pérdida de peso significativo (más de un 5% del peso corporal en un mes), o disminución del apetito casi cada día.
- Insomnio o hipersomnio casi diario.
- Agitación o enlentecimiento psicomotor casi diario de modo manifiesto.
- Fatiga o pérdida de energía casi a diario.
- Sentimientos excesivos e inadecuados de inutilidad o culpa casi cada día.
- Disminución de la capacidad para pensar, concentrarse o tomar decisiones.
- Ideas de muerte recurrentes (no el simple miedo a morir), ideas o intentos de suicidio (con o sin plan específico).

Estamos hablando de la depresión en su forma más grave. Requiere una asistencia y un seguimiento muy consistente. A veces incluso se aconseja abandonar toda actividad académica o laboral para reponerse. Lo que más preocupa es el riesgo de suicidio y a veces, por desgracia, este es difícil de predecir y de evitar.

- ***Trastorno mixto ansioso-depresivo***

Estado de ánimo disfórico, persistente o recurrente que dura al menos 1 mes.

El estado de ánimo disfórico se acompaña de un mínimo de 4 de los siguientes síntomas:

- Dificultades para concentrarse o tener la mente en blanco.

- Fatiga o falta de energía.
- Irritabilidad.
- Preocupaciones.
- Llanto fácil.
- Hipervigilancia.
- Anticipación de peligro.
- Desesperanza.
- Baja autoestima o sentimientos de inutilidad.

Estos síntomas provocan un gran malestar en todas las áreas de la vida de la persona.

Ansiedad y depresión son entidades que muy frecuentemente van de la mano, convirtiéndose en una auténtica tortura para el que las padece. A veces aparece como la consecuencia de una fuerte presión al rendimiento, a una exigencia desmedida que pone a nuestros recursos en un lugar mucho más alto del posible.

Hace poco me impresionaba el llanto y la desesperación de una chica, que después del esfuerzo de todo el año: trabajando, estudiando, asumiendo responsabilidades familiares, etc.; ahora siente, distorsionadamente, que todo lo ha hecho mal y que no merece descansar. Pretende buscarse más o más cosas para el verano, cuando no puede concentrarse en nada. Incluso decía que prefería suspensos para poder subir más sus notas. Es claro, que se pone listones más que altos, irreales, que la llevarán a caer seriamente enferma.

- ***Trastorno depresivo de la personalidad***

Es un patrón permanente de comportamientos y funciones cognitivas depresivas que se caracteriza por 5 o más de los siguientes síntomas:

- El estado de ánimo habitual está presidido por sentimientos de abatimiento, tristeza, desánimo, desilusión e infelicidad.
- La concepción que el sujeto tiene de sí mismo se centra principalmente en sentimientos de impotencia, inutilidad y baja autoestima.
- Se critica, se acusa o se autodescalifica.
- Cavila y tiende a preocuparse por todo.
- Critica, juzga y lleva la contraria a otros.
- Se muestra pesimista.
- Tiende a sentirse culpable o arrepentido.

Creo que este es uno de los cuadros más frecuente en los jóvenes y aparece como una falta de adecuación a los estresores y crisis de la vida. Ese sentir que uno se equivoca constantemente, que no puede reparar los errores y todo se convierte en reproche a sí mismo y a los demás me suena a muy escuchado. Está referido a todas las áreas de fricción: los estudios, las relaciones de pareja, la familia, etc.

2.3. Los trastornos del comportamiento alimentario

- ***Tratando de centrarnos en el problema***

El citar cifras de incidencia es difícil por lo prolijo. Casi cada día nos encontramos con datos cada vez más alarmantes. Citaremos algunos: el 10 % de los adolescentes pueden llegar a tener algún problema relacionado con la alimentación; 2/3 de los adolescentes está a dieta, cuando la tasa de sobrepeso se sitúa en el 20 % de esta población. Se están diagnosticando casos cada vez en edades más tempranas (entre los 7 y los 10 años). Se llegan a recuperar totalmente entre el 40 y el 50 %. Un 25 % pasa a la cronicidad. Otro 25 % alterna fases mejores y peores. Llegan a morir

entre el 8 y el 10 % por inanición, suicidio y alteraciones electrolíticas. La anorexia nerviosa es la tercera enfermedad crónica más frecuente en mujeres.

- **Síntomas característicos de la anorexia nerviosa**

Síntomas conductuales

- Restricción voluntaria de alimentos de alto contenido calórico con la intención de bajar de peso.
- Preparación de los alimentos mediante cocción o a la plancha.
- Disminución o ingesta excesiva de agua o líquidos.
- Conducta alimentaria extraña: come de pie, corta los alimentos en trozos muy pequeños, hace ejercicio después de comer.
- Aumento de la actividad física para aumentar el consumo energético, a veces pasa a ser un ejercicio compulsivo.
- Aumento de las horas de estudio y de actividades supuestamente útiles.
- Disminución de las horas de sueño.
- Irritabilidad.
- Uso de laxantes, diuréticos y autoprovocación de vómitos.
- Sintomatología depresiva.

Síntomas cognitivos

- Preocupación obsesiva por el peso.
- Trastorno grave de la imagen corporal.
- Terror a subir de peso.
- Negación total o parcial de la enfermedad.
- Negación de sensaciones de hambre, sed, fatiga o sueño.
- Dificultad de concentración y de aprendizaje.
- Desinterés sexual.
- Desinterés por actividades lúdicas o recreativas.
- Dificultad en reconocer sus emociones.
- Temor a perder el control.
- Sensación de lucha interna entre aspectos de su persona.
- Sintomatología obsesiva.

- **La bulimia nerviosa**

El término bulimia viene del griego y significa “hambre de buey” y consiste en comer mucho, de manera compulsiva, pero sin querer asimilar esos alimentos por miedo a engordar. Consiste en episodios repetidos de ingesta excesiva de alimentos, vorazmente, con sentimiento de pérdida de control, provocación voluntaria de vómitos y preocupación por el esquema corporal. Los atracones se suelen dar siguiendo unas etapas, que son:

- Anticipación y planificación: suelen decir: “voy a la heladera a comer algo”.
- Ansiedad: sensación de temor por lo que se vaya a ingerir y de intenso malestar.
- Rápida y descontrolada ingesta: consumen alimentos fáciles de tragar, apenas sin masticar, sin control, empujándolos dentro de la boca, sin saborear. A veces las mezclas son indescriptibles. Se describen atracones de hasta 8.000 calorías.
- Sensación de alivio y relax: de momento la ansiedad se para.
- Desaliento. Empieza a preguntarse qué ha ocurrido.
- Vergüenza y culpa: les cuesta hablar de ello, lo ven tan absurdo que no se explican cómo han podido hacerlo.
- Malestar físico, fatiga, dolor abdominal.
- Vómitos autoprovocados: Pasa a ser, con el desarrollo de la enfermedad algo ya reflejo que la paciente controla con facilidad. Recuerdo a la chica que me decía: “Cuando decido que no

quiero vomitar, le echo vinagre a la comida, porque se que la sensación tan desagradable al devolverlo me hará que no me provoque el vómito”.

Se da en edades más avanzadas, no se describen casos antes de los 14 años. Su incidencia está creciendo de manera rápida y el pronóstico es peor que en la anorexia. Al tratarse de chicas mayores de edad, la impotencia de los padres, al ver que su hija se deteriora irremediamente sin aceptar tratamiento, les lleva a solicitar el ingreso por la vía legal.

- ***Síntomas conductuales de la bulimia nerviosa***

Relativos a la conducta alimentaria:

- Atracones de comida a escondidas, al menos dos veces a la semana.
- Restricción dietética en comidas normales.
- Almacenamiento de comida en diversos lugares de la casa.
- Ingestión de comidas de otros, sin preocupación aparente y negando la evidencia.
- Ingestión de grandes cantidades de agua, café, leche y bebidas “light”.
- Consumo intensivo de chicles sin azúcar.
- Consumo indiscriminado de tabaco para disminuir la ansiedad de comer.
- Consumo impulsivo de alimentos congelados, desechados en la basura o de los destinados a las mascotas.
- Rechazo de comidas sociales.

Conductas destinadas a compensar atracones y perder peso:

- Vómitos autoprovocados.
- Rechazo a tragar comida escupiéndola.
- Uso masivo de diuréticos, anorexígenos, laxantes y a veces enemas.
- Aumento del ejercicio físico para gastar más energía.

Estudios y trabajo:

- Aumento aparente de las horas de actividades útiles y de estudio.
- Disminución del rendimiento escolar y laboral.
- Absentismo escolar o laboral.
- Disminución de las horas de sueño y dificultad para levantarse:

Vida familiar:

- Irritabilidad y cambios bruscos de humor.
- Rechazo a compartir la vida familiar, saliendo de casa sin respetar norma alguna.
- Desorden de su habitación, ropa e higiene.
- Mentira evitativa e innecesaria.
- Robo de comida, dinero y objetos inútiles (cleptomanía).

Vida social.

- Intensa e indiscriminada vida social, con intervalos de aislamiento.
- Vida sentimental intensa, inestable o ausente.
- Actividad sexual que oscila entre nula y promiscuidad.
- Sucesivos cambios y problemas con las amistades.

Consumo de sustancias tóxicas.

- Consumo de alcohol, en ocasiones, sin medida.
- Consumo de otras drogas en situaciones sociales.

- **La obesidad: el temido fantasma del rechazo social**

Es curioso, como al lado de toda esta obsesión por el cuerpo perfecto, aumenta constantemente el número de jóvenes obesos. Se habla del sobrepeso como una enfermedad de nuestra época y son muchos los mensajes que alertan de sus riesgos. Esta incidencia aumenta en todos los grupos de edad.

Decía una anoréxica: “Cuando hay más delgados felices que gordos felices, por algo será”. Pensemos en esa chica que no encuentra su talla en las tiendas de ropa de los jóvenes, que no se atreve a ponerse en malla o que busca mil estrategias en los vestuarios del gimnasio del colegio para que sus compañeras no vean su cuerpo, que se aísla o la aíslan de su grupo, que nunca “liga” cuando sale, que en su misma familia le están diciendo “no comas más”, que en pleno verano se pone un pullover atado alrededor del pantalón. “Dejé de comer porque mi novio me dijo que estaba gorda” me contaba llorando.

Se describe ya la adicción a la comida, a los hidratos de carbono, se habla con más o menos humor de la “bulimia del chocolate”. En el fondo hay algo muy serio que ya aparece como enfermedad: el *trastorno por sobreingesta compulsiva*. Consiste en “el ansia por ingerir alimentos., en la atracción irresistible, con la sensación de no poder parar, que si se frustra genera ansiedad e irritabilidad.” (Alonso-Fernández, 1996). A diferencia de la bulimia aquí no aparecen vómitos, ni laxantes o diuréticos, ni se distorsiona la imagen corporal. Este trastorno suele empezar en la adolescencia o principio de la tercera década de la vida. Se da sobretodo en mujeres, amas de casa o adolescentes. Tiende a la cronicidad. Entre las personas con sobrepeso se puede dar esa adicción en un porcentaje que oscila entre el 15 % y el 30 %.

2.4. Las conductas adictivas

Siguiendo a E. Echeburúa (1999), vemos que las conductas que potencialmente pueden pasar a ser adictivas son aquellas cuyo ejercicio empieza siendo un placer y luego se terminan ejecutando para evitar un displacer.

- **Características de la conducta adictiva**

Se va dando la siguiente secuencia:

- La conducta es placentera para la persona.
- Aumentan los pensamientos que se refieren a ella.
- Se va haciendo cada vez más frecuente.
- La persona trata de negarse a sí misma la atracción que tiene para ella esa conducta
- Se experimenta un fuerte deseo de llevar a cabo esa conducta, con grandes expectativas de lo gratificante que será y del alivio del malestar que se experimentará.
- La conducta se mantiene a pesar de las consecuencias negativas crecientes.
- A medida que los problemas aumentan, el adicto se va haciendo consciente de su problema y empieza a hacer intentos de controlar la conducta por sí mismo.
- La conducta se mantiene sólo para paliar efectos negativos, ya que no comporta ningún tipo de placer. El alivio que se obtiene es cada vez menor y su efecto dura menos tiempo.
- El adicto tiene cada vez menos resistencia a la frustración y puede lidiar menos con las emociones negativas. Esta falta de estrategias le hace que la única salida ante el estrés sea la conducta adictiva.
- La conducta adictiva se agrava y suele haber una crisis externa fuerte, que es lo que lleva al paciente o a su familia a solicitar tratamiento.

- **La doble cara de la adicción: con o sin sustancias**

- *Adicciones por abuso de sustancias*

En un estudio de Becoña (1999) sobre el consumo de drogas se llega a concluir que existe una relación significativa entre el consumo de drogas legales (alcohol y tabaco) y el posterior consumo de cannabis, y entre el consumo de cannabis y el posterior consumo de heroína. Actualmente, merece especial mención el consumo creciente de las llamadas “drogas de diseño”, que ya están arrojando sus devastadores efectos sobre los adolescentes. “El éxtasis es la ruta directa hacia las drogas duras. Éramos un grupito de 13 compañeros, más bien sanos. Comenzamos con píldoras de éxtasis y acabamos todos drogadictos. Ocho se han sometido a una cura de desintoxicación, tres están en la cárcel y dos han muerto”.

El marco lo configuran las llamadas fiestas “techno”, o “rave”, donde se producen grandes concentraciones de jóvenes. “En una fiesta rave he visto a un pibe atiborrarse de éxtasis y luego durante horas repetir: soy una naranja, no me pelen, soy una naranja, no me pelen. Otro creía ser una mosca y no paraba de golpearse la cabeza contra la pared”, esto nos cuenta un chico toxicómano.

Los efectos que provoca son de máxima gravedad: ataques de pánico, alucinaciones, colapsos cardiovasculares, síntomas de esquizofrenia, bajadas de presión arterial, coma, insomnio, infarto cerebral, hepatitis crónica, convulsiones, insuficiencia renal aguda, hipertensión, hemorragias e incluso la muerte.

El éxtasis parece ofrecer la magia de poder vivir “al tope” esa noche, pletórico/a de energía y de placer. Sin embargo, los mismos consumidores en un 55 %, relatan haber tenido “malas experiencias” como: pérdida de control (55%), angustia y miedo (50%), fatiga y mal humor (49%), depresión y tristeza (45%), problemas con el entorno (36%), alucinaciones desagradables (33%), desmayos (24%). Los expertos nos alertan de la cantidad de productos tóxicos que van mezclados en el éxtasis, con efectos en el hígado, ataques al corazón, lesiones cerebrales, etc

Para terminar, citamos una serie de señales o signos indirectos de que un joven puede estar consumiendo drogas:

- Pérdida de apetito.
- Adelgazamiento exagerado.
- Ojos enrojecidos con pupilas muy dilatadas, o por el contrario, puntiformes.
- Irritación nasal.
- Escasa higiene personal y despreocupación por su apariencia.
- Somnolencia.
- Disminución de su rendimiento escolar, faltas al colegio.
- Cambios de amistades.
- Cambios en su manera de vestir y de hablar.
- Rebeldía, agresividad, irritabilidad y violencia.
- Indiferencia por las normas de casa y del colegio.
- Tendencia al aislamiento.
- Necesidad insaciable de dinero. Pequeños robos en casa.
- Quemaduras o restos de sangre en sus camisas o restos de hierba en los bolsillos.

- *Adicciones sin sustancias*

Nos referimos a esas conductas, que tienen todas las características de las adictivas y que no están basadas en el consumo de sustancias tóxicas, sino que a lo que la persona se engancha es

a un modo de comportamiento que le libera de la angustia y le proporciona una falsa sensación de placer y de tranquilidad. En términos generales estos trastornos, siguiendo a E. Echeburúa (1999) consisten en: la adicción al juego, al sexo, a la comida, a las compras, al trabajo y a Internet. Pasamos a comentar este último, por ser especialmente relevante para este grupo de edad.

- *La adicción a Internet*

Se le podría llamar “la falsa sensación de estar permanentemente comunicado”. Es curioso cuando los problemas de incomunicación y de soledad son más frecuentes que nunca. Ya se están viendo los primeros casos claros de adicción a Internet y sobretodo al chat. La chica que en el mes de abril declara haber perdido el curso por estar conectada al chat más de 8 horas al día, “conociendo a gente que tiene problemas y necesita ayuda”.

Young (1996) describe el *trastorno de adicción a Internet* en los siguientes términos:

- Tolerancia:
- Necesidad de invertir una cantidad mayor de tiempo en la red para alcanzar el mismo grado de satisfacción.
- Satisfacción cada vez menor con el uso continuo de la misma cantidad de tiempo en Internet.
- Síndrome de abstinencia. Dos o más de los siguientes síntomas: Agitación psicomotriz. Ansiedad. Pensamientos obsesivos sobre lo que está pasando en Internet. Fantasías o sueños en relación a la red. Movimientos de dedos voluntarios o involuntarios relacionados con el teclado. Uso de Internet para aliviar estos síntomas.
- El acceso es más frecuente o durante periodos más largos de lo que se tenía pensado.
- Deseo persistente o esfuerzos infructuosos de poner fin o limitar el uso de Internet.
- Inversión de mucho tiempo en actividades relacionadas con el uso de Internet: comprar libros, hacer ensayos, etc.
- Abandono de otras actividades por culpa de Internet.
- Persistencia en el uso de Internet a pesar de los problemas físicos, sociales, profesionales o psicológicos que son causados o agravados por este comportamiento.

3. Reflexionando sobre todo esto

Como siempre ocurre, ante la confusión y el desconcierto se corre el riesgo de irse a los extremos: el hacerle muy enfermo o el pensar que son tonterías de chicos que no hay que hacer ningún caso. Vamos a analizar brevemente las dos opciones:

- ***Sentir que está muy enfermo/a***

Y, por desgracia, a veces lo está, pero no siempre de la forma en que se piensa. Es cuando surge toda la alarma, la culpabilidad, las múltiples preguntas de los padres, profesores, etc. Ante esto, ya hemos comentado más arriba, que la solución es poner el problema en manos de los técnicos que lo puedan solucionar. Considerar algo como “enfermedad” o, mejor, poner a una persona el cartel de “enferma” supone el darle el rol que en nuestra cultura está asignado a esta situación: cuidados, pasividad, dependencia, regresión, aislamiento, trato diferenciado, sobreprotección, etc. Es tratar el síntoma, como el virus al que hay que atacar para que deje a ese organismo en paz.

Siento, por mi experiencia, que en estos casos, salvo excepciones, no suele ser lo más adecuado. La chica que deja el curso en agosto porque ha tenido una crisis de ansiedad y le han dicho que lo mejor es que descanse, se recupere, no se preocupe de nada... y cómo además va a bajar las

notas y eso no le interesa para entrar en la Universidad... pues ahí la tenemos sin hacer nada, o a lo sumo ir al gimnasio o aprender algo de inglés o alguna cosa "que siempre viene bien". Ahí la tenemos al cuidado de su madre que ya ha agarrado el suficiente miedo a la ansiedad de su hija como para pedirle el más mínimo esfuerzo.

- ***Sentir que son tonterías y que se dejen de cuentos***

Recuerdo el caso de la chica bulímica, que vivía sola, vomitando varias veces al día, que llegó a hacer dos intentos de suicidio, bebiendo bastante alcohol y con una conducta sexual de clarísimo riesgo. Su padre dijo muy claro "que se dejase de bobadas y que se dedicase a estudiar y a estar normal". Muy grande tiene que ser la angustia para tener que negarla así.

No en términos tan dramáticos, si observamos con frecuencia la siguiente paradoja: les hacemos débiles y luego nos quejamos de que "no aguantan". "Me acuerdo de cómo saqué yo mi carrera, eso si que era estudiar... viviendo en una pensión..." a este padre le diríamos, aparte de felicitarle por su esfuerzo y su carrera "Y a él, ¿qué le has enseñado, qué le has exigido, cómo le has animado a esforzarse... en definitiva, de donde le van a salir las fuerzas para luchar?"

Pues ahí quedaría la reflexión para que cada uno pensemos no solo en nuestros pacientes o alumnos, sino en nuestros propios hijos, en lo que hacemos en casa, en los mensajes que les transmitimos, sabiendo que se aprende y se imita más de lo que se hace que de lo que se dice

En definitiva, pensemos seria y tiernamente en los cuentos que les estamos contando, porque sobre ellos que tienen que construir la historia de su vida.

Bibliografía

- ✓ BELART, A. y FERRER, M. (1998). *El ciclo de la vida. Una visión sistémica sobre la familia*, Desclée de Brouwer, Bilbao.
- ✓ CABALLO, V. y SIMÓN, M. A. (Coods.) (2001). *Manual de Psicología Clínica infantil y del adolescente*, Pirámide, Madrid.
- ✓ ECHEBURÚA, E. (1999). *¿Adicciones sin drogas?*, Desclée de Brouwer. Bilbao.
- ✓ FUENTENEbro, F. VÁZQUEZ, C. (1990). *Psicología Médica, Psicopatología y Psiquiatría*, Interamericana. Mc Graw-Hill, Madrid.
- ✓ MARDOMINGO SANZ, M. J. (1994). *Psiquiatría del niño y del adolescente*, Díaz de Santos, Madrid.
- ✓ SERNA DE PEDRO, I. DE LA. (1998). *Comer no es un placer*, Smithkline Beecham, Madrid.