

3.3. ESTUDIO PSICOLÓGICO SOBRE EL GRUPO SOCIAL EMO.¹

Las personas que integran el grupo social Emo, tienen las mismas posibilidades de desarrollar problemas psiquiátricos propios de su grupo de edad correspondiente; a esto hay que añadir la problemática propia de su actitud emocional, y los riesgos de las conductas que favorece la idiosincrasia propia del grupo. En este apartado nos concentraremos en este segundo subgrupo de trastornos del comportamiento que pueden afectar de modo más frecuente o intenso a los miembros del grupo social Emo. Estos trastornos son los siguientes:

- Trastornos afectivos (fundamentalmente Depresión Mayor).
- Ideas y conductas suicidas.
- Trastornos de la alimentación (anorexia) y alteración de la percepción de la figura corporal (dismorfofobia).
- Conductas autolesivas (y tatuajes).
- Conductas de alto riesgo (ejercicio de la sexualidad sin la protección adecuada).
- Abuso de sustancias.

Trastornos afectivos.

La tristeza es una emoción normal a todos los seres humanos. La tristeza patológica o enfermiza es lo que denominamos depresión.

Existen dos tipos de depresión: la depresión mayor y la menor (distimia).

La frecuencia de la depresión mayor en la población general es de aproximadamente 10 a 25% para las mujeres y de 5 a 12% para los varones (a lo largo de la vida). La distimia o depresión menor, puede presentarse hasta en el 6% de las personas. En general, los niños y jóvenes con depresión suelen manifestarla estando más irritables e inestables, con baja autoestima, pobres habilidades sociales y pesimismo.

La depresión mayor es un cuadro que se caracteriza por los siguientes fenómenos:

¹ Dr. Federico Ramos Ruiz, médico psiquiatra, Doctor en Ciencias Médicas, actualmente (2008) es Director Académico, fundador, de la Especialidad Médica de Psiquiatría del Tec de Monterrey. Es asesor de la CNDH para temas relacionados con la salud mental.

1. Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, casi cada día según lo indica el propio sujeto (p. ej., se siente triste o vacío) o la observación realizada por otros (p. ej., llanto). En los niños y adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable.
2. Disminución marcada del interés o de la capacidad para el placer en todas o casi todas las actividades, la mayor parte del día, casi cada día (según refiere el propio sujeto u observan los demás).
3. Pérdida importante de peso sin hacer régimen o aumento de peso (p. ej., un cambio de más del 5 % del peso corporal en 1 mes), o pérdida o aumento del apetito casi cada día. Nota: En niños hay que valorar el fracaso en lograr los aumentos de peso esperables.
4. Insomnio o hipersomnia (dormir mucho) casi cada día.
5. Agitación o enlentecimiento psicomotores casi cada día (observable por los demás, no meras sensaciones de inquietud o de estar enlentecido).
6. Fatiga o pérdida de energía casi cada día.
7. Sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados (que pueden ser delirantes) casi cada día (no los simples autorreproches o culpabilidad por el hecho de estar enfermo).
8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión, casi cada día (ya sea una atribución subjetiva o una observación ajena).
9. Pensamientos recurrentes de muerte (no sólo temor a la muerte), ideación suicida recurrente sin un plan específico o una tentativa de suicidio o un plan específico para suicidarse.

Los síntomas provocan un malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

Para considerarlo una depresión los síntomas no pueden ser debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) o una enfermedad médica (p. ej., hipotiroidismo).

De modo similar, los síntomas no se explicarían mejor por la presencia de un duelo (p. ej., después de la pérdida de un ser querido); los síntomas deben haber estado presentes durante más de 2 meses, o se caracterizan por una acusada incapacidad funcional, preocupaciones mórbidas de inutilidad, ideación suicida, síntomas psicóticos o enlentecimiento psicomotor.

La depresión menor (también conocida como distimia o neurosis depresiva) es un tanto distinta y se caracteriza por los siguientes fenómenos:

Estado de ánimo crónicamente depresivo la mayor parte del día de la

mayoría de los días, manifestado por el sujeto u observado por los demás, durante al menos 2 años. Nota: En los niños y adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable y la duración debe ser de al menos 1 año.

Presencia, mientras está deprimido, de dos (o más) de los siguientes síntomas:

1. Pérdida o aumento de apetito
2. Insomnio o hipersomnia
3. Falta de energía o fatiga
4. Baja autoestima
5. Dificultades para concentrarse o para tomar decisiones
6. Sentimientos de desesperanza

Durante el período de 2 años (1 año en niños y adolescentes) de la alteración, el sujeto **no ha estado sin síntomas** de ánimo triste o anhedonia (dificultad para sentir placer) durante más de 2 meses seguidos.

Los síntomas causan un malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

Como vemos, la Distimia presenta síntomas más o menos similares a la Depresión mayor, pero se diferencian entre sí respecto a:

Tipo de evolución: el estado de ánimo depresivo es crónico (no presenta intervalos libres de síntomas o mejorías significativas) y dura por lo menos 2 años.

Severidad de los síntomas: los mismos suelen ser leves o moderados, sin una alteración significativa de las relaciones familiares, sociales y laborales del individuo.

El tratamiento de la Distimia (o Neurosis Depresiva) es fundamentalmente **psicoterapéutico**. Aunque cuando el Trastorno Distímico dificulta la vida de relación del individuo (con los familiares y amigos) o el rendimiento laboral o académico, los **fármacos antidepressivos** pueden llegar a ser de gran ayuda para que el individuo recupere a corto plazo un nivel de bienestar que no lo discapacite para desempeñarse en su vida afectiva, social y laboral.

Síntomas dependientes de la edad y el sexo:

En los niños el trastorno distímico parece presentarse por igual en ambos sexos y provoca frecuentemente un deterioro del rendimiento escolar y de la interacción social. En general, los niños y adolescentes con un trastorno distímico están irritables e inestables, además de tristes. Tienen una baja autoestima y escasas habilidades sociales, y son pesimistas. En los adultos las mujeres son dos o tres veces más propensas que los varones a presentar

un trastorno distímico.²

Curso:

Frecuentemente, el trastorno distímico tiene un inicio temprano e insidioso (p.ej., en la niñez, adolescencia o al principio de la edad adulta), así como un curso crónico. Habitualmente, en el marco clínico, los sujetos con trastorno distímico presentan un trastorno depresivo mayor superpuesto, que suele ser la razón por la que buscan tratamiento. Si el trastorno distímico precede al inicio del trastorno depresivo mayor, es menos probable que se produzca una recuperación completa espontánea entre los episodios depresivos mayores y hay más probabilidades de presentar más episodios posteriores.³

En los jóvenes la depresión mayor o menor puede manifestarse de modos peculiares, algunos de ellos distintos al modo como se presenta en los adultos. La depresión en los niños y adolescentes se ha considerado seriamente recién en las dos últimas décadas. En un estudio de niños y adolescentes de 9 a 17 años patrocinado por el NIMH (National Institute of Mental Health, de EEUU) se calculó que la ocurrencia de trastornos depresivos es más del 6 por ciento en un período de 6 meses, con 4.9 por ciento de casos de depresión mayor.⁴ Antes de la pubertad, los niños y las niñas tienen la misma probabilidad de desarrollar trastornos depresivos. Sin embargo, después de los 14 años, las mujeres tienen el doble de probabilidad que los hombres de sufrir depresión o distimia.⁵ El riesgo de desarrollar trastorno bipolar es aproximadamente igual para los hombres o mujeres durante la adolescencia y adultez.

Estudios de investigación han revelado que la depresión se está manifestando más temprano en la vida que en décadas pasadas.⁶ Además, algunos grupos de investigación han demostrado que cuando la depresión ocurre temprano, a menudo persiste, recurre y continúa durante la adultez, y que la depresión en la juventud también puede predecir un trastorno más

² Kaplan and Sadock's Synopsis of Psychiatry, 9^o edition. Lippincott Williams & Wilkins Press, 2003

³ Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4^o edition (DSM-IV TR). American Psychiatric Association. American Psychiatric Press, 2000.

⁴ Shaffer D, Fisher P, Dulcan MK, Davies M, Piacentini J, Schwab-Stone ME, Lahey BB, Bourdon K, Jensen PS, Bird HR, Canino G, Regier DA. The NIMH Diagnostic Interview Schedule for Children Version 2.3 (DISC-2.3): description, acceptability, prevalence rates, and performance in the MECA Study. Methods for the Epidemiology of Child and Adolescent Mental Disorders Study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 1996; 35(7): 865-77.

⁵ Angold A, Worthman CW. Puberty onset of gender differences in rates of depression: a developmental, epidemiologic and neuroendocrine perspective. *Journal of Affective Disorders*, 1993; 29: 145-58.

⁶ Klerman GL, Weissman M. Increasing rates of depression. *Journal of the American Medical Association*, 1989; 261: 2229-35.

severo durante la vida adulta.⁷ La depresión en las personas jóvenes con frecuencia ocurre conjuntamente con otros trastornos mentales, generalmente ansiedad, comportamiento contraproducente o abuso de sustancias tóxicas, así como con otras enfermedades serias tales como diabetes.^{8,9} Un niño de corta edad con depresión puede decir que está enfermo, rehusarse a ir a la escuela, aferrarse al padre o a la madre, o preocuparse por la muerte de ellos. Un niño de más edad con depresión puede parecer resentido, meterse en problemas en la escuela, ser negativo, estar malhumorado y sentirse mal entendido.

Tanto en los niños como en los adolescentes, los trastornos depresivos conllevan un mayor riesgo de contraer enfermedades y tener dificultades interpersonales y psicosociales que pueden persistir mucho después que se haya resuelto el episodio depresivo; en los adolescentes también existe un mayor riesgo de abuso de sustancias de adicción y comportamiento suicida.¹⁰

Desafortunadamente, estos trastornos muchas veces no son reconocidos por las familias ni por los médicos. Los síntomas de trastornos depresivos en las personas jóvenes a menudo se consideran cambios normales del estado de ánimo típicos de una etapa particular del desarrollo. Además, profesionales del cuidado médico pueden resistirse a “clasificar” prematuramente a una persona joven con un diagnóstico de enfermedad mental. Sin embargo, el diagnóstico y tratamiento temprano de los trastornos depresivos es esencial para un desarrollo saludable emocional, social, y del comportamiento.

Aunque la literatura científica sobre el tratamiento de niños y adolescentes con depresión es menos extensa que la de los adultos, diversos estudios recientes han confirmado la seguridad y eficacia a corto plazo de los tratamientos para la depresión en los jóvenes. Se están llevando a cabo extensos estudios para determinar qué tratamiento funciona mejor para cuáles niños y jóvenes. Se necesita realizar investigaciones adicionales sobre cómo incorporar mejor estos tratamientos en la práctica de atención médica primaria.

El trastorno bipolar, aunque raramente se presenta en niños de corta edad,

⁷ Weissman MM, Wolk S, Goldstein RB, Moreau D, Adams P, Greenwald S, Klier CM, Ryan ND, Dahl RE, Wickramaratne P. Depressed adolescents grown up. *Journal of the American Medical Association*, 1999; 281(18):1701-13.

⁸ Angold A, Costello EJ. Depressive comorbidity in children and adolescents: empirical, theoretical, and methodological issues. *American Journal of Psychiatry*, 1993; 150(12): 1779-91.

⁹ Kovacs M. Psychiatric disorders in youths with IDDM: rates and risk factors. *Diabetes Care*, 1997; 20(1): 36-44.

¹⁰ Birmaher B, Brent DA, Benson RS. Summary of the practice parameters for the assessment and treatment of children and adolescents with depressive disorders. American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 1998; 37(11): 1234-8.

puede manifestarse tanto en niños como en adolescentes.¹¹ Los cambios inusuales en el estado de ánimo, en el nivel de energía y en el funcionamiento característicos del trastorno bipolar pueden comenzar con síntomas maníacos, depresivos o una combinación de ambos. Las personas cuyos padres han sufrido de trastorno bipolar tienen un riesgo elevado de sufrirlo. Veinte al cuarenta por ciento de los adolescentes que sufren de depresión mayor presentan trastorno bipolar en el lapso de cinco años después de que aparece la depresión.¹²

La depresión en niños y adolescentes está asociada con un mayor riesgo de comportamientos suicidas.^{7,13} Este riesgo puede aumentar, particularmente en adolescentes masculinos, si la depresión está acompañada por trastornos de conducta y abuso de alcohol u otras sustancias de abuso.¹⁴ En el año 2000, el suicidio fue la tercera causa de muerte entre hombres jóvenes de 10 a 24 años.¹⁵ Los investigadores patrocinados por el NIMH han demostrado que en los adolescentes que desarrollan un trastorno depresivo mayor, hasta el siete por ciento pueden morir por suicidio en los primeros años de la adultez.⁷ Por lo tanto, es importante que los médicos y los padres tomen en serio cualquier comentario referente al suicidio.

Los investigadores del NIMH están desarrollando y probando varios métodos de intervención para evitar el suicidio en niños y adolescentes. Diagnóstico y tratamiento temprano, evaluación precisa del pensamiento suicida y limitar el acceso de los jóvenes a agentes letales, tales como armas de fuego y medicamentos, pueden ser las mejores medidas de prevención del suicidio.¹⁶

En el caso de los individuos que forman el grupo social Emos nos encontramos con hombres y mujeres, jóvenes la mayoría (aunque hay emos de edad adulta), que manifiestan tristeza o melancolía como un “modus

¹¹ McClellan J, Werry J. Practice parameters for the assessment and treatment of children and adolescents with bipolar disorder. *American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 1997; 36(Supl. 10): 157S-76S.

¹² McClellan J, Werry J. Practice parameters for the assessment and treatment of children and adolescents with bipolar disorder. *American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 1997; 36(Supl. 10): 157S-76S.

¹³ Shaffer D, Gould MS, Fisher P, Trautman P, Moreau D, Kleinman M, Flory M. Psychiatric diagnosis in child and adolescent suicide. *Archives of General Psychiatry*, 1996; 53(4): 339-48.

¹⁴ Shaffer D, Craft L. Methods of adolescent suicide prevention. *Journal of Clinical Psychiatry*, 1999; 60(Supl. 2): 70-4; discusión 75-6, 113-6.

¹⁵ National Center for Injury Prevention and Control. Leading Causes of Injury Deaths, United States, 2000, All Races, Both Sexes. <http://webapp.cdc.gov/sasweb/ncipc/leadcaus10.html>

¹⁶ Sitio web del Instituto Nacional de Salud Mental. Información sobre la Depresión en niños y adolescentes. <http://www.nimh.nih.gov/health/publications/spanish/los-hombres-y-la-depresion-folleto/la-depresion-en-ninos-y-adolescentes-de-sexo-masculino.shtml>

vivendi”, un modo de valorarse a sí mismos y de relacionarse socialmente, con la idea básica de que las emociones son muy importantes, y que hay más motivos para entristecerse que para estar felices. Suelen mostrarse apáticos, con poca energía para emprender tareas de compromiso académico o de apoyo social, sin embargo pueden pasarlo bien en grupo charlando, escuchando música y retozando.

Su depresión existencial, si se le puede llamar así, cabe más dentro de una distimia o depresión menor. Sin embargo, como han demostrado diversas investigaciones actuales, la depresión menor, sobre todo si ocurre en la niñez y adolescencia, es predoctora de una depresión mayor y de conductas suicidas en la misma adolescencia y adultez.

El porcentaje de Emos que padecen una depresión mayor, la cual requiere un apoyo de tratamiento psicoterapéutico y farmacológico, es muy probablemente mayor a la de la población general, por tanto se requiere de una intervención especial específica para este grupo social. La primera intervención sería un estudio epidemiológico serio por parte de las autoridades de salud de nuestro país, de los grupos sociales de jóvenes, entre los cuales se cuentan los EMOs. Por parte de la CNDH se está llevando a cabo una encuesta de sondeo que evalúa varios aspectos relacionados con la salud mental; pero, aunque seguramente dará una idea general del estado emocional de este grupo social, se requiere de un estudio hecho con mayor especificidad, orientado a evaluar varios criterios de salud mental en este grupo social y otros.

Por otra parte, el porcentaje de Emos que padecen de una depresión menor, real o expresada, es muy elevado, ya que casi la totalidad de ellos y ellas refieren padecerla. Esta patología grupal es algo que debe tomarse en serio ya que puede dar lugar a otros problemas. En primer lugar, si los Emos generan una sociedad en la cual la mayoría están de acuerdo en estar deprimidos, su autoestima, seguridad personal y pro-actividad se verán mermadas en consecuencia; por otro lado, también podría suceder que no buscasen el apoyo psicoterapéutico requerido para tratar su síndrome depresivo; además, en el caso de los Emos que padecen de un problema en su estructura familiar que genera su depresión, encontrarían consuelo entre sus amistades dentro del grupo, pero no hallarían una solución a la disfunción familiar. Es decir, para algunos individuos el grupo social Emo puede significar un refugio donde encuentra un apoyo y simpatía buscados en otros grupos (incluyendo familia y escuela), sin haberlo encontrado; para otros individuos, desafortunadamente, el injertarse en un grupo Emo puede contribuir a que no se busque la ayuda adecuada para el tratamiento de una depresión menor que lo afecta en su desempeño personal, social, escolar y/o laboral.

Si unimos los diferentes hallazgos de investigaciones sobre la depresión en los jóvenes, y sus efectos deletéreos en su vida adulta (incluyendo el suicidio) con la filosofía de vida aceptada por el grupo social EMO, nos encontramos que, en este grupo de edad, una filosofía grupal o creencias grupales sobre el estado de ánimo deprimido; favorecen un estado que puede ser muy perjudicial para estos individuos, actualmente y en el futuro. Es por tanto muy recomendable que las diferentes instancias del estado y de la iniciativa privada se pongan en contacto entre sí y con estos grupos para conocer su realidad epidemiológica y actuar en consecuencia por medio de programas orientados a apoyarlos emocionalmente; y a dar terapias farmacológicas, y psicoterapias de grupo e individuales, que corten lo que podría convertirse en una sentencia de enfermedad para algunos muchos de estos jóvenes.

Ideas y conductas suicidas.

El suicidio es la tercera causa de mortalidad en la adolescencia (15 a 24 años de edad), precedida tan solo por accidentes y homicidios, como causa de muerte¹⁷. Los problemas psiquiátricos son más frecuentes de lo que pensamos en este grupo de edad, afectan hasta un 15% de la población. Los más relacionados con el suicidio son la depresión mayor, el trastorno bipolar, trastornos de conducta y la esquizofrenia.

Del 12 al 25% de los niños mayores y adolescentes experimentan algún tipo de idea acerca del suicidio (pensamiento suicida) en algún momento. Cuando los sentimientos o pensamientos se vuelven más persistentes y vienen acompañados de cambios en la conducta o planes específicos de suicidio, el riesgo de un intento de suicidio se incrementa.¹⁸

México es uno de los países de América latina con más altos índices de suicidio en jóvenes: las causas más comunes son las depresiones, las relaciones afectivas deterioradas y la falta de comunicación de los hijos con sus padres. El suicidio es la segunda causa de muerte entre los jóvenes mexicanos, después de los accidentes automovilísticos. El 55% de los jóvenes que se quitaron la vida eran hijos únicos, y la gran mayoría lo hizo en su casa. Yucatán, Campeche y Tabasco son los estados con mayores índices de suicidio en jóvenes.¹⁹

Los factores de riesgo para suicidio en la adolescencia son: problemas familiares; padres excesivamente estrictos; la pérdida de un progenitor; antecedentes familiares de suicidio; depresión; escaso autocontrol; pensamiento rígido, obsesivo y dicotomizado (extremista); negativismo; consumo excesivo de alcohol, o drogas; estrés; escasas expectativas de

¹⁷ Mathew K. Nock PhD. June 2008. Nemours Foundation (www.kidshealth.org). De acuerdo con el Center for Disease Control de USA.

¹⁸ National Institute of Mental Health. "Suicide in the U.S.: Statistics and Prevention". NIH publication No. 06-4594

¹⁹ Ejournal. unam.mx. Agosto del 2004 (www.cronica.com.mx)

futuro; violencia familiar (incluidos el abuso físico, sexual o verbal/emocional); intento de suicidio previo; encarcelación; presencia de armas de fuego en el hogar; exposición a comportamientos suicidas de otras personas, incluida la familia, los amigos, en las noticias o en historias de ficción (es bien conocido, en los adolescentes, el “suicidio por contagio”, que se dan temporadas en las que el suicidio de un joven o una joven desencadena una serie de suicidios de otros jóvenes)²⁰

Los hombres entre las edades de 20 y 24 años de edad, tienen una probabilidad 6.6 veces más alta que las mujeres, para cometer un suicidio. Los hombres entre los 15 y 19 años, tienen un riesgo 4.8 veces mayor que las mujeres de completar un suicidio. La relación hombre: mujer para la ejecución de un suicidio es de 5:1 entre los 15 y 19 años de edad. Esta tendencia de los varones a suicidarse más que las mujeres aumenta en el grupo de edad de 20 a 24 años, a una relación de 7:1 (por cada mujer que comete suicidio, siete hombres cometen suicidio).²¹

En el grupo social de los emos se conjuntan una serie de factores de riesgo para el suicidio:

- problemas familiares: en muchos casos: violencia familiar (incluidos el abuso físico, sexual o verbal/emocional);
- depresión: esta es una característica esencial de este grupo social
- muchos emos tienen el mencionado pensamiento rígido, obsesivo y dicotomizado (extremista);
- negativismo: o visión negativa de las situaciones y personas.
- consumo excesivo de alcohol, o drogas;
- estrés: provocado por escasas expectativas de futuro; sensación de rechazo social (familia, tribus urbanas u otros grupos sociales)
- exposición a comportamientos suicidas de otras personas: muchos emos con los que se relacionan, y muchas historias de emos que se han quitado la vida (“suicidio por contagio”).

En general, cuando una persona tiene ideación suicida, está rodeada de una serie de “seguros de vida”: personas que le rodean que se sorprenderán de sus ideas y tratarán de convencerla de lo contrario: que viva su vida, que no haga tonterías. En el caso del grupo social emos, sucede algo fuera de lo común y que puede ponerlos en mayor peligro: ellos conforman una sociedad que promueve la tristeza como un estándar de vida y de pensamiento, y no rechazan la idea del suicidio, en algunos casos incluso la promueven. Así

²⁰ Los trastornos de la salud Mental. Suicidio Adolescente. University of Virginia Health System. Diciembre 2007.

²¹ American Association of Suicidology (www.suicidology.org) “Youth suicide fact sheet” Marzo 2004.

pues, aquellas personas que puedan estar sufriendo de una depresión y, por tanto, padecer de ideas sobre producirse la muerte, podrían encontrarse con un ambiente favorecedor para ese comportamiento.

Es en este sentido en el que el grupo social *EMO* requiere de una atención especial por parte de las autoridades de salud, y por parte de sus familiares. Las intervenciones que se sugieren serían:

- Estudiar de modo exclusivo a este grupo con relación a los comportamientos suicidas; es decir: realizar un estudio epidemiológico específico para este grupo social con relación a la salud mental.
- Dar instrucción a las familias por medio de la radio y televisión favoreciendo programas y entrevistas a profesionales de tal modo que puedan apoyar a esas familias para tomar medidas preventivas para el suicidio;
- Las autoridades sanitarias deberían ponerse en contacto con estos jóvenes en sus espacios propios, ganarse su confianza y otorgarles formación sobre los modos de combatir la depresión, sin abandonar su talante depresivo, para no alterar su imagen de grupo social.

Trastornos de la alimentación (anorexia) y alteración de la percepción de la figura corporal (dismorfofobia).

Es bien conocida la tendencia, de las personas que conforman el grupo social emo, hacia la delgadez corporal como parte de su apariencia externa. Esta delgadez es deseada en parte para favorece el talante emocional y melancólico propio del grupo; aunque también se establece como un requisito estético para la indumentaria que los emos han adoptado como propia. Los pantalones ajustados, las camisetas de manga corta, los zapatos tenis de tela, constituyen una indumentaria casi deportiva, que va de la mano de una apariencia también atlética o delgada.

Los desórdenes alimenticios no son novedades, ni dietas. Son condiciones que pueden llevar a problemas serios de salud o a la muerte.

Una persona con estos desórdenes se obsesiona con la comida, el peso y forma del cuerpo:

- Intentan manejar su peso de manera no saludable
- Ingiere muy poca o demasiada comida

Los desórdenes alimenticios afectan a la persona así como a su familia, amigos, y los que se encuentren alrededor de ella. Esto causa problemas mentales, sociales y físicos que pueden dañar a una persona en lo familiar, escolar, social, y profesional.

¿Quién puede presentar Trastornos alimenticios?

Cualquier persona, sin excepción de sexo o edad, pueden padecerlos. Estos problemas son muy comunes en mujeres y principalmente jóvenes. Inicia más a menudo entre las edades de 11 y 20 años.

Son problemas complejos. No existe una sola causa, pero el hacer dietas puede activarlos en personas que tengan la predisposición.

Las personas con trastornos de alimentación generalmente:

- Tienen miedo de ser obesos
- Tienen una visión errónea de la forma de su cuerpo
- Tienen baja autoestima
- Están deprimidas
- Son muy infelices con su cuerpo
- Quieren ser perfectas

Los trastornos alimentarios se presentan en épocas de estrés, como la adolescencia. Dejar la casa, perder a un ser amado por fallecimiento o por el divorcio también es causa de estrés.

Estos trastornos esconden a menudo otros problemas. Pueden ser un síntoma de problema familiar, social, escolar, trabajo, o de salud. Recordemos que en el grupo social EMO es frecuente encontrar dinámicas familiares disfuncionales, o problemas escolares.

Al hablar de los trastornos alimentarios en el grupo social EMO nos referiremos sobre todo a dos enfermedades: anorexia nerviosa y bulimia (el tercer trastorno alimentario es el Comedor Compulsivo “Binge Eating”). Muy relacionado con estas enfermedades podemos hallar en el grupo social EMO una alteración en la percepción de su imagen corporal, llegando a sentirse incómodos con la imagen propia si no se ajusta su cuerpo y apariencia al estándar esperado en el grupo social (extremada delgadez), a esto se le puede denominar trastorno dismórfico.

Algunas generalidades que reporta el Instituto de Salud de Estados Unidos de América sobre estos trastornos:

- Las mujeres tienen mayor probabilidad de desarrollar un trastorno de alimentación. Solamente del 5 al 15% de las personas que sufren anorexia o bulimia (y un estimado de 35% para los comedores compulsivos) son hombres.^{22, 23}

²² Andersen AE. Eating disorders in males. In: Brownell KD, Fairburn CG, eds. *Eating disorders and obesity: a comprehensive handbook*. New York: Guilford Press, 1995;177-87.

²³ Spitzer RL, Yanovski S, Wadden T, Wing R, Marcus MD, Stunkard A, Devlin M, Mitchell J, Hasin D, Horne RL. Binge eating disorder: its further validation in a multisite study. *International Journal of Eating Disorders*. 1993 Mar;13(2):137-53.

- A lo largo de su vida entre un 0.5% y un 3.7% de las mujeres sufrirán de anorexia; y aproximadamente entre 1.1 y 4.2 % sufren de bulimia.²⁴
- La tasa de mortalidad en la gente que padece anorexia se ha estimado entre 0.56 por ciento al año, equivale a 5.6% en una década; lo cual es 12 veces más alto que lo esperado considerando todas las causas de muerte para mujeres entre los 15 y 24 años de edad en la población general.²⁵

Anorexia nerviosa:

Una persona con anorexia nerviosa realiza dietas extenuantes porque tiene una imagen distorsionada de su cuerpo. Esto significa que siente que está demasiado gorda cuando no lo está. La mayoría de las muchachas o mujeres con la anorexia tiene un intenso miedo de ser gordas. Quieren estar tan delgadas que pueden dejar de comer hasta la muerte.

Algunas mujeres con la anorexia no comen en absoluto o comen muy poco. Algunas comen cantidades grandes de alimento alto en grasas y calorías y posteriormente se purgan, vomitan o toman laxantes. También algunas realizan ejercicios al extremo.

Las personas con anorexia sienten vergüenza y culpa a menudo, que hace que se aparten. Por otro lado niegan que su pérdida severa de peso o su dieta sea un problema. También niegan que tengan peso insuficiente. De hecho, no piensan que estén suficientemente delgados.

La anorexia puede causar graves y severos problemas de salud a largo plazo. Estos incluyen:

- Arritmias cardiacas que pueden llevar a la insuficiencia cardiaca y muerte
- Pérdida de densidad ósea que puede llevar a la osteoporosis
- Baja temperatura del cuerpo
- Baja presión de sangre
- Problemas del riñón
- Un metabolismo retardado (la forma del cuerpo para usar la energía de la comida)
- Reflejos lentos

²⁴ American Psychiatric Association Work Group on Eating Disorders. Practice guideline for the treatment of patients with eating disorders (revision). *American Journal of Psychiatry*. 2000 Jan;157(1 Suppl):1-39.

²⁵ Sullivan PF. Mortality in anorexia nervosa. *American Journal of Psychiatry*. 1995 Jul;152(7):1073-4.

- Ausencia de periodo menstruales
- Pubertad tardía

Aproximadamente 5–10% de las personas mueren por problemas causados por la anorexia. Puede llevar a un ataque cardíaco, coma, o suicidio.

Muchas personas con la anorexia también tienen bulimia en cierto punto. De hecho, cerca de la mitad de las personas con anorexia también tiene señales de bulimia, o viceversa.

Bulimia:

Las personas con episodios de bulimia nerviosa (comer cantidades grandes de alimento en un tiempo corto –“atracones”) eliminan las calorías en exceso por medio de:

- Vómito
- Laxantes, diuréticos (píldoras que hacen orinar), o emético (píldoras que causan vómito)
- Ayunando
- Ejercicio excesivo

Las personas con la bulimia pueden ingerir 20,000 (veinte mil) calorías en una sola comida. Se sienten a menudo fuera de control y saben que lo que están haciendo no es normal.

La Bulimia es más difícil de detectar que la anorexia. Esto es porque el peso de la persona es a menudo normal o ligeramente bajo. El peso de la persona puede subir o bajar 5 kilos o más debido a las comidas compulsivas y ayunos.

La Bulimia puede causar problemas médicos graves como:

- ***Deshidratación***
- Daño al intestino, hígado, y riñón
- Daño a la garganta, esófago, y estómago (causada por el vómito auto-inducido)
- Arritmias o insuficiencia cardíaca
- Problemas con dientes y encías

Las personas con bulimia saben que su alimentación está fuera de control, pero tienen miedo de ser gordo y de no poder dejar de comer. Liberar al cuerpo de calorías en exceso puede ayudarles a sentirse que han recobrado el control.

Las personas con bulimia se sienten a menudo muy deprimidos, culpables, y avergonzados después de las comidas abundantes. Sienten que deben

esconder su problema a los demás.

El trastorno dismórfico en su forma más grave es raro de encontrar, sin embargo en sus formas leves lo podemos hallar con frecuencia entre los jóvenes, y no tan jóvenes.

Para poder advertir a los familiares o personal académico que esté relacionado con individuos del grupo social EMO, tenemos las siguientes señales de Desórdenes alimenticios

Si usted o alguien que usted conoce tiene algunos de los síntomas listados aquí, busque ayuda. Estos síntomas pueden ser señales de un desorden de alimentación.

La anorexia Nerviosa

- Estar siempre a dieta (incluso cuando se es delgado), se niega a comer excepto en porciones pequeñas, o solo perder mucho peso y seguir pensando que es gordo
- Ausencias de periodos menstruales
- Ejercicios excesivos
- Vello fino que crece en cara y brazos
- Pérdida de pelo
- Piel seca, pálida, y amarillenta
- Irritabilidad y aislamiento

Bulimia Nervosa

- Buscar pretexto para ir al baño después de las comidas
- Utilizar purgas, vómito o abusar de laxantes o diuréticos
- Estar en régimen de dietas y ejercicio extremo para perder peso
- Tener inflamación en la mandíbula
- Estar hinchado
- Tener los ojos irritados
- Tener problemas con dientes y encías

- Estar débil y cansado
- Mal humor y sentirse fuera de control
- Comprar grandes cantidades de comida que de repente desaparece

Conseguir ayuda

Existen tratamientos para los trastornos alimenticios. El primer paso a superar es saber que existe un problema y la ayuda se necesita. La familia y amigos pueden ayudar a la persona dándose cuenta del problema. También pueden diagnosticarse por su doctor u otro promotor del cuidado de la salud.

Las personas con estos desórdenes pueden enfadarse u ofenderse cuando alguien intenta ayudar. Sin embargo, pueden agradecer que alguien quiera ayudar. Sea sensible con los sentimientos de la persona. Permítale saber que le preocupa su bienestar.

El tratamiento involucra a menudo el cuidado de un doctor o hasta hospitalización. El tratamiento en un hospital es necesario para muchas personas con anorexia. Los medicamentos se utilizan para ayudar a mejorar el desorden, así como los problemas de salud causados. El tratamiento también incluye terapia familiar o de grupo.

Los desórdenes alimenticios afectan la salud y bienestar de muchas mujeres. Si estos trastornos no son tratados pueden llevar a la muerte o a generar problemas sociales, emocionales y fisiológicos. Con tratamiento y psicoterapias adecuadas, una mujer con un trastorno alimenticio puede vivir una vida feliz y saludable.

Conductas autolesivas.

Otra característica propia de los individuos del grupo social EMO es una tendencia aumentada, más que en el resto de los jóvenes de su edad, para producirse autolesiones, sobre todo diferentes tipos de cortaduras en la piel, en brazos y piernas. Existen individuos del grupo social EMO que se cortan la piel como sinónimo de descontento con el mundo que los rodea y fantasean con el suicidio. Algunas parejas de emos se cortan el cuerpo para llevar las mismas marcas, como símbolo de fraternidad, lo cual constituye, en tiempos de enfermedades de transmisión sexual, un riesgo evidente. Incluso suben videos a Internet donde aparecen cortándose los brazos –en el sitio Youtube pueden verse decenas de estos videos.

Carles Feixa cita las palabras de Ome Toxtli *“Por aquel entonces (se refiere a los años 90) eran todos bien vicious, bien autodestructivos, bien tirados a la onda de cortarse y droga...El rol de ese tiempo era tal vez de competencia: a veer qué bandas eran más fachosas, más destructivas. No era tanto exhibicionsita sino de convicción: si la sociedad me quiere destruir, no le voy*

*a dar el gusto, hasta yo mismo me destruyo. Y pas, se cortabajn. Era una acción bien congruente para el contexto: me autodestruyo con las drogas, cortándome, aventándome pastas...*²⁶ Esta breve cita permite entrever la relación entre una idiosincrasia propia de un grupo social, y las conductas autolesivas (incluyendo los cortes y el consumo perjudicial de sustancias), como algo identificatorio de los miembros del grupo. En el caso de los individuos del grupo social EMO, su identidad como grupo involucra la tristeza o melancolía, sin asustarse por las ideas suicidas. Es lógico por tanto que muestren un mayor número de conductas parasuicidas o de auto lesiones, comparados con la población general.

El parasuicidio o lesión deliberada sería el conjunto de conductas donde el sujeto de forma voluntaria e intencional se produce daño físico, cuya consecuencia es el dolor, desfiguración o daño de alguna función y/o parte de su cuerpo, sin la intención aparente de maarse. Incluimos en esta definición las autolaceraciones (como cortes en las muñecas), los autoenvenenamientos (o sobredosis medicamentosas) y auto quemaduras.

A nivel mundial las cifras de autolesiones se estiman entre un 3 y 5% (tres y cinco por ciento) de la población mayor de 16 años, incluidos los suicidios consumados. La cifra anual en la Unión Europea es de 800-1000 (ochocientos a mil) casos por cada 100,000 (cien mil) habitantes/año. Del 15 al 30% de las personas que se autolesionan repiten la conducta antes del año, y entre el 1-2% se suicidarán entre os 5 y 10 años de la tentativa.

Diariamente se producen en el mundo de 8,000 a 10,000 intentos de suicidio, de los que 1,000 lo consiguen. Según la OMS, el suicidio sería la décima causa de muerte en los países civilizados.

Los principales factores de riesgo personales, y demográficos, para las autolesiones de intención no suicida son:

- Conflictos personales y problemas vitales estresantes en los seis meses anteriores a las autolesiones. Suelen ser problemas de relación con socios, cónyuges o familiares. Muchos presentan alteraciones del comportamiento que no llegan a representar un trastorno psiquiátrico definido.
- Edad y sexo: más frecuente entre los 20 y 30 años. Disminuye claramente en la mediana de edad. Afecta más a las mujeres que a los hombres (el doble en el caso de las mujeres).
- Antecedentes familiares: suicidios y autolesiones en la familia, historia de abuso familiar, consumo de alcohol y/o drogas en los padres y

²⁶ Tribus Urbanas y Chavos Banda. Las culturas juveniles en Cataluña y México. Carles Feixa. Presentado en el Workshop "Youth Cultures and Anthropology", en la II Conferencia de la *European Association of Social Anthropologists*, Praha, Agosto de 1992.

muerte temprana de los padres; son todos factores que pueden propiciar las conductas autolesivas.

- Factores sociales: desempleo, baja clase social, estado civil soltero o divorciado.²⁷

Los rasgos de personalidad asociados con las conductas autolesivas que pueden llevar al suicidio, son los rasgos límites de personalidad (sociopatía, bipolaridad, ausencia de límites, impulsividad, agresividad).

Los individuos del grupo social EMO que presenten rasgos de personalidad estilo “border line” (límite), y que presenten autolesiones, debería ofrecerseles un apoyo psicoterapéutico para prevenir posteriores conductas suicidas serias. Al resto de individuos, que presenten algún tipo de autolesiones, y que no posean estos rasgos de personalidad, sino rasgos de mayor adaptación al medio que los rodea, de cualquier modo se les debería de proporcionar apoyo terapéutico para que escogan medidas más sanas de manejo de su ansiedad y melancolía.

Perforaciones (“Body Piercing”).

Tanto los tatuajes como las perforaciones con algún tipo de joya son frecuentes entre los individuos del grupo social EMO.

Las perforaciones y los tatuajes son decoraciones en el cuerpo que se remontan a tiempos remotos. Las joyas corporales implican abrir agujeros en la piel para poder insertar las piezas de joyería. Frecuentemente, esto se hace en el lóbulo de la oreja, pero puede ser en otras partes del cuerpo. Los tatuajes son dibujos sobre la piel hechos con agujas y tintas de colores. El maquillaje permanente es un tipo de tatuaje.

Los riesgos contra la salud de las perforaciones y los tatuajes incluyen:

- Reacciones alérgicas
- Queloides, un tipo de cicatriz que se forma durante la curación
- Infecciones, tales como la hepatitis

Para disminuir los riesgos deben asegurarse de que el centro donde se realiza el procedimiento esté higiénico, seguro y tenga una buena reputación. La esterilización adecuada del equipo es importante. Los agujeros de las perforaciones suelen cerrarse si no se utilizan joyas en ellos. Es posible eliminar los tatuajes, pero es doloroso y puede dejar cicatrices.

Con relación a las perforaciones necesarias para el “body piercing” algunos lugares del cuerpo pueden provocar más problemas que otros; una complicación común de las perforaciones en la nariz y la boca son las infecciones, ya que en esas zonas viven millones de bacterias. Con el paso

²⁷ Publicado en www.saludalia.com por Dr. Jorge Juan Fernández-López. Agosto 2000. El Dr. Fernández es médico UVI Móvil de Zaragoza. Servicio 061 Aragón.

del tiempo, las perforaciones en la lengua pueden dañar los dientes. Y las perforaciones en la lengua, las mejillas y los labios pueden producir problemas con las encías.

Si alguien decide perforar su cuerpo:

- Debe asegurarse de estar al día con todas sus vacunas (en especial, con las de hepatitis y tétanos).
- Debe planificar dónde recibirá atención médica si su perforación se infecta (las señales de infección incluyen enrojecimiento/sensibilidad excesivos alrededor de la zona perforada; sangrado prolongado, pus, o cambios en el color de la piel en la zona de la perforación).

Además, si va a perforar su lengua o tu boca, asegurarse de que sus dientes y encías estén sanos.

También es buena idea preguntar por los tipos de alhajas que ofrece el negocio, porque algunas personas manifiestan reacciones alérgicas a algunos tipos de metal. Antes de hacerse una perforación, asegurarse de averiguar si es alérgico a determinados metales. Sólo se deben utilizar metales no tóxicos para las perforaciones del cuerpo, como los siguientes:

- acero quirúrgico
- oro sólido de 14 o 18 kilates
- niobio
- titanio
- platino

Pero se debe tener en cuenta que en varias cosas, incluyendo lo siguiente, pueden salir mal:

- Adquirir infección crónica
- Sufrir un sangrado prolongado o incontrolable
- Cicatrices
- Contagio de hepatitis B y C
- Contagio de tétanos
- Producirse alergias en la piel a causa de la alhaja utilizada
- Sufrir de abscesos o flemones (acumulaciones de pus que se pueden formar debajo de la piel en el lugar de la perforación)
- Padecer inflamación o daño a los nervios.

Tatuajes:

Pareciera que en la actualidad todos los jóvenes tienen un tatuaje. Lo que

antes se consideraba propiedad de marineros, ciclistas y fugitivos es actualmente una decoración del cuerpo muy aceptada entre mucha gente. Y ya no se trata de tatuarse anclas, calaveras y buques de guerra. Con emblemas de escuelas, diseños celtas y hasta símbolos personalizados, la gente ha encontrado nuevas maneras de expresarse con sus tatuajes

Un tatuaje es una herida punzante en las capas profundas de la piel, que se llena con tinta. Se realiza penetrando la piel con una aguja e inyectando tinta en la zona, generalmente creando algún tipo de diseño. La razón por la que los tatuajes duran tanto es que son profundos: la tinta no se inyecta en la **epidermis** (la capa superior de la piel que continuamos produciendo y cambiando a lo largo de toda la vida). Por el contrario, se inyecta en la **dermis**, que es la segunda capa de piel más profunda. Las células de la dermis son muy estables; por lo tanto, el tatuaje es prácticamente permanente.

Si se está pensando en hacerse un tatuaje, hay que recordar algo muy importante: debe hacerse de manera segura. Si bien puede lucirse mucho mejor que una gran costra, un nuevo tatuaje *también* es una herida. Al igual que cualquier tajo, raspón, pinchazo, corte o perforación en tu piel, un tatuaje tiene riesgos de infectarse o provocar una enfermedad.

Es un riesgo de contraer infecciones virales, como hepatitis, infecciones cutáneas bacterianas o dermatitis (irritación severa de la piel).

Además, algunas personas presentan reacciones alérgicas a la tinta de los tatuajes. Y si ya se padece de una afección cutánea, como eccema, se pueden tener erupciones como resultado del tatuaje.

Pueden suceder complicaciones graves si alguien intenta realizar el tatuaje por sí mismo, si lo hace algún amigo o si lo realiza en un ambiente que no está limpio. Para hacer tatuajes deben colocarse inyecciones debajo de la piel, puede contraerse virus como el VIH, y la hepatitis B y C si no se toman las precauciones adecuadas. Por este motivo, la Cruz Roja de los Estados Unidos y otros bancos de sangre solicitan que la gente que se realiza tatuajes espere 12 meses antes de donar sangre.

Tanto los tatuajes como las perforaciones son comunes entre los individuos del grupo social EMO. Los datos comentados anteriormente deberían ser del conocimiento de todos ellos de tal manera que puedan tomar la decisión de realizarse un procedimiento en su piel que no deja de tener riesgos para la salud y, aunque muchos de ellos, con el tiempo, se retirarán las perforaciones y taparán los tatuajes con sus ropas, no podrán eliminar las infecciones que pudieron haber adquirido por no tomar las precauciones necesarias. Es importante que se tomen medidas para que todos ellos estén informados sobre los riesgos que para su salud conlleva el realizarse tatuajes o perforaciones.

Conductas de alto riesgo (ejercicio de la sexualidad sin la protección adecuada)

La conceptualización de la conducta sexual de riesgo se ha representado por la edad del inicio de la vida sexual (más temprano mayor riesgo), el número de parejas sexuales (más parejas mayor riesgo), la frecuencia de relaciones sexuales (más frecuencia mayor riesgo) y el uso de condón (no usarlo equivale a mayor riesgo). El riesgo se refiere a las consecuencias: embarazo no deseado que puede llevar a un aborto legal o ilegal; contagio de enfermedades de transmisión sexual (ETS) que incluyen: gonorrea, sífilis, tricomoniasis, vaginosis bacteriana, clamidia, virus de papiloma humano, herpes genital, hepatitis, vih-sida.²⁸

Las prácticas sexuales y sus posibles problemas²⁹

En nuestra cultura se funciona con el supuesto de que los adolescentes no tienen prácticas sexuales, especialmente en relación a las relaciones coitales. Por eso las familias, la escuela y los servicios sanitarios han actuado hasta hace poco tiempo, y aun hoy en numerosos casos, como si nada hubiera

cambiado. Mientras tanto, las actitudes y las conductas de bastantes adolescentes han cambiado radicalmente. Nos preguntamos en este apartado: cuáles son los hechos, qué precio pagamos, cuáles son las causas de estos hechos y qué líneas de intervención consideramos más adecuadas.

Los hechos

Es indudable que las cosas han cambiado y siguen cambiando. Numerosos adolescentes no tienen relaciones sexuales conforme a lo esperado por la cultura y lo deseado por muchos padres. Pero en otros muchos casos la realidad es bien distinta, porque una cadena de hechos interrelacionados aparece en todos los estudios recientes³⁰:

a) Los adolescentes cada vez tienen actitudes más liberales y se consideran cada vez con más frecuencia y convicción con el derecho a tener relaciones sexuales. De hecho, en la actualidad ponen menos condiciones como necesarias para acceder a las relaciones sexuales, limitándose, en numerosos casos, a decir que basta que ambos quieran. Hay, en todo caso, un grupo importante que considera que es necesario el afecto, especialmente en las chicas.

²⁸ Palacios D.J.R., Bravo F.M.I., Andrade P.P. (2007) Consumo de Alcohol y conducta social de riesgo en Adolescentes. *Psychology Internacional*, Volume 18, Number 4, Appendix.

²⁹ López Sánchez Félix. Universidad de Salamanca. Intervención en la sexualidad infantil y adolescente. http://www.sccalp.org/boletin/177/BolPediater2001_41_269-293.pdf

³⁰ BOLETÍN DE LA SOCIEDAD DE PEDIATRÍA DE ASTURIAS, CANTABRIA, CASTILLA Y LEÓN. IV Curso de Excelencia: "Actualización en Nefrourología Infantil y Medicina del Adolescente". Páginas 269-293.

b) Un número importante de adolescentes acceden cada vez más pronto, en relación con el pasado inmediato a las relaciones sexuales completas. Aproximadamente la mitad ha tenido al menos una relación sexual coital antes de los 16-18 años.

c) Los que tienen relaciones coitales las tienen, en mayor número de casos con mayor número de parejas, que en el pasado.

d) Desde que inician las primeras conductas sexuales hasta que acceden al coito pasa menos tiempo y con frecuencia se saltan las supuestas etapas intermedias.

e) Las distancias entre los chicos y las chicas en actitudes y conductas son cada vez menores. Las chicas, en numerosos casos, han dejado de ser pasivas y de asumir el rol de decir no, es decir, han dejado de cumplir el rol de control de la sexualidad de los varones que se les había asignado culturalmente.

f) De hecho, los adolescentes tienen muchas prácticas de riesgo. Numerosos estudios señalan que éstas se dan especialmente en la primera relación y en las relaciones esporádicas.

Aunque los estudios ofrecen resultados muy diversos, en torno a la mitad o más tiene la primera relación en condiciones de riesgo, ya que no usan ningún método o recurren a “la marcha atrás”.

En relación con la edad los más pequeños asumen más riesgos, cuando tienen conductas sexuales. A medida que avanzan en edad, tienen relaciones más estables y pasan a ser, de forma habitual, activos sexualmente, tienen más prácticas seguras.

El precio que pagamos

El precio que pagamos tiene nombres concretos: embarazo no deseado (aún sin datos seguros, entre el 2 y el 5% de las chicas pueden quedarse embarazadas, viéndose obligadas a recurrir al aborto o a obligar a sus padres a afrontar la crianza del menor, como respuestas más habituales), las enfermedades de transmisión sexual y el SIDA.

Además de estos problemas, hay otros más olvidados, pero bien importantes, como son la insatisfacción sexual (influida por muchos factores que tienen que ver con el lugar de las relaciones, la forma y prisa de las relaciones, la ignorancia, etcétera) y el sentimiento de frustración.

Un problema especial del que ahora hemos tomado verdadera conciencia es el de los abusos sexuales a menores.

Las causas

La causas son muy complejas y tienen que ver con los planteamientos contradictorios de nuestra sociedad sobre la sexualidad de los adolescentes (a los cuales permite, incita y sobreestimula, a la vez que les niega informaciones y ayudas), las características de los propios adolescentes (su tendencia a asumir riesgos, minusvalorar lo que dicen los adultos, dejarse presionar por los compañeros y buscar nuevas experiencias), la naturaleza de la pulsión sexual (que provoca una alta motivación y un refuerzo inmediato muy grande, frente a posibles riesgos, que no son seguros y se manifestarían, en todo caso, en el futuro) y la tendencia a consumir alcohol como mediador de ocio (desinhibiendo los deseos sexuales, disminuyendo la conciencia de riesgo, haciendo más improbable las prácticas seguras, fomentando el descontrol y hasta la posibilidad de recurso a la agresión sexual).

TABLA. LAS CAUSAS

<p>1. Causas generales:</p> <p>1.1. Permisividad y no aceptación.</p> <ul style="list-style-type: none">- Contradicción cultural.- Contradicción de los adolescentes. <p>1.2. El alcohol como mediador de ocio.</p> <p>1.3. La naturaleza de las conductas sexuales.</p> <p>1.4. Prejuicios ante el preservativo y la planificación.</p> <p>1.5. Características de los adolescentes.</p> <p>2. Características personales.</p>
--

En el grupo social EMO es importante destacar la importancia de las medidas de intervención que se sugieren a nivel internacional, tal como se comenta a continuación. Esto debido a que en este grupo, tal como comentábamos en el caso de las tendencias suicidas, se observan una serie de características que pueden favorecer la tendencia al descuido en el ejercicio de la sexualidad y a la promiscuidad en búsqueda de un apoyo emocional, aunque sea efímero, por parte de sus parejas sexuales. En algunos casos, sus tendencias suicidas pueden cristalizarse precisamente en el ejercicio de una sexualidad arriesgada, con el objetivo no declarado de enfermarse.

Las características del grupo social EMO, mencionadas antes, y que vienen al caso también en el tema que nos ocupa, son las siguientes:

- problemas familiares: en muchos casos: violencia familiar (incluidos el abuso físico, sexual o verbal/emocional);
- depresión: esta es una característica esencial de este grupo social
- negativismo: o visión negativa de las situaciones y personas.
- consumo excesivo de alcohol, o drogas;

- estrés: provocado por escasas expectativas de futuro; sensación de rechazo social (familia, tribus urbanas u otros grupos sociales)
- exposición a comportamientos suicidas de otras personas: muchos emos con los que se relacionan, y muchas historias de emos que se han quitado la vida (“suicidio por contagio”).

La intervención

Teniendo en cuenta los factores señalados, no es fácil conseguir llevar a cabo intervenciones eficaces porque en muchos casos no se dan las condiciones sociales para el éxito de éstas: la no aceptación de que los adolescentes puedan ser sexualmente activos, como causa general, y el silencio familiar y escolar, y la falta de asistencia en planificación sexual específica para jóvenes, como factores más concretos, condenan al fracaso la mayor parte de las intervenciones.

Para que las intervenciones puedan tener un alto grado de eficacia son necesarias varias condiciones previas:

a) Reconocimiento social de que numerosos adolescentes son de hecho, sexualmente activos y que, por tanto, pueden serlo.

b) Romper el silencio familiar, de forma que los padres hablen abiertamente con los hijos de la posibilidad de que de hecho tengan relaciones sexuales. Los padres pueden y deben darles sus criterios sobre estas relaciones incluso si son contrarios a ellas, pero, sean cuales sean sus consejos deben:

- Aumentar la conciencia de riesgo si se tienen conductas sin prácticas seguras.

- Informales de cuales son las prácticas seguras

c) Generalizar la educación sexual en las escuelas de forma que los púberes y adolescentes reciban:

- Adecuadas informaciones.

- Una visión positiva de la sexualidad.

- El reconocimiento de las diferentes biografías sexuales (unos sin relaciones y otros con ellas).

- Conocer los riesgos reales de embarazo, SIDA, Enfermedades de Transmisión Sexual, y aumentar la conciencia de riesgo con testimonios reales.

- Entrenarles, en situaciones simuladas, en las prácticas de sexo seguro.

- Poner a su disposición informaciones sobre los recursos materiales como el preservativo y asistenciales como los centros de asesoramiento a jóvenes.

d) Conseguir de la comunidad que ponga al servicio de los adolescentes medios, como el preservativo, y centros de asesoramiento en planificación; y oportunidades para formas de ocio no mediatizadas por el alcohol.

Los miembros del grupo social EMO, al igual que todos los adolescentes deben aprender:

- que tienen derecho a tener biografías sexuales diferentes, sin relaciones sexuales o con ellas,
- que la familia, la escuela y la sociedad están dispuestas a ayudarles a vivir su biografía sexual sin riesgos,
- que éstos riesgos son difíciles de evitar si no se reconocen a sí mismos como sexualmente activos (siempre que haya alguna posibilidad de que lo sean),
- que aumenten su conciencia de los riesgos,
- aprenden a decir “no” cuando esto es lo que quieren (reconociendo el derecho a ser diferente, distinto de los demás, si es el caso),
- que sepan ser asertivos con sus posibles parejas (no dejándose presionar y exigiendo condiciones de sexo seguro) y,
- que dejen de usar el alcohol como mediador de ocio.

Abuso de sustancias.

El consumo perjudicial de sustancias y la dependencia a las mismas es un flagelo para la juventud del mundo occidental en general. En México se ha incrementado mucho el consumo de sustancias psicoactivas por parte de la juventud en las últimas décadas. El grupo social EMO y otros grupos sociales no son la excepción a la regla en este aspecto. Al igual que el resto de la juventud muestran conductas liberales en cuanto al consumo de sustancias: alcohol, estimulantes (“tachas”, cocaína), euforizantes (marihuana) y algunos utilizan diferentes “cocteles” que incluyen alcohol y sustancias de prescripción médica (tranquilizantes principalmente).

Sin embargo, los individuos que pertenecen al grupo social EMO, en general, consideran que no requieren de consumir drogas para poder expresar sus sentimientos. Debido a que su núcleo ideológico es precisamente la expresión emocional, y las sustancias psicoactivas pueden bloquear o alterar esa expresión emocional auténtica, los EMO tienden a evitar el consumo de sustancias. De hecho alguna de las teorías con relación a los recientes ataques (principios del 2008) a grupos de EMOs en México, se han vinculado con intereses económicos, específicamente, a la distribución de drogas por otros grupos sociales (la no participación de los EMO está alterando su

mercado, y los EMO ocupan espacios públicos en los que los narcotraficantes desearían poder ejercer su comercio).

*Es por tanto importante recalcar que, aunque “no todos los EMO consumen drogas, ya que no hay una “obligación” para hacerlo por el hecho de pertenecer a este grupo urbano, si las consumen algunos de ellos. Quienes lo hacen, es porque quieren escapar de tanta miseria humana, del rechazo, las burlas y la incomprensión. Hay otras formas, aparte de la droga, para olvidar, así sea por un momento.”*³¹

Es importante distinguir entre las agrupaciones o reuniones de EMOs y los chicos banda o bandas de jóvenes (pandillas) que operan en diferentes ciudades de México.

Estas pandillas son grupos locales (del vecindario) o regionales de gente joven que consumen y trafican con drogas. Una gran parte del tráfico de drogas en una ciudad es llevada a cabo por los miembros de estas bandas. El grado de violencia que muestran estas bandas es extrema.³³

No es así en el caso de los individuos del grupo social EMO. Aunque algunos de ellos son consumidores de drogas ilícitas, no son habitualmente traficantes de las mismas, ni son violentos.

El comercio de las drogas ilícitas, su tráfico y venta al menudeo está regionalizado o zonificado. En ese sentido la distribución de espacios, y el dominio de zonas concretas para la distribución de los estupefacientes, es parte nuclear de la operación de estas bandas asociadas al narcotráfico. Es por ello también que hay un grado extremo de intolerancia por parte de aquellos grupos que ya ocupan, o pueden ocupar, espacios que son dedicados, o pueden ser parte de, una zona de distribución de drogas.

En el caso de los espacios ocupados por los EMO este fenómeno puede ser parte de la explicación para la intolerancia y violencia que han mostrado recientemente contra ellos, en México y en otras partes del mundo, miembros de otros grupos sociales, tribus urbanas y pandillas.³²

En resumen, consideramos que el grupo social EMO por todas las características mencionadas anteriormente, constituye un grupo que está expuesto a un consumo perjudicial de sustancias ilícitas; sin embargo este consumo no parece ser mayor que el resto de la población de su edad que tenga los mismos grados de disfunción familiar y desadaptación social. El consumo de sustancias que muestran parece estar concentrado en el alcohol, marihuana, “tachas” o combinaciones de estimulantes con

³¹ Testimonio de Juan Pablo Moreno, miembro del grupo social EMO. Aparece en el sitio web foros.monografias.com (junio 2007)

³² National Drug Intelligence Center. “Drugs and Gangs fast facts” Enero 2005. En el sitio web: <http://www.usdoj.gov/ndic/pubs11/13157/index.htm>

alucinógenos –con motivos de diversión en “antros”. No parecen estar involucrados, como pandillas más locales, con el narcotráfico. Su actitud no es violenta, pero su movimiento si ocupa espacios y atención, que podrían causar el recelo de otros grupos sociales –pandillas o tribus- que si están involucrados con el narcotráfico y, por lo tanto, podrían provocar un ataque violento por parte de estos otros grupos.

Es importante estudiar de modo más específico y completo el consumo de sustancias ilícitas por parte de los individuos que conforman el grupo social EMO, para tener datos más específicos que permitan generar programas de apoyo para este grupo social en concreto.