

Dossier JUVENTUD II

Silencio y grito de la adolescencia¹

Silva, Alejandrina²
Gálviz, Leonardo³

Resumen

La adolescencia es una realidad evolutiva que implica una desorganización (a veces absoluta) del *statu quo* anterior. En esta etapa se producen cambios de comportamiento perceptivo, afectivo, biológico, fisiológico, psicológico. Si bien hay conductas que los agrupan, en este período etario son similares, existen *formas de vivir* la adolescencia, de entrar y salir de ella y depende en gran medida de cómo se conforma su contexto vital. El trance puede ser llevadero, vehemente o trasgresor, pero siempre será impetuoso. Estas conductas, en las miradas adultas reprobatorias, a veces de forma determinante, es lo que desencadena salidas emocionales en los jóvenes con desenlaces peligrosos o poco felices como autoagresiones, agresiones, drogas, entre otras. Este artículo, forma parte de un estudio que intenta dibujar las características generales de la adolescencia, llegando a ciertas particularidades, a veces, consideradas patológicas. Se aborda, a manera de información, algunas definiciones utilizadas sobre adolescencia, la cultura adolescente y el rompimiento generacional, el sentido de identidad y algunas anomalías que pueden llegar a ser patológicas, cuando no son tratadas a tiempo por los padres o el entorno familiar.

Palabras clave: adolescencia, drogas, anomalías adolescentes, transgresión

- 1 Este artículo es producto del proyecto de investigación denominado Violencia y Drogas en Adolescentes y Jóvenes: hacia la creación de Módulos de Prevención, financiado por el CDCHT-ULA con el código H-1079-07-09-A
- 2 Socióloga, Doctora en Ciencias Sociales, Université de Toulouse. Profesora Titular Universidad de Los Andes Venezuela. Correo electrónico: alejandrinasilvag@gmail.com
- 3 Médico Internista, Toxicólogo Clínico. Jefe de Toxicología y Medicina Interna, Hospital Santa Bárbara. Profesor de la Universidad de Los Andes. Cursante del Doctorado en Ciencias Humanas.

Abstract

SILENCE AND SCREAMING OF THE ADOLESCENCE

The adolescence is an evolutionary reality that implies disorganization (sometimes absolute) of the previous status quo. In this stage take place perceptive, affective, biological, physiological, and psychological behavioral changes. Although there are conducts that grouped them, in this period of life these are similar; there are ways to live the adolescence, to enter to this vital period and to leave it, and depends to a great extent on how the vital context is defined. The transition can be bearable, vehement or transgressor, but always it will be impetuous. These conducts, in the disapproving adult glances, sometimes in a determinist form, is what triggers emotional reactions in the young people with dangerous or less happy outcomes as autoagressions, aggressions, drugs, among others. This paper is part of a research that tries to draw the general characteristics of the adolescence, to determine certain particularities, sometimes, considered pathological. It is tackled, as information intention, some definitions used about adolescence, the adolescent culture and the generational breaking, the sense of identity and some anomalies that can be pathological, when are not treating on time by parents or the family surroundings.

Key words: *adolescence, drugs, adolescent anomalies, transgression*

1. Definiciones y consideraciones

La adolescencia es una realidad evolutiva que arrastra una desorganización del statu quo anterior difícil de sobrellevar. Se producen cambios en el comportamiento de tipo afectivo, fisiológico, psicológico, que alteran la percepción del tiempo y del espacio, la manera de ver el mundo y de relacionarse con los otros. Los sucesos en esta etapa, los viven todos, pero de ninguna manera la adolescencia es vivida igual por todos, “no existen solo diversas formas de expresar la adolescencia, existen diversas formas de ser adolescente, de vivir la adolescencia”.

Los ritos de paso de las sociedades primarias, captaban estos cambios puberales, evidentes entre los diez y trece años, elaborando el corte de los lazos de unión con la madre, cambiando el estatus de crecimiento ante la aceptación del grupo social, la autonomía sexual, afectiva, intelectual. La entrada a la vida, en algunas sociedades, o en algunos estratos de nuestra cultura occidental, es a veces precoz. Por

entrada a la vida entendemos la incorporación al trabajo, a la producción a la sexualidad o la imposición de responsabilidades no acordes con la edad y la experiencia.

Estos cambios, casi en todos los casos, suelen estar acompañados por asombro, miedo, angustia y ansiedad; el miedo, emoción arraigada en los seres humanos, ligada a instintos, condiciona ciertas conductas, a veces violentas o incomprensibles, como respuesta ante la incertidumbre de las vivencias súbitas, que no dejan tiempo a la reflexión.

Según Kaplan (1991:2), "la adolescencia no es ni una repetición del pasado, ni una mera estación intermedia entre la infancia y la edad adulta. Es un espacio pleno de historia y potencialidad". Para la Organización Mundial de la Salud (OMS), la adolescencia es "un periodo formativo crucial que moldea la manera como se vivirán los años adultos, no sólo en relación con la salud sexual y reproductiva, sino también en la vida productiva, social y económica".

2. La familia y el entorno

Las formas de vivir la adolescencia dependen del contexto social y es generalmente la familia, el núcleo más cercano y el que menos conoce de la importancia de estos cambios que viven los jóvenes. La familia, al no estar prevenida o educada sobre la situación "adolescencia", también sufre desconcierto ante los cambios, reaccionando con angustia y anticipando, a veces, el desastre debido a las conductas contradictorias, diversas, inexplicables de los jóvenes. Frecuentemente, aparece el conflicto y la irritación en los adultos. Esta situación produce un clima de hostilidad en el hogar y que ninguno de los dos lados está dispuesto romper.

Las conductas atrevidas y desmesuradas de los adolescentes son percibidas por los adultos como una amenaza invasiva, amoral y hostil del territorio adulto, reaccionando muchas veces con desmesurada severidad y olvidando la fragilidad y la inmadurez de este grupo.

El reconocimiento social del derecho a la diferencia, como un derecho más, tuvo lugar alrededor de la década de los años cincuenta, esto reivindicó el derecho de los adolescentes a reafirmar y a definir por sí mismos, sus identidades y propició algunos cambios en el trato hacia

los jóvenes, cambios reconocidos socialmente, que también llevaron a la invención de estereotipos como “jovencitos”. Esta tregua generacional, producida después de la Segunda Guerra Mundial, hizo que los adultos comenzaran a emular a la juventud, vistiendo franelas, jeans, equipos deportivos, alhajas psicodélicas (al estilo del festival de Woodstock) y con la intención de buscar compañeros sexuales.

3. Cultura y ruptura generacional

Para comprender el funcionamiento y, en general, las dinámicas socioculturales en los diversos períodos históricos, la edad es una variable importante en la organización de la vida, además de cumplir una función fundamental en la formación y en el ejercicio de la identidad. En la búsqueda identitaria hay un momento que se produce un quiebre, generado por las fricciones con los padres o con los mayores.

Existen elementos que, a nuestro juicio, marcan la llamada “ruptura generacional” que diferencia de una manera definitiva el mundo adulto del mundo juvenil. Esta ruptura, posibilita un afianzamiento personal de autonomía, de independencia y responde a la necesidad de construir nuevos modelos societales, nuevos valores, basados en esas nuevas subjetividades juveniles.

“Adolescentes y Jóvenes”, son construcciones culturales, basadas en primer lugar como una fase natural del desarrollo humano, y referida a una forma de comportamiento social, que debe ser comprendida como un resultado de la cultura occidental y consiguientemente, de la formación de la sociedad industrial moderna”.

La cultura y la subcultura juvenil, constructo social nacido también en los años cincuenta, aparece por primera vez como concepto en la Escuela de Chicago, en el marco de las transformaciones que sufre la ciudad por la modernización industrial. El rock de este momento, se convirtió en el centro de esa subcultura juvenil.

Se habla de cultura juvenil a la oposición autónoma de los jóvenes, expresada en estilos de vida, en la apropiación de los espacios sociales, en la utilización del ocio, que varían en el tiempo y en relación a la cultura parental.

Por otra parte, existe la construcción de estilos juveniles compuesto por variables lingüísticas, musicales, estéticas (moda, ropa, pelo), artísticas (murales, grafitis, tatuajes, videos), percepción del cuerpo. La tecnología, es un elemento clave para comprender la nueva percepción, sensibilidad y vivencialidad del mundo de los jóvenes, donde la comprensión del tiempo y del espacio difiere de la de los padres: ellos experimentan la cultura del presente y de lo simultáneo, lo que permite vivir a una velocidad, imposible de alcanzar, chocando con la sensibilidad adulta. El mañana, no es importante, para esta generación.

Esta velocidad de los videos, de la música, de lo simultáneo, es posiblemente una impronta identitaria de los adolescentes, que se comunican por medio de sus cuerpos, tatuajes, piercing, vestimentas, movimientos; de allí su necesidad de refugio ante el rechazo de los adultos. Se fusionan de forma casi tribal, donde el *filling* es la música y algunas actividades como *capoeira* o malabares, el discurso no es necesario, la comunicación entre ellos es silenciosa, pareciera que la empatía corporal, es todo lo que necesitan.

Hay otro grupo que elige vagar: práctica de los sentidos mediante el descubrimiento de sí mismo; a veces, es también un vagar físico, una fuga permanente de la familia, del entorno, lejos de sus casas. La imaginación vuela y se inventan historias de padres ausentes, inexistentes, tiranos y madres controladoras. La necesaria ruptura parental de la adolescencia que produce sufrimiento inconsciente, los lleva a crear estatus e identidades imaginarias.

En los casos extremos se convierten en nómadas urbanos, donde su norte es la ausencia, produciendo situaciones de desorientación, no solamente espacial, también de identidad. Si no son recuperados, la vida en la calle, de desamparo, frío, hambre, los convierte en víctimas fáciles de situaciones violentas, perversiones sexuales, prostitución.

La adolescencia es el comienzo de las preguntas existenciales, la necesidad genuina del sentido de la vida, que a lo largo de la misma vamos llenando de contenido, pero esa pregunta fundamental, para un adolescente que a veces no tiene satisfecha las necesidades primarias, puede ser de frustración existencial absoluta. El vacío existencial pareciera ser más patético en la sociedad de consumo, donde las necesidades primarias y los objetos en general no lo llenan, a veces lo profundizan.

4. El sentido no puede darse, debe descubrirse

4.1. La identidad

Según Silva (1998) “en Psicología la noción de identidad individual, hace referencia a la relación con el otro. Se usa para marcar la pertenencia a un conjunto, a un grupo, para identificarse, para conocerse. Se utiliza porque da el carácter de único como singularidad y se diferencia de los otros sujetos. Se es en esencia absoluta e irreductiblemente diferente a otros sujetos”.

La identidad que se construye a partir de la cultura donde se inserta el individuo, esta cultura del siglo XXI, es radicalmente diferente a la cultura de los padres, la lectura de imágenes audiovisuales, música, conversaciones con sus pares, difiere enormemente de los valores, ideas y socialización de hace dos décadas. Si la identidad cultural es la forma de compartir una manera de ver el mundo, pareciera que la brecha generacional es cada vez más profunda; y los parámetros desde donde el adolescente construye su identidad, son evidentemente, ajenos a los de sus progenitores. Los puntos referenciales de los padres, ya no les pertenece, los espacios urbanos, han cambiado, los símbolos patrios, el territorio y la historia, les es ajena, ante la globalización de la cultura.

Las identidades se construyen con retazos, imágenes y símbolos, tomados de lo local y de lo foráneo, se mezcla la temporalidad y lo espacial, los discursos, los valores, lo personal y lo colectivo. La movilidad de las identidades la explica Barbero (1998) afirmando que “de ahí la configuración de una identidad marcada menos por la continuidad, que por una amalgama en la que aún la articulación de los tiempos largos la hacen los tiempos cortos”.

Nos preguntamos cómo se seleccionan los contenidos de la identidad que orientarán nuestras selecciones y nuestra vida adulta en la sociedad, el rol de los valores de la socialización primaria, los ideales construidos que van a reflejar vínculos e identificaciones concretas en nuestra existencia. ¿Qué pasa con los adolescentes de los barrios, aquellos que han recibido la socialización en la calle, con sus pares?

La identidad de quien soy yo, organización progresiva de sentido, de lo que me importa, de lo que me compromete, se construye sobre la base del entorno sociocultural, en su relación con los adultos y con

sus pares y finalmente y, tal vez el más importante, el tiempo histórico, su cotidianidad inmediata.

La identificación del sujeto, con un modelo, con una colectividad, con algo a que semejarse, es cada día más difícil, es por eso que encuentra modelos de grupo, que no excluyen, pero que, a su vez como grupos, pueden ser excluidos, que produciendo extrañamiento y distancia social, circunstancias que reflejan la tensión y el conflicto inherente a este concepto de identidad. Toda identidad, por tanto, es construida en un doble sentido, de similitud y diferencia respecto a otras, expresando una relación de reciprocidad, una suerte de intercambio permanente con los otros.

La tarea de los adultos con los adolescentes, en esta etapa de construcción identitaria, sería proporcionarles condiciones óptimas de vida material y afectiva, para su trabajo interior, solitario y difícil.

5. Las perturbaciones

El reconocimiento de los derechos de los jóvenes se basó precisamente, en el estudio de los cambios hormonales que tienen lugar en esta etapa y que vienen acompañados de desordenes emocionales, turbulencias, desasosiego. Hay modificaciones en el reloj biológico que pueden influir en el sueño, en la falta de sueño, y que los irrita. También conocido como ritmo endógeno, está regido por una estructura cerebral llamada núcleo supraquiasmático, el cual maneja funciones como el estado de depresión, sueño, adaptación al tiempo (día y noche), menstruación, entre otras.

La hipófisis o glándula pituitaria, es una de las glándulas endocrinas más importantes del cuerpo humano, que regula la mayoría de los procesos biológicos y centro del metabolismo, culmina su proceso madurativo en la pubertad. En el hipotálamo, otra glándula endocrina, que en conjunto con la hipófisis realizan la homeostasis o regulación del medio interno de nuestro organismo, para mantener el equilibrio del funcionamiento de todos los órganos, es decir, mantiene en conjunto, nuestra normalidad cotidiana, se producen los factores que determinan la liberación de hormonas responsables de los cambios fisiológicos y psicológicos, cambios que pueden expresarse como desorden en el humor, carácter, emociones y como avalancha incontenible de sensaciones nuevas.

El sueño es un estado de la mente automático, en que el cerebro y los órganos disminuyen sus funciones. Hay una tendencia en los adolescentes y jóvenes en general, a percibir que dormir, es una pérdida de tiempo, y muchos no respetan su necesidad de descanso. Hay dos momentos del día en que el cuerpo necesita descansar, específicamente dormir. Uno es la siesta y otro, la noche. El reloj biológico regula la luz y la oscuridad, para regular el sueño. Si no hay el necesario descanso que cada uno necesita, el rendimiento diario disminuye. También hay emociones relacionadas con el cansancio que produce la falta de sueño como depresión y tristeza, frecuentes en ese periodo. La falta de sueño se relaciona con el aumento de la presión sanguínea, lo que a su vez se vincula al incremento del riesgo de sufrir un ataque cardíaco y accidentes cerebrovasculares, irritabilidad emocional, fatiga, falta de concentración y la agudización de enfermedades ya existentes como diabetes, además de alterar la producción de la melatonina, neurohormona con funciones pertinentes en el reloj biológico o ritmo circadiano; es liberada en presencia de oscuridad, por tanto, es hipnoinductora, pero además tiene una función importante en los procesos de oxidación celular y, por ende, su disminución se expresa en envejecimiento celular y esto a su vez se traduce en personas con más depresión, irritabilidad, cansancio extremo, más insomnio e inmunosupresión. Cuando se dan estas condiciones, los jóvenes están expuestos a presentar episodios infecciosos más intensos y frecuentes asociados al conjunto de patologías ya mencionadas.

Los cambios físicos y hormonales confunden y los adolescentes deben reaprender y asimilar esos cambios, para aceptar la nueva imagen de sus cuerpos, de sí mismos. La no aceptación de sus cuerpos según François Richard, es una reacción contra las figuras parentales y puede ocasionar diversos trastornos y malestares psíquicos.

Los malestares psíquicos individuales, no pueden dissociarse de una percepción del mundo externa, de un sentido de vacío, de una desorganización simbólica, de un desinterés anómico. Según Richard (1998:42), "los malestares psíquicos de los adolescentes, se caracterizan a menudo por una indistinción entre el malestar interno y el malestar de lo externo".

Las depresiones, muchas veces no son detectadas por los adultos, los indicadores son la pérdida de energía e interés, sentimiento de culpa, dificultades de concentración, pérdida de apetito y pensamiento de muerte o suicidio; pero, también, nos dice Hornstein (2006), "el agobio

se muestra en la temporalidad ('no tengo futuro'), en la motivación ('no tengo fuerzas') y en el valor ('no valgo nada')".

Se conocen varios tipos de depresiones, por ejemplo, la distermia produce irritabilidad e incapacidad de concentración, baja autoestima, pesimismo, tristeza, y suele afectar de 3% a 5% de la población, de acuerdo a datos de la OMS; o la depresión severa que incapacita para el trabajo, el sueño, comer, y puede presentar todos los síntomas anteriores.

Por depresión se entiende al conjunto signos y síntomas que afectan al área afectiva, presentándose una tristeza e infelicidad temporal o permanente, que afecta la condición orgánica, familiar, social y laboral del individuo, asociado a un decaimiento físico que conlleva a una incapacidad laboral e irritabilidad y autoestima baja que por lo general conduce a la persona al aislamiento total de su entorno.

Otra condición indeseable es el trastorno maníaco-depresivo o bipolar, relacionado con cambios bruscos de humor y estados anímicos exaltados, hiperactividad y una excesiva necesidad de hablar.

La depresión es una enfermedad que puede producirse a cualquier edad, en niños, adolescentes y jóvenes, aunque hasta hace unos años, se creía que solamente afectaba a los mayores. Muchos se recluyen en el silencio del abatimiento, pero otros, intentan cambiar los síntomas sumergiéndose en el ruido y en la violencia, el consumo de drogas o la adicción a alguna actividad.

La biología molecular y la neurofisiología, en general, han demostrado que las emociones están directamente relacionadas con las dolencias y enfermedades. Todos los síntomas, parecieran ser la expresión de la enfermedad que se produce en la conciencia. Sirva esto para aclarar que no suscribimos las divisiones de las enfermedades, tales como: psíquicas, psicosomáticas, etc. Más bien, creemos que la llamada inteligencia emocional y la neurociencia de los últimos años, han dado por fin respuestas y demostraciones "científicas" con una concordancia asombrosa a los planteamientos milenarios de algunas filosofías orientales.

6. El cuerpo

El cuerpo, nos dice Merleau Ponty (citado en Peña y Lillo, 1997:71), “es eminentemente un espacio expresivo. El cuerpo para algunos filósofos existencialistas, sería lo esencial del fenómeno humano y, en cierto modo, su realidad más radical: el fundamento metafísico de su existencia y el soporte último de toda experiencia y conocimiento”.

La percepción, como toda sensación interior, es absolutamente arbitraria y difícil de juzgar, es por esto que disciplinas como la psiquiatría elaboran términos específicos: “fisiognomía” para designar el arte de juzgar el psiquismo por medio de la “fisonomía”, el aspecto exterior de las personas o cosas, para determinar lo normal y lo patológico.

La hipófisis juega un papel determinante en la etapa juvenil; esta glándula endocrina regula la mayoría de los procesos biológicos y centro del metabolismo. En la pubertad, culmina el proceso madurativo de las glándulas que se inició en la vida intrauterina. Es en el hipotálamo donde se produce los factores que determinan la liberación de hormonas. Es entonces este un período de cambios fisiológicos y, por ende, psicológicos que producen un desorden en el humor, carácter y emociones, difíciles de controlar en la avalancha de cambios y sensaciones nuevas. Es importante entender estos cambios y estar consciente que el hipotálamo y la corteza cerebral influyen directamente sobre el sistema inmunológico y este, a su vez, recibe órdenes de las emociones. El estrés emocional y físico que viven los adolescentes puede ocasionar diversas patologías.

El “dimorfismo” es la idea de un individuo normalmente constituido que cree estar afectado por deformaciones (psíquicas). Cree que su cuerpo es deforme. Esta obsesión de deformidad, puede corresponder a la gordura o la delgadez, sobre la talla o la cara, sobre los caracteres sexuales (vellos, testículos, glande, senos). Esta anomalía, la sufren mayoritariamente los adolescentes y comienza en la pubertad, en el momento que experimentan cambios anatómicos y psicológicos, que les causa perturbación y ansiedad.

El dimorfismo, solamente puede curarse con terapia, ya que la percepción de fealdad e insatisfacción general de sí mismo, solamente es percibido por la persona que la padece, quien muchas veces piensa que al no tener posibilidad de cambio, en la percepción de sí mismo,

puede llegar a atentar contra su vida. En la actualidad, los adolescentes con posibilidades económicas ven como salida “normal”, con la anuencia de los padres, recurrir a la cirugía. En otros casos, al intentar cambiarse, utilizan medios absolutamente peligrosos.

La anorexia, que aparece fundamentalmente en la adolescencia, es el rechazo voluntario a los alimentos por miedo a engordar. Su signo más notorio es el adelgazamiento excesivo, las jóvenes se sienten y se ven a sí mismas gordas aun siendo muy delgadas, aun más, llegando a la caquexia. Es un trastorno de la conducta alimenticia, que se caracteriza por una pérdida significativa del peso corporal producida normalmente por la decisión voluntaria de adelgazar. Este adelgazamiento se consigue suprimiendo o reduciendo el consumo de alimentos, también con mediante la provocación del vómito, uso de laxantes, exceso de ejercicio físico y consumo de anorexígenos y diuréticos.

La bulimia es la ingesta excesiva y compulsiva de alimentos. La preocupación por el peso, en personas que generalmente siguen dietas drásticas, los lleva a provocarse vómitos, también consumen laxantes y diuréticos innecesarios y ejercicios en exceso. La particularidad de esta patología consiste en que la persona sufre episodios de comilonas de manera apremiante y compulsiva, seguido de un sentimiento de culpabilidad y sensación de angustia y ansiedad. Suele alternarse con episodios de ayunos prolongados o de muy poco consumo de alimentos, pero al poco tiempo vuelven a sufrir episodios de ingestas compulsivas.

Estos trastornos suelen ir acompañados y son producto de la percepción alterada de la imagen corporal y de la personalidad, generalmente no hay conciencia de la enfermedad, pero ambas patologías separadas o presentes a la vez en particular en los jóvenes, desencadenan alteraciones psicológicas y orgánicas que complican su estado de salud emocional y física, comprometiendo además su evolución académica, social y laboral.

Existen dos tipos diferentes de anorexia: 1) tipo compulsivo, denominada también anorexia bulímica, descrita anteriormente y 2) anorexia nerviosa, tipo restrictivo, en donde la pérdida de peso es producida por ayunos exagerados de comida y líquidos con hiperactividad, lo que a la larga produce no sólo pérdida de peso, también amenorrea, depresión, ansiedad, baja autoestima, aislamiento. La anorexia, aparece

muy a menudo, como consecuencia de algún evento difícil de asimilar, pero que responde a una dificultad narcisista muy profunda. Ambas enfermedades la padecen en un porcentaje muy alto las mujeres.

Culturalmente, en los países occidentales, la delgadez, se ha convertido en un elemento de belleza y juega un papel importante en estas enfermedades. No se trata de simples trastornos alimentarios, sino de verdaderas enfermedades psicológicas que pueden inducir a la muerte.

Cortarse como impulso al alivio de sentimientos intensos de frustración, ira, vergüenza, tristeza y depresión, suelen ser algunos de los desencadenantes para autoinflingirse heridas. La inmadurez emocional o el mal manejo de las emociones fuertes, provocan en algunos adolescentes el deseo de autoagresión. La mayoría de los adolescentes que se cortan no pretenden suicidarse, pero el alivio momentáneo al sufrimiento, puede generar conductas compulsivas de este tipo. Sin embargo, esta conducta produce sentimientos encontrados, puede haber vergüenza del acto y es por eso que el corte se realiza en sitios que se pueden ocultar.

La depresión, puede producirse por desorden emocional y estar acompañada por intentos de suicidio, abuso de alcohol y drogas. La mayoría de las personas que tienen ideas, gestos o intentos suicidas están, además, deprimidos, cuya motivación son entre otras, la pérdida del control sobre una situación importante para su vida con las emociones involucradas en este contexto y la pérdida de todo enfoque y perspectiva positiva del futuro.

La enfermedad psiquiátrica con más riesgo de suicidio es la depresión —entre un 10% y 15% (OMS, 2005). Los tres síntomas de la depresión relacionados con el suicidio son:

- Acentuación del insomnio.
- Apatía y abandono del cuidado personal y detrimento de la condición laboral, familiar y social.
- Aumento del deterioro cognitivo.

Estos signos y síntomas los vemos en los jóvenes que después de consumir sustancias nos llegan a la emergencia hospitalaria.

El aumento de suicidios en los últimos años, en niños y, sobre todo, en adolescentes entre 13 y 20 años es alarmante. Las causas, descartando el trastorno mental o antecedentes familiares, se deben a pérdidas dolorosas de familiares, amigos o amores no correspondidos, cambios bruscos de ciudad, país, imposibilidades de adaptación, abuso sexual, ser víctima de violencia física o psicológica, consumo de drogas, de fármacos, asimismo, para llamar la atención, manipular, provocar remordimiento, autocastigo, integrar una familia disfuncional o violenta, y la incapacidad de manejar sentimientos.

Una de las causas de la agresividad y la violencia es el consumo de drogas, que cuando es motivado sólo por experimentar, hay un alto porcentaje de no reincidencia. También se dan los consumos ocasionales y se practican generalmente en grupos. Los consumos habituales, de uso frecuente, pueden ser un indicio de drogodependencia, donde la vida gira en torno a la droga. Esta situación produce cambio en el carácter y en la personalidad, producto de la inestabilidad emocional, resultado del consumo frecuente y la adicción.

Por otra parte, la violencia, según el informe de la OMS del año 2005, es la principal causa de muerte de adolescentes en toda la región de América Latina y el Caribe; se generan cerca de 25.000 casos cada año de jóvenes con edades entre 15 y 19 años.

Es importante resaltar que de las muertes de jóvenes en Venezuela, no existen estadísticas oficiales y tampoco se registran en los hospitales, por tanto, las causas de muerte por sobredosis de drogas constituyen un subregistro.

Hace algunos años la escalada de drogas comenzaba con cannabis, cocaína y derivados, anfetaminas, barbitúricos y benzodiazepinas, para culminar en la heroína. Este recorrido pareciera ser paralelo al sentimiento de soledad en el consumo de estas sustancias. Se afirma que los consumidores de alcohol y tabaco, son más propensos a probar o a consumir otras drogas. Esta afirmación ya forma parte de las leyendas urbanas, porque hoy, el consumo no se produce en esa escalada, y los jóvenes consumen directamente drogas duras, como cocaína o LSD, opiáceos, tranquilizantes y estimulantes en general. La falta de información, les lleva a mezclar drogas, con resultados muchas veces fatales.

La Organización Mundial de la Salud define una droga como: “una sustancia (química o natural) que introducida en un organismo vivo por cualquier vía (inhalación, ingestión, intramuscular, endovenosa), es capaz de actuar sobre el sistema nervioso central, provocando una alteración física y/o psicológica, la experimentación de nuevas sensaciones o la modificación de un estado psíquico, es decir, capaz de cambiar el comportamiento de la persona”. Cuando el consumo de la sustancia se hace cada vez más regular, con el fin de experimentar sus efectos psíquicos y, a veces, para evitar el malestar producido por su privación, estamos hablando de fármacodependencia.

La dependencia síquica es la compulsión a tomar una sustancia determinada para obtener la vivencia de efectos agradables y placenteros o evitar malestar. A su vez, la dependencia física es un estado de adaptación del organismo producido por la administración repetida de una sustancia. Se manifiesta por la aparición de trastornos o alteraciones orgánicas, de cierta intensidad cuando se interrumpe la administración de la sustancia.

También se observa el policonsumo, que se produce cuando el sujeto se administra una variada gama de sustancias, con el objetivo explícito de mantener alteradas sus funciones mentales.

El DMS IV o Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, refiere que para poder ser diagnosticada la dependencia de sustancias, ha de comportar un patrón desadaptivo de consumo que lleva al deterioro (físico, psicológico y/o social) y junto al que han de darse, al menos, tres de los siguientes criterios en algún momento de un período continuado de 12 meses:

- Tolerancia. La persona presenta menor sensibilidad a la droga consumida, así, la dosis habitual produce menos efectos, con lo que se necesitan dosis más altas para producir los mismos efectos.
- Abstinencia. Es la situación que se presenta en el momento en que falta la droga, aparecen todo un conjunto de signos y síntomas de carácter físico y psíquico, cuya intensidad y curso temporal van a depender del tipo de droga y otros factores como frecuencia, cantidad y antigüedad del consumo.

- La sustancia es consumida en cantidades mayores o durante más tiempo de lo que se pretendía en un principio.
- Existe un deseo persistente o esfuerzos infructuosos de interrumpir el consumo o de controlarlo.
- Se emplea mucho tiempo en actividades relacionadas con la obtención de la sustancia, consumo o recuperación de sus efectos.
- Se da una importante reducción de las actividades cotidianas del sujeto debido a la ingesta de la sustancia.

Se continúa consumiendo la sustancia a pesar de tener conciencia de sus potenciales riesgos.

El CIE 10 (OMS 2005), refiere que para poder hablar de dependencia han de presentarse tres o más de los siguientes criterios en un periodo de 12 meses:

- Fuerte deseo de consumir la sustancia.
- Dificultades para controlar dicho consumo.
- Síndrome de abstinencia al interrumpir o reducir el consumo.
- Tolerancia.
- Abandono progresivo de intereses ajenos al consumo de la sustancia. Inversión cada vez mayor de tiempo en actividades relacionadas, con la obtención de la sustancia o con la recuperación de sus efectos.
- Persistencia en el uso de la sustancia a pesar de percibir de forma clara sus efectos perjudiciales.

Hay dos enfermedades que raramente son detectadas por los padres, pero que pueden desencadenar grandes problemas emocionales para quienes los padecen: el bruxismo o estrés dental que produce alteraciones en el sistema maxilofacial por apretar los dientes; y el acné juvenil, que produce baja autoestima e incomunicación, es común en la pubertad y es una respuesta anormal ante niveles normales de la

hormona masculina testosterona y su forma activa dihidro testosterona; tiende a desaparecer o al menos disminuir después de la pubertad, de todos modos, no hay manera de predecir cuánto tiempo tardará en desaparecer completamente y algunos individuos continuarán sufriendo acné durante mucho tiempo después. Ambas enfermedades deben ser tratadas por especialistas. Las edades en que aparecen suelen estar entre los 13 y 17 años.

Definitivamente estamos coexistiendo en la subcultura de la droga, desde la mañana cuando tomamos café o té, y que se sigue realizando durante el transcurso de todo el día, hasta la noche, en que podemos aliviarnos al volver al hogar, con un estimulante alcohólico o para dormir tranquilos, tomamos todas las noches un inductor del sueño, recetado por un médico o recomendado por un vecino o familiar que tiene tiempo usándolo, sin contar el uso de otras sustancias, llamadas drogas lícitas tales como alcohol, cafeína, cigarrillo y chimó, que debido a la facilidad para conseguirlas, son más las personas que las usan para sobrellevar el trajín cotidiano. Todos los problemas relacionados con el consumo de sustancias lícitas o ilícitas como la alteración del funcionamiento cerebral modificando la producción, la liberación o la degradación de los neurotransmisores cerebrales, producen una modificación del proceso natural de intercomunicación neuronal y por ende de sus funciones, de esta manera es como las drogas logran alterar nuestra percepción sensorial, la sensación de dolor o bienestar, los ritmos de sueño-vigilia, etc.

Las nociones acerca de la etiología de la fármacodependencia han tomado importancia cardinal, porque su conocimiento ha generado tratamientos farmacológicos apropiados. Además, como toda enfermedad crónica, las alteraciones por uso de sustancias constituyen una forma polifacética, en la cual podemos distinguir elementos biológicos o hereditarios, psicológico-conductuales, ambientales o del medioambiente familiar y socioculturales, incluso religiosos.

Al observar y examinar los agentes individuales –en quienes cobran importancia los factores neurofisiológicos de la dependencia y/o adicción, en un modelo que se centra en la búsqueda de un estado placentero y en el hecho de que la droga es un camino para inducir ese estado, otras conductas– es evidente la carencia de valores espirituales y una percepción negativa de la familia, la falta de relaciones afectuosas con los padres que en ocasiones no se interesan en la vida de los jóvenes,

pero además mayor presencia de psicopatologías, trastornos de la salud ya mencionados anteriormente, incapacidad para tomar decisiones en situaciones académicas y laborales, o para expresar emociones, nulo o bajo rendimiento escolar, presencia de conductas sexuales desviadas, búsqueda de emociones inadecuadas e inapropiadas, uso temprano de bebidas alcohólicas y su mezcla con otras sustancias, baja estima personal. Es decir, un sinnúmero de alteraciones orgánicas y psicológicas que afectan todo el ambiente que rodea a la persona consumidora. A manera de cierre de este artículo, podríamos decir que la incompreensión sociocultural a estos fenómenos pareciera ser obvia. Este es un grupo etario que siente la soledad al momento de buscar respuestas a problemas existenciales, inserto en una cultura indiferente e incapaz de proveer políticas de información y apoyo concreto, irrespetando las diferencias de los modos de vivir la adolescencia. Lo que nos parece más grave es que en países de Latinoamérica donde la pirámide poblacional es abultada hasta los treinta años, como es el caso de Venezuela en que los jóvenes constituyen el 60%, no existen políticas concretas de apoyo a esta población, al parecer, la más desatendida. Esta circunstancia se enmascara con "leyes de protección", pero en la realidad encontramos (según cifras de la OEA) que más de quince mil niños entre 10 y 15 años trabajan, que el abandono y la deserción escolar no están estadísticamente al día, que la cantidad de niños y jóvenes de la calle (que huyen de sus casas) es un dato que no figura en las cifras oficiales y, lo más grave, es que de las muertes semanales, la mayor parte corresponde a jóvenes menores de treinta años. Finalmente, creemos importante compartir la firme e irreductible creencia que "los jóvenes hoy son parte esencial de la sociedad que los alberga".

Bibliografía

- ARON, R. (1977). *Historia y dialéctica de la violencia*. Monte Ávila, Caracas.
- BARROSO, M. (1995) *Autoestima del venezolano*. Galac. Caracas.
- BAUGNET, L. (1998). *L'a identité sociale*. Editorial Dunod, París.
- BENJAMIN, W. (1991). *Para una crítica de la violencia*. Taurus, Madrid.
- BERGER, P. y LUCKMANN, T. (1967). *La Construcción social de la realidad*. Amorrortu, Buenos Aires.
- BERNARD, M. (1995). *Le corps*. Editions du Seuil, Francia.
- CEPAL (2005). Boletín demográfico No. 69, América Latina y el Caribe Estimaciones y Proyecciones de población.
- CORSÍ, J. y PEYRÚ, G. M. (2003). *Violencias sociales*. Ariel, Barcelona.
- CRESPO, J. A. (2007). Bases neuroquímicas de la adicción. En: *Revista Latinoamericana de Psicología*.
- COWIE, H. (1998). El maltrato entre iguales: La ayuda entre iguales. En: *Cuadernos de Pedagogía*, junio, No. 270, pp. 56-59. Fontalba S.A., Barcelona.
- CUCHE, D. (1996). La notion de culture dans les sciences sociales. La Découverte, París.
- DELGADO, M. (2005). *La construcción social de la adolescencia*. Conferencia presentada en el Congreso Ser Adolescente Hoy. Madrid.
- DE MIGUEL, M. P. y DEL REY, R. (1998). El maltrato entre iguales: El proyecto SAVE en el CP Menéndez Pidal. "Trabajar día a día". En: *Cuadernos de Pedagogía*, junio, No. 270, pp. 66-69. Fontalba S.A., Barcelona.
- DÍAZ-AGUADO, M. J. (1996). El significado de la tolerancia y la violencia en los jóvenes, 21-102, En: María José Díaz-Aguado, *Programas de educación para la tolerancia y prevención de la violencia en los jóvenes*. Volumen I. Fundamentación psicopedagógica. Instituto de la Juventud, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Madrid.
- DUBAR, C. (2002). *La crisis de las identidades*. Bellaterra, Barcelona.
- DUVEEN, G. (2000). Representations, Identities, Resistance. En: K. Deaux y G. Philogène (Eds.), *Representations of the social*, pp. 257-270. Blackwell, Oxford.
- ESCOHOTADO, A. (2006). *Aprendiendo de las drogas*. Anagrama, Barcelona.

- FERRÁNDIZ, F. y FEIXA, C. (2005). *Jóvenes sin tregua. Culturas y políticas de la violencia*. Anthropos, Barcelona.
- FRANKL, V. E. (2001). *Ante el vacío existencial*. Herder, Barcelona.
- GALLARDO, J. A. (1988). *Malos tratos a los niños*. Narcea, Madrid.
- GIRARD, R. (1975). *La violencia y lo sagrado*. UCV, Caracas.
- GÓMEZ, B. y ORTEGA, R. (1999). El maltrato entre iguales: El teléfono amigo. En: *Cuadernos de Pedagogía*, No. 270. Fontalba, Barcelona.
- HIRIGOYEN, M. (1999). *El acoso moral. El maltrato psicológico en la vida cotidiana*. Paidós, Barcelona.
- HORNSTEIN, L. (2006). *Las depresiones. Afectos y humor del vivir*. Paidós, Buenos Aires.
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA (2004). Población total estimada.
- KAPLAN, L. (1991). *Adolescencia. El adiós a la infancia*. Paidós, México.
- KEMPE, R. y KEMPE, H. (1985). *Niños maltratados*. Ediciones Morata, Madrid.
- LA PLATINE, F. (1977). *El filósofo y la violencia*. ADAF, Madrid.
- MERLEAU-PONTY, M. (1994). *Le visible et l'invisible*. Gallimard, París.
- (2003). *El mundo de la percepción*. Fondo de Cultura Económica, Argentina.
- OCHOTORENA, J. de P. (Dir.)(1998). *Maltrato y abandono infantil. Identificación de factores de riesgo*. Vitoria-Gasteiz: Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (2005). Neurociencia del consumo y dependencia de sustancias psicoactivas. Informe. OMS, OPS, CICAD.
- ORTEGA, R. (1998). El maltrato entre iguales: El proyecto Sevilla anti-violencia escolar., En: *Cuadernos de Pedagogía*, junio, No. 270, pp. 60-65. Fontalba, Barcelona.
- ORTEGA, R. y MORA-MERCHÁN, J. A. (1998). El maltrato entre iguales: Para saber más, En: *Cuadernos de Pedagogía*, junio, No. 270, pp. 72-74. Fontalba, Barcelona.
- ORTEGA RUIZ, R. (2001). *La convivencia escolar, qué es y cómo abordarla. Programa Educativo de Prevención de Maltrato entre compañeros y compañeras*. Consejería de Educación y Ciencia, Junta de Andalucía.
- OYESTERMAN, M. (1998). *Self and social representations*. Flick, Cambridge.
- PEÑA Y LILLO, S. (1997). *La manía de adelgazar*. Editorial Universitaria, Santiago de Chile.

- PÉREZ, O.; PÉREZ, T. y TROPEA, F. (1997). *Tribus urbanas*. Paidós, España.
- RABELLO DE CASTRO, L. (2005). *Juventude contemporânea*. Ed. Faperj, Río de Janeiro.
- RESTA, E. (1995). *La certeza de la esperanza*. Paidós. Barcelona, España.
- RICHARD, D. (2002). *Las drogas*. Siglo XXI, México.
- RICHARD, F. (1998). *Les troubles psychiques à l'adolescence*. Ed. Dunod, París.
- SILVA G., A. (1998). El desarraigo como forma de vida. En: *Boletín Antropológico*, No 42, enero-abril. Mérida, Venezuela.
- (1999). La aseveración de las identidades culturales en el marco del multiculturalismo internacional. En: *Revista Persona y Sociedad*. Vol. XIII, No. 3, diciembre. Santiago de Chile.
- (2000). La reproducción del desarraigo y las identidades colectivas. En: *Revista Fermentum*, No. 29, septiembre-diciembre. Mérida, Venezuela.
- (2001). Crisis de sentido y desarraigo. En: *Revista Estética*, No 4. Mérida.
- (2006). La cultura de la violencia: la transgresión y el miedo de los adolescentes. En: *Revista Fermentum*, No. 47. Mérida, Venezuela.
- SMITH, P. K. (1998). El maltrato entre iguales: no sufráis en silencio. En: *Cuadernos de Pedagogía*, junio, No. 270, pp. 51-55. Fontalba, Barcelona.
- URRA PORTILLO, J. (1995). *Adolescentes en conflicto. Un enfoque psicojurídico*. Ediciones Pirámide, Madrid.
- (1995). Reparación, mediación y conciliación. En: *Adolescentes en conflicto: Un enfoque psicojurídico*, pp. 17-26, Pirámide, Madrid.
- (1995). Psicopatologías. En: *Adolescentes en conflicto: Un enfoque psicojurídico*, pp. 107-124. Pirámide, Madrid.
- (1995). Amenazas y abusos sexuales. En: *Adolescentes en conflicto: Un enfoque psicojurídico*, pp. 125-160. Pirámide, Madrid.
- Violencia y Juventud (1998) *Revista de estudios de juventud*, No. 42. Barcelona.