

DEPRESIÓN EN LA INFANCIA Y LA ADOLESCENCIA. ANOREXIA Y BULIMIA.

FÉ COLAO GARCÍA

SUMARIO:

INTRODUCCIÓN.

1.- DEPRESIÓN EN LA INFANCIA Y EN LA ADOLESCENCIA.

1.1.- Definición.

1.2.- Datos estadísticos sobre niños (de 8 a 11 años) con depresión que pasaron por nuestra consulta.

1.3.- Comentarios a estos datos.

1.4.- Datos estadísticos sobre adolescentes (de 12 a 17 años) con depresión que pasaron por nuestra consulta.

1.5.- Comentarios a estos datos. Conclusión.

2.- ANOREXIAY BULIMIA.

2.1.- Anorexia. Definición de anorexia.

2.1.1. Tipos de anorexia.

2.2.- Bulimia. Definición de bulimia.

2.2.1. Tipos de bulimia.

2.3.- Perfil psicológico de las pacientes con anorexia y bulimia.

2.4.- ¿Cómo puede iniciarse una anorexia y bulimia?

2.5.- Datos estadísticos sobre anoréxicos y bulímicos que pasaron por nuestra consulta.

2.6.- Comentarios a estos datos. Conclusión.

Bibliografía

INTRODUCCIÓN:

“Yo soy el Camino, la Verdad y la Vida” (Juan 14, 6)

Comienzo así esta ponencia pues estoy segura de que tanto nosotros, los psicólogos, como nuestros pacientes, si nos apoyásemos en esta definición de JHS podríamos tener mucha LUZ para resolver estos males, y nuestros pacientes conocerían métodos infalibles o bien para curarse o para aceptar lo que humanamente no pudiéramos cambiar. En el peor de los casos la aceptación les daría PAZ, que considero la base más fundamental para entrar en la senda de la “felicidad” que todos anhelamos.

La beata Jacinta de Fátima ya nos decía: “Los médicos no tienen luces para curar a los enfermos, porque no aman a Dios”. Además, hoy día 13 de mayo no quería dejar de hacer una mención especial a Nuestra Señora de Fátima para que bendiga todo este Simposio y así podamos obtener el fruto deseado.

Estoy convencida de que el verdadero problema de esta sociedad es una crisis de fe, porque donde hay fe es seguro que aparece la fuerza para resolver o mitigar cualquier problema social, psicológico, etc.

Con estos temas sobre la depresión en la infancia y adolescencia y la anorexia y bulimia que se me han ofrecido para participar en este simposio (desde aquí quiero agradecer a D^a. María Antonieta Casanueva la confianza depositada en mí), deseo demostrar cómo el porcentaje de personas que sufren estos males disminuiría gradualmente si pudiéramos hacerles experimentar la fuerza de la Fé.

Quisiera también recordar desde aquí una frase con la que comienza su penúltimo libro Sor Lucía de Fátima: “Me dirijo a los que tienen fe y a los que no tienen la felicidad de poseer este don de Dios, porque todos somos peregrinos que, consciente o inconscientemente, caminamos hacia la eternidad”. Todos nosotros debemos de estar en el grupo de los que conscientemente sabemos que

caminamos hacia la vida eterna, y por eso tendríamos que hacer más conscientes a los que sor Lucía define como inconscientes, ¿cómo? Por supuesto que con profesionalidad, con honradez, pero, sobre todo, con amor.

Porque “Dios es Amor” (Primera epístola de San Juan, capítulo 4, versículos 8 y 16), y nuestro nuevo y ya querido Santo Padre Benedicto XVI lo desarrolló tan magníficamente y con tanta unción en su primera Encíclica. En ella nos explica cómo ese amor lo obtenemos del Amor con mayúscula, el que Cristo nos ha demostrado. ¿Qué hacer para tener un buen depósito y así poder transmitirlo a los que nos rodean?: ORAR.

Además de nuestros estudios, libros e información para estar al día y así servir mejor a nuestros pacientes debemos recoger la LUZ, la Fuerza, la Fe, el Amor, dedicando un tiempo diario a la oración. Porque el tener trato con Dios debe ser para nosotros una necesidad igual que el respirar o el comer.

En cuanto a la metodología seguida para la elaboración de este trabajo, me he servido del archivo de mis pacientes.

He extraído, aparte de sus diagnósticos, algunos datos claves que ayudan a analizar el contexto que les envuelve a nivel familiar, social y cultural.

Agradezco desde aquí todo lo que he aprendido de mis pacientes y a mi familia por la paciencia de acompañarme en esta tarea. Muchísimas gracias.

1.- DEPRESIÓN EN LA INFANCIA Y EN LA ADOLESCENCIA.

1.1.- Definición.-

Este estado aunque presenta características comunes a los trastornos depresivos del adulto, también es verdad que tiene sus particularidades según la edad del niño. Los criterios a seguir para su diagnóstico serán los mismos.

La depresión puede presentarse como algo manifiesto o como un trastorno enmascarado por otro; será labor de un buen diagnóstico, averiguarlo.

En la depresión aparece, de forma brusca, un cambio importante en el comportamiento del niño respecto a cómo era hasta ese momento. Se observa en el niño con depresión, un trastorno en su estado de ánimo.

Si aparece de forma clara, el niño se muestra:

- apático, sin interés por cosas que antes le atraían.
- triste sin causa aparente.
- su capacidad de disfrute (de encontrar placer) está disminuida.
- con ansiedad y agitación.
- muy irritable.
- con el sueño alterado (insomnio por la noche y, a veces, hipersomnia durante el día).
- muy fatigado, sin energía (sobre todo, por la mañana).
- se alteran sus hábitos alimenticios (generalmente, hay pérdida del apetito, pero también se da el caso opuesto).

- con dificultades de concentración, afectándose negativamente su rendimiento escolar.
- en su pensamiento está muy presente el tema de la muerte.
- frases negativas sobre sí mismo.

En la **adolescencia**, la depresión aparece frecuentemente en forma de conducta antisocial (agresividad, negativismo,...), deseos de irse de casa y de retraerse socialmente, sentimientos de ser incomprendido, malhumor, irritabilidad,...

1.2.- Datos estadísticos sobre niños (de 8 a 11 años) con depresión que pasaron por nuestra consulta.

Estos porcentajes los recogemos de mi consulta de Gijón (ciudad con aproximadamente 300.000 habitantes) situada en Asturias.

32 NIÑOS CON DEPRESIÓN	20 DE PADRES SEPARADOS (62,5%)	1 DE MADRE VIUDA	11 MATRIMONIO NORMAL
	16 de estos su felicidad sería volver a ver a sus padres unidos y vivir juntos		
	24 son hijos únicos (75%)		
	16 pretenden realizar estudios universitarios superiores		
	28 en tiempo libre ven la TV (87,5%)		
	28 son malos estudiantes (87,5%)		
	27 no tienen práctica religiosa (84,3%)		

a.- 32 niños. 20 con padres separados. 1 madre viuda. 11 matrimonio normal.

b.- Mayoría de **carácter nervioso** (Emotivo-no activo-primario).

- Por ser Emotivo: es muy sensible, y siente la necesidad de tener emociones, de vivir intensamente y de una manera entusiástica.

- Por ser Primario: su reacción a las varias impresiones es inmediata e impulsiva: está toda ella basada en la emotividad, de manera que cambia de humor según la emoción del momento. Por esto pasa fácilmente del entusiasmo al desaliento, de la alegría a la tristeza, de la esperanza al temor y también del amor al odio. Busca resultados inmediatos.

- Por ser no Activo: no siente la necesidad de llevar a cabo lo que la emoción le inspira, es decir, realizar su proyecto o su decisión con reflexión, rigor y orden, sino que permanece -diríamos mejor: se refugia- en el ámbito del sueño, de la veleidad, quizá también de la evasión. Busca, en fin, resultados que le cuesten poco.

c.- Para 16 de los que tienen padres separados su felicidad sería volver a ver a sus padres unidos y vivir todos juntos.

d.- 24 son hijos únicos.

e.- 16 de ellos desean realizar estudios universitarios superiores.

f.- En cuanto al tiempo de ocio: 28 de ellos responden que ven la televisión.

g.- 28 de ellos también se consideran malos estudiantes. 4 de ellos buenos estudiantes.

h.- 27 de ellos no tienen práctica religiosa alguna.

1.3.- Comentarios a estos datos.

El 62,5 % de este grupo sufre la separación de sus padres. Sabemos que los apegos inseguros se han relacionado con todo tipo de problemas de conducta y también con la depresión, así como un apego seguro es la meta ideal de prevención, de la aparición de depresión infantil.

El 87,5 % de esta muestra de niños con depresión son malos estudiantes. Unas veces el mal rendimiento escolar se considera como causa y otras como efecto de la depresión.

También un 87,5% dedica su tiempo libre a ver la televisión. Sabemos que el niño es la persona más vulnerable a la televisión, pues es éste el periodo de la vida humana en el que el hombre se encuentra más receptivo para aprender cualquier comportamiento, pues el aprendizaje en la infancia se lleva a cabo principalmente a partir de la imitación de modelos. Serían muchos los ejemplos que podríamos poner y que indican que el niño no sólo ve, sino que quiere poner en práctica lo que ve.

Con todo esto y mucho más que se podría decir, ¿han pensado cuántas veces la televisión es la que cuida de nuestros pequeños? Creo que es fruto sobre todo de la comodidad. Además, el pasar tantas horas frente al televisor no permite que estos niños eduquen su voluntad sino que tiendan más a la pasividad (inclinación natural de su carácter nervioso) y dificulta el desarrollo de las virtudes que requieren un esfuerzo. Habría que añadir que la televisión no puede sustituir la comunicación interpersonal directa y si es así el niño manifestará tendencia a la apatía, aislamiento y dificultad para relacionarse, características propias de un trastorno en su estado de ánimo.

Tenemos también que el 84,3% no tiene práctica religiosa, por lo que se infiere que tampoco sus padres la tienen.

Si los modelos de estos niños están en la televisión y en unos padres que no se preocupan de dar verdaderos valores, ¿cómo pueden dar buena orientación a cualquier percance, fracaso, baja autoestima, decepción, sufrimiento, ideas de muerte, etc.? Con todo, puede ser preferible para ciertos padres seguir llenándoles de objetos, cubriéndoles los tiempos libres para que no se cuestionen nada ya que ellos tampoco tienen respuestas que den sentido a sus vidas y a la de sus hijos.

1.4.- Datos estadísticos sobre adolescentes (de 12 a 17 años) con depresión que pasaron por nuestra consulta.

76 ADOLESCENTES CON DEPRESIÓN (12-17 AÑOS)	15 DE PADRES SEPARADOS	6 DE VIUDOS
	24 hijos únicos (31,5%)	
	24 carácter sentimental y 20 carácter nervioso, resto otros caracteres	
	23 tienen novio/a	
	16 mantienen relaciones sexuales (21%)	
	6 toman anticonceptivos	
	31 toman alcohol (40,8%)	
	26 fuman	
	8 se drogan	
	12 con intentos de suicidio	= 46 (60,5%)
	34 con pensamientos de suicidio	
	57 su tiempo libre en TV, ordenador, música, Internet... (75%)	

a.- 76 casos. 24: hijos únicos. 15: Padres separados. 6: viudos.

b.- 24: Carácter sentimental. 20: Carácter nervioso.

El carácter **sentimental** por ser emotivo es muy sensible llegando a veces a ser susceptible. Le cuesta exteriorizar sus emociones. Por ser secundario percibe profundamente cualquier impresión, tanto si es buena, como si es mala, alegre o triste. La medita lentamente, la revive una y otra vez, aunque haya transcurrido mucho tiempo. Podríamos decir que la tiene prisionera, en fin, es un sensible a largo plazo. Es el más introvertido de los caracteres, y no tiene tendencia a la actividad.

c.- 67: no practican religión

d.- 23: tienen novio. 16: mantienen relaciones sexuales. 6: toman anticonceptivos.

e.- 31: alcohol. 26: tabaco. 8: drogas

f.- 12: intentos suicidio

g.- 34: pensamientos de suicidio

h.- Tiempo libre: 57: TV, ordenador, música, chatear Internet. Resto: deporte, salir,...

1.5.- Comentarios a estos datos.

Si de los 76 jóvenes de la muestra, 46 intentaron y pensaron en el suicidio. ¿Qué les pasa a nuestros adolescentes? Claramente no son felices. La vida no tiene mucho valor para ellos, se podría decir que casi carece de sentido para una mayoría. A edades tan tempranas su distracción es el alcohol, tabaco, drogas, las relaciones sexuales. El tiempo libre lo ocupan una mayoría viendo la televisión, chateando por Internet, música...

A los hijos no les falta de nada en sus habitaciones: TV, consola de juegos, equipo de música, su teléfono móvil, ordenador con conexión a Internet, video, dvd, etc., y por supuesto, la bandeja para comer o cenar, evitando así el convivir con la familia.

¿Qué estamos haciendo? ¿Hogares u hoteles? Muchas casas han dejado de ser cálidos hogares donde todo se compartía pasando a ser verdaderos hoteles (algunos de lujo) donde apenas se conocen, y los padres son meros recepcionistas, que como mucho sólo saben si está o no está en casa, y a veces ni siquiera eso.

Esto, día a día es causa de que los padres no sepan nada de sus hijos: Cómo piensan, qué hacen, adónde van, con quién están, en qué gastan el dinero...

Pasados unos años, cuando notan que su hijo tiene un problema y puede que sufra por ello, se les ocurre llevarlo al psicólogo. Al hablar con los padres y pedirles algún dato sobre su hijo nos quedamos sorprendidos cuando observamos que desconocen casi por completo quién vive bajo su mismo techo. Muchas veces apetece decirles que estos chicos no necesitan un psicólogo y sí un detective para que nos aporte más datos.

¿Qué pasa? Está claro que para conseguir aquella abundancia de comodidades a la que nos referíamos, los padres deben trabajar duro. Los únicos tiempos de encuentro suelen ser las comidas, muchas veces sólo pueden reunirse en una de ellas, pero ni eso, el chico/a está en su habitación. ¿Qué hace? No lo sé, pero le llevaré la bandeja suavemente y procuraré no interrumpirle, porque igual se enfada, y ahí lo tendremos peor, pues está en una edad muy difícil.

¿Cómo podríamos ayudar para no convertir nuestras casas en hoteles?

– Sólo un TV, vídeo, ordenador, teléfono en lugar común.

- Acostumbrarse a comer todos juntos y no a turnos. Si no se pueden todas las comidas, por lo menos una cada día, y desde luego no tener TV donde comemos.
- Dialogar con los hijos de sus cosas, de lo que a ellos les interesa, según la edad.
- Ser oportunos, observar con una cierta psicología natural si les apetece o no hablar.
- Procurar no caer en el cuestionario de preguntas típicas, pues puede que comiencen a mentirnos para que les dejemos tranquilos.

Animo a todos a implantar o reimplantar estas normas bajo cualquier pretexto para después conseguir que sea una costumbre, pues el fruto, estoy segura, lo disfrutarán ellos y nosotros.

Toda esta educación antiautoritaria no hace felices a nuestros hijos porque es propio de la naturaleza del hombre necesitar una autoridad. Debemos los padres tener el coraje de educar, conducir, sacar lo mejor de nuestros hijos, pero también corregir, podar sus defectos y tendencias negativas. Vivir sólo de derechos no es una buena receta para la vida. Negarse al sufrimiento, negarse a ser criatura, equivale a negarse a estar sometido a unas normas, y eso, al final de todo, es la negación del amor y la causa de la ruina del hombre.

Cuando el hombre sabe someter sus derechos, y se deja podar, es cuando puede madurar y dar fruto.

Notamos en consulta cómo la gente joven cada vez se siente menos exigida y culpan a los padres de ello. La mayoría de nuestros jóvenes desean sentirse protegidos pero también exigidos.

De algún modo, el hombre tiene conciencia innata de que debe ser sometido a prueba, y que debe confrontarse con una unidad de medida superior y también que debe aprender a darse porque ha sido creado para el amor y para la entrega y ahí encontrará la “FELICIDAD”, que equivocadamente busca porque también equivocadamente se la ofrecemos.

CONCLUSIÓN: Podemos decir a la vista de los datos de los niños y adolescentes depresivos que dado el ambiente familiar que les rodea, los entretenimientos en su tiempo libre, el no poseer una escala de valores correcta prescindiendo incluso del principal valor que es la Fe, rodeados de caprichos por los que ya no les hace falta luchar, es fácil que asomen los síntomas propios de un estado depresivo.

2.- ANOREXIA Y BULIMIA

2.1.- Anorexia. Definición de Anorexia:

Comenzamos definiendo brevemente lo que es anorexia nerviosa señalando los criterios clínicos que actualmente los profesionales tienen en cuenta para establecer este diagnóstico:

-El anoréxico rechaza mantener el peso corporal normal propio de su sexo, edad y estatura.

-Pierde el 15% o más de su peso.

-Experimenta un miedo intenso a ganar peso, incluso cuando está por debajo del peso normal. O toma la decisión explícita de no aumentar de peso aunque el suyo esté por debajo del normal.

-Distorsiona la percepción de su peso, talla o silueta, no tomando conciencia de la delgadez en que se encuentra. En su autoestima hay una implicación excesiva de su imagen corporal.

-En el caso de las mujeres, hay una pérdida de por lo menos tres ciclos menstruales consecutivos.

-Si la anorexia se inicia antes de la pubertad, no aparece el desarrollo normal propio de la misma.

-La anorexia suele iniciarse entre edades de 14 a 25 años.

2.1.1.- Tipos de anorexia

-Anorexia restrictiva: El enfermo va reduciendo la cantidad de alimento que ingiere diariamente.

-Anorexia bulímica: Personas que controlan la comida pero no consiguen que el control sea riguroso y alternan días de restricción alimentaria con episodios de voracidad. Después tratan de compensarlos con los vómitos o abusando de laxantes y diuréticos.

2.2.- Bulimia. Definición de Bulimia

En cuanto a la bulimia nerviosa, los criterios clínicos actuales para el diagnóstico son:

-La bulímica tiene “crisis” en que ingiere grandes cantidades de alimentos, es decir, se da atracones.

-Estos atracones se repiten con cierta frecuencia, al menos dos veces a la semana, y durante tres meses.

-La bulímica tiene la sensación de que estos atracones están fuera de su control, y de que durante los mismos no puede dominarse.

-Para evitar el aumento de peso se provoca el vómito, recurre al abuso de laxantes o diuréticos, o bien restringe comida o hace ejercicio físico.

-Está muy preocupada por su silueta y su peso corporal.

-La bulimia suele darse en edades comprendidas entre 15 y 30 años.

2.2.1.- Tipos de bulimia

-Bulimia purgativa: Los atracones van seguidos de los vómitos autoinducidos, o de abuso de laxantes, diuréticos o enemas.

-Bulimia no purgativa: Los atracones van seguidos de conductas compensatorias, tales como el ayuno, la dieta restrictiva y el exceso de ejercicio físico.

2.3.- Perfil psicológico de las pacientes con anorexia y bulimia

El perfil psicológico de los pacientes con anorexia o bulimia es:

-obsesión por la delgadez o lo que es casi lo mismo, por tener una figura esbelta.

-miedo a la no aceptación de sus compañeros.

-irritabilidad emocional o grandes cambios en el estado de ánimo.

-visión negativa de todo lo referente a lo que es la sexualidad.

-un cierto rechazo al rol femenino.

-siguen la “ley del todo o nada” en cuanto a la alimentación.

-inseguridad y bajo nivel de autoestima.

- fuertes conflictos en la relación familiar, especialmente con la figura de la madre.

2.4.- ¿Cómo puede iniciarse una anorexia y bulimia?

Importantes autores afirman que esta enfermedad no se entiende sin una moda que ha ido ganando fuerza en los últimos años: la moda por estar delgada. Estamos en una época en que este valor está entre los primeros de la escala de la

mayoría de esta sociedad. La imagen externa es como la tarjeta de visita de la personalidad. El miedo al rechazo es vivido como algo terrible por estas pacientes.

Más que hablar de la pérdida de valores de nuestra sociedad, me gusta hablar de una escala de valores equivocada. Todos tenemos valores pero cuántas veces el orden de estos valores está totalmente alterado o ni siquiera aparecen los verdaderamente importantes dentro de nuestra escala.

Pero vamos a pasar a casos concretos.

Por ejemplo: Cuando nos dicen en consulta que lo que motivó el inicio del trastorno fue un comentario negativo respecto a su cuerpo o al de otra persona.

¿Qué descubren ahí? El criterio de esa persona o incluso el de una mayoría de la sociedad, y con esto puede comenzar toda una obsesión y continua verificación de su aspecto.

2.5.- Datos estadísticos sobre anoréxicos y bulímicos que pasaron por nuestra consulta.

De nuevo son porcentajes extraídos de mi consulta de Gijón.

48 MUJERES ANORÉXICAS Y BULÍMICAS (15 A 37 AÑOS)	39 SOLTERAS		9 CASADAS
	16 sin novio		
	20 mantienen relaciones sexuales		
	15 toman anticonceptivos		
	4 abortaron		
	10 con padres separados (20,83%)		
	10 son hijas únicas		
	14 intentaron suicidarse		27 (56,25%)
	13 pensaron en suicidio		
	MIEDOS:		
	14 a engordar		
	7 a la muerte y perdida seres queridos		
	18 a no saber decir que no, al fracaso, miedo a no gustar, a la opinión de los demás y a la soledad		
	Mayoría carácter sentimental		
	26 toman alcohol (54,16%)		
	29 fuman tabaco		
	6 se drogan		
10 de ellas cursan estudios universitarios superiores o los ejercen ya.		Las demás con estudios de diplomatura	
44 no practica religión alguna (91,66%)			

a.- 48 Mujeres que acuden a consulta diagnosticadas de anorexia y bulimia.

b.- Casos de pacientes bulímicas de tipo purgativo y anoréxicas de tipo restrictivo y bulímico entre los 15 y 37 años.

c.- 39 solteras y el resto casadas. 16 no tienen novio. Resto: novio o marido. 20 de las solteras mantienen relaciones sexuales (o sea el 51,28%). 15 toman anticonceptivos y 4 abortaron.

d.- 10 de estos casos tienen padres separados o con problemas de convivencia, o sea el 20,83%.

e.- 18 de ellas son la menor de sus hermanos y 10 son hijas únicas

f.- 14 intentaron suicidarse y 13 pensaron en el suicidio, por tanto, 27 nos hablan de suicidio, o sea el 56,25%.

g.- Sus miedos más comunes que manifestaron:

14 A engordar

7 A la muerte y perder seres queridos

Y el resto: tienen miedo a no saber decir que no, al fracaso, miedo a no gustar, a la opinión de los demás y a la soledad.

h.- El carácter que más abunda entre estos 48 casos es el sentimental: Emotivo, no Activo, Secundario.

i.- 26 toman alcohol (el 54,16%), 29 fuman tabaco y 6 se drogan.

j.- 10 de ellas cursando estudios universitarios superiores o ejerciéndolos ya. Las demás con estudios de diplomatura.

k.- 44: No practica religión alguna.

2.6.- Comentarios a estos datos:

Acabamos de ver cómo la gran mayoría, el 91,6%, no practica ninguna religión, sólo el 8% es consecuente con sus creencias. A la vez sabemos que estamos analizando datos de un grupo con un nivel cultural superior a la media. Esto contrasta grandemente con la ignorancia religiosa que se observa en ellos.

Sabemos que esta ignorancia religiosa es la carencia de un inestimable recurso para la realización integral de cualquier persona. ¿Quién es culpable? ¿La política actual? ¿La enseñanza en general? ¿La familia?...

Si tenemos en cuenta que el hombre debe asumir, él mismo, su provisional existencia sobre la Tierra, a fin de transformarla en trampolín estratégico de su eternidad, como decíamos en la introducción, entonces es incomprensible que el hombre pueda descuidar tan útil y fecundo instrumento de trabajo, como es la fe en Dios.

La fe en Dios da sentido a la vida. La confusión unas veces y desesperación otras (recordemos aquí el dato del 56,25% de mis pacientes hablan del suicidio) ligadas a estos problemas que estamos tratando (anorexia y bulimia), disminuyen y tienden a desaparecer cuando se examinan y comprenden a la luz de los auténticos valores religiosos.

Deseo comentarles cómo, siempre con la ayuda de Dios, he invitado a algunas de estas jóvenes al Sacramento de la Confesión, a la vez que acudían a consulta. Les aseguro que les sorprendería ver con qué naturalidad, incluso con ilusión, no sin algunos nervios, aceptaban. A algunas tuve que acercar el confesor al despacho pues no se atrevían a acudir a una Iglesia.

El resultado de este pequeño grupo ha sido maravilloso. Experimentaron una transformación en su escala de valores, que hizo que organizaran otros terrenos de su vida, además del problema de la alimentación. Porque resulta básico y lógico respetar el orden de vida explicado en los 10 Mandamientos.

A la persona que se le enseña esto ya no quiere otra cosa. Ya experimenta ahí su equilibrio porque llega a ser lo que realmente es, lo que somos todos, criaturas de

Dios, dependientes de Él. La sociedad de hoy pretende que seamos independientes en el sentido más amplio de la palabra. Esto nos confirma que el pecado de Adán y Eva sigue estando vigente: “Ser como Dios”.

Este es el sentir de la mayoría de la sociedad, pero donde ha hecho más estragos esta idea es en muchas mujeres que han llevado esta independencia a un extremo de gran competitividad con el hombre. Pienso y esto me entristece, que es fruto de un complejo que no logro comprender como mujer, madre y profesional. Si esta idea ha entrado en tantas mujeres es lógico que agriete al matrimonio, a los hijos y por lo tanto a la familia.

Otro dato importante y que forma parte del perfil psicológico de estos pacientes es que la mayoría de ellas experimentan conflictos en la relación con sus madres. Detrás de este comportamiento parecen en realidad no aceptar su propio papel femenino adulto.

Recordemos que casi el 21% de estas pacientes con anorexia y bulimia tienen padres separados o con problemas de convivencia, sumado a esto que otro 20% son hijas únicas.

¿Dónde van a refugiarse de toda esta presión social y publicitaria? Ya hemos visto en el tema anterior, cuando hablábamos de la depresión infantil y adolescente, cuál era la capacidad de diálogo en las familias.

También hemos dado los datos de que más del 51 por ciento de este grupo siendo solteras mantienen relaciones sexuales, y el 54 % toma alcohol. ¿Con quién se aconsejan? Con amigos, con chats de Internet, ¿con un psicólogo? Ojalá, por lo menos caigan en manos de un psicólogo con una correcta escala de valores. Tenemos una labor muy delicada que debemos realizar con profesionalidad, pero también con

mucho amor para así poder orientar a nuestros pacientes, dar fuerza a su personalidad, reorganizarles su escala de valores, etc.

Se sabe que después de las drogas y el juego, el área que moviliza mayores beneficios económicos es el área de las actividades a favor de la esbeltez. El enemigo es gigante pero no debemos desanimarnos.

Benedicto XVI nos dice que: “Una pequeña partícula de amor, pareciendo tan débil, es muy superior a la máxima capacidad de destrucción”. Mucho ánimo.

CONCLUSIÓN: Dado que uno de los principales valores de nuestra sociedad es la esbeltez reflejada en la moda y toda la publicidad que continuamente nos bombardean y recordando que para el 66,6% de la muestra sus principales miedos son engordar, no saber decir que no, miedo a no gustar y a la opinión de los demás y miedo al fracaso, junto con que el 91,6% para nada tiene en cuenta el principal valor de la Fe, si además recordamos que estas jóvenes no tienen donde refugiarse de toda esta presión social, pues sus familias les fallan por distintos motivos, se comprende que sea fácil dejarse envolver en esa dinámica y entrar en una obsesión por conseguir dichos pseudovalores a costa de la propia salud y, como bien sabemos, incluso de la vida para evitar todos aquellos miedos.

BIBLIOGRAFÍA:

- ***Anorexia nerviosa y bulimia. Amenazas a la autonomía.*** Cecile Rausch Herscovici y Luisa Bay. Paidós. 1993.
- ***Ante el vacío existencial. Hacia una humanización de la psicoterapia.*** Víktor E. Frankl. Herder. 1997.
- ***Biblia de Jerusalén.***
- ***Comprenderse a sí mismo y entender a los demás.*** Pedro Finkler. Ediciones Paulinas. 1982.
- ***Cuando el hombre ora...*** Pedro Finkler. Ediciones Paulinas. 1985.
- ***Depresión infantil.*** Aquilino Polaino-Lorente.
- ***Deus Caritas est.*** 1ª Encíclica del Papa Benedicto XVI.
- ***Dios y la familia.*** Jesús Urteaga. Ediciones Palabra S.A. 1994.
- ***DSM-IV. Breviario. Criterios diagnósticos.*** Masson. 1995.
- ***El hombre en busca de sentido.*** Víktor E. Frankl. Herder. 1996.
- ***El hombre Light.*** Una vida sin valores. Enrique Rojas Montes. Ediciones Temas de hoy. 1992.
- ***Estudio de los caracteres.*** Lesenne.
- ***Factores sociales, cultura y depresión.*** Aquilino Polaino-Lorente.

- ***La anorexia. Cómo combatir y prevenir el miedo a engordar de las adolescentes.***
Dr. Gonzalo Morandé. Ediciones Temas de Hoy. 1999.
- ***La ansiedad. Enrique Rojas.*** Ediciones Temas de hoy. 1994.
- ***La obsesión por adelgazar. Bulimia y Anorexia.*** Santiago Martínez Fornés. Espasa Calpe. 1994.
- ***La sal de la tierra.*** Quién es y cómo piensa Benedicto XVI. Ediciones Palabra. 2005.
- ***Llamadas del Mensaje de Fátima.*** Hermana Lucía. Planeta-Testimonio. 2001.
- ***Psicopatología de la depresión: parámetros neurofisiológicos y terapias cognitivas***
Aquilino Polaino-Lorente.
- ***Riesgo y prevención de la anorexia y bulimia.*** Montserrat Cervera. Martínez Roca. 1996.
- ***Una sustancia llamada comida.*** Cómo superar la adicción a comer. Gloria Arenson. McGrawHill. 1991.