

## **ADOLESCENCIA: SEXUALIDAD Y RELIGIÓN**

Yanira D´Hiver Cantalejo, María Jesus Leñero Navarrete, Esther Mancha Heredero, Domenico Nisi, Antonio Delgado Márquez, María José López Esparza

[yaniradhiver@msn.com](mailto:yaniradhiver@msn.com)

### **RESUMEN**

La adolescencia es una época de transición donde se toma una nueva conciencia de la sexualidad y se produce el desarrollo moral ligado al cognitivo. Presentamos el caso de un chico de 15 años que acude a consultas de Salud Mental Infanto-Juvenil por "pensamientos obsesivos de índole sexual" hacia el otro sexo que experimenta con mucha angustia al pensar en ellos como pecado. Esto le ha llevado a mostrarse dominante con su madre, irritable, incomprendido en su entorno... Evita lugares que denomina de "sobrestimulación sexual" y han aparecido recientemente compulsiones, como arrodillarse para desangustarse. Cree que "está condenado" y ahora presenta fobias de impulsión en torno a la muerte. Se llevaron a cabo sesiones de psicoterapia donde se analizaron aspectos como la dinámica familiar, el entorno escolar, las relaciones sociales con iguales, las conductas sexuales, moralidad y religión. Durante las mismas se objetivó que las normas internas de tipo religioso le dificultaban tener fantasías sexuales. Se realizaron sesiones de terapia familiar e individuales que se complementaron con tratamiento psicofarmacológico.

## ADOLESCENCIA: SEXUALIDAD Y RELIGIÓN

### INTRODUCCIÓN.

La adolescencia es el periodo de maduración entre la infancia y la edad adulta, marcada por los signos fisiológicos y la efervescencia hormonal. Se trata de una época de transición en la que el adolescente desarrollará un concepto integrado del yo.

Cuando hablamos de concepto de *normalidad en la adolescencia*, nos referimos al grado de adaptación psicológica que se logra mientras se salvan los hitos del desarrollo característicos de este periodo, existiendo por tanto, una continuidad de la función psicológica previa.

El psicoanalista del desarrollo *Erik Erikson* identifica la tarea normativa de la adolescencia como la identidad frente a la confusión de rol. También define las *crisis de identidad* como un componente normativo en el cual los adolescentes persiguen conductas y estilos alternativos y después modelan esas experiencias hasta conformar una identidad sólida. De no hacerlo, provocaría la difusión de identidad o confusión de rol, careciendo de un sentido de identidad cohesivo o confiado.

La adolescencia podemos dividirla en *tres etapas*:

- *Inicio* (12-14 años): caracterizada por los cambios más llamativos, físicos, actitudinales y conductuales. Comienzan a criticar los hábitos familiares, insisten en pasar más tiempo sin supervisión, tienen mayor conciencia de su aspecto y apariencia, pueden cuestionar los valores familiares que antes aceptaban. Se muestra una nueva conciencia acerca de la sexualidad, con un aumento del pudor, de la vergüenza y pueden exhibir un mayor interés por el sexo opuesto. A veces existen conductas provocadoras hacia figuras de autoridad mostrando desdén por las normas.
- *Plena adolescencia* (14-16 años): en esta etapa se ponen a prueba sus habilidades para combinar el razonamiento abstracto con la toma de decisiones realistas y la aplicación del criterio social. Se intensifica la conducta sexual, lo que se hace que se compliquen las relaciones románticas y la autoestima se convierte en el eje esencial en la adopción de conductas de riesgo positivas y negativas. Tienen a identificarse con un grupo de compañeros que influirá mucho en sus decisiones sobre actividades, estilo y modelos de rol. Infravaloran los riesgos asociados a algunas conductas y su sentido de "omnipotencia", junto a su deseo de ser autónomos, crea frecuentes conflictos con las peticiones y las expectativas de los padres.
- *Final* (17-19 años): época en la que continua la exploración de los logros personales y relaciones sociales, lo que lleva la adolescente a una mejor definición del yo y a un sentido de pertenencia a grupos o subculturas dentro de la sociedad.

Junto con el desarrollo físico se produce la maduración cognitiva, social y el desarrollo moral.

## **ADOLESCENCIA: SEXUALIDAD Y RELIGIÓN**

Podemos definir la *moralidad* como el un conjunto de valores y creencias sobre los códigos de conducta que se adaptan a los que comparten otras personas de la sociedad. El desarrollo moral no está estrictamente ligado a la edad cronológica sino al desarrollo cognitivo.

*Piaget* describió el desarrollo moral como un proceso gradual paralelo al desarrollo cognitivo, en el que aumentan la capacidad para distinguir los mejores intereses para la sociedad frente a los individuales. Los niños siguen simplemente las reglas establecidas por sus padres y no es hasta la adolescencia cuando reconocen las reglas en cuanto son buenas para la sociedad en general.

*Lawrence Kohlberg* integró las ideas de *Piaget* y describió tres niveles mayores de moralidad. El primero, es la *moralidad preconventional*, en el cual el castigo y la obediencia de los padres son los factores determinantes. El segundo, es la *moralidad del rol convencional*, la conformidad, en la cual los niños intentan adaptarse para lograr la aprobación y mantener buenas relaciones con los demás. El tercer nivel, es la *moralidad de los principios morales aceptados por el propio sujeto*, en la cual los niños cumplen voluntariamente las reglas basadas en un concepto de los principios éticos y en la aceptación de excepciones en determinadas circunstancias.

Las ideas de *Kohlberg* y *Piaget* se centran en una teoría unificada de la maduración cognitiva en ambos sexos, *Carol Gilligan* indica que la compasión y la ética humanitaria son las características dominantes de la toma de decisiones morales en las mujeres, mientras que en los hombres están más relacionadas con su percepción de la justicia, la racionalidad y el sentido de la imparcialidad.

### **EXPOSICIÓN DEL CASO CLÍNICO.**

#### **Motivo de consulta**

Acude a consulta acompañado con su madre por pensamientos obsesivos que dice no le afectan demasiado: "son pensamientos de índole sexual".

#### **Antecedentes en Salud Mental**

Atendido a la edad de cinco años con diagnóstico de TDAH. A los siete años empezó a tomar *Rubifén*. En 2013, consulta por la continuidad del tratamiento, en ese momento había abandonado el mismo en ese verano y en consulta se realiza test de percepción de diferencias y se objetiva que el chico no tiene la menor hiperactividad. Saca unas notas excelentes y le cuesta integrarse en los grupos, mostrándose tímido, introvertido. Lo que siente que le despista es la fatiga y las preocupaciones académicas.

## ADOLESCENCIA: SEXUALIDAD Y RELIGIÓN

Test de percepciones de diferencias

- Puntuación directa: 58
- Percentil: 97.
- Media de su grupo de edad: 38+-12
- Grupo nominal: 9

### **Antecedentes somáticos**

No refiere.

### **Antecedentes familiares**

No refieren.

### **Enfermedad actual**

**V. chico de 15 años acude a consultas de Salud Mental Infanto Juvenil por presentar desde hace aproximadamente dos meses "pensamientos obsesivos de índole sexual"** hacia el otro sexo que experimenta con mucha angustia al pensar en ellos como pecado. Esto le ha llevado a mostrarse dominante con su madre, irritable, incomprendido en su entorno... Evita lugares que denomina de "sobrestimulación sexual" y han aparecido recientemente compulsiones, como arrodillarse para desangustarse. Cree que "está condenado" y ahora presenta fobias de impulsión en torno a la muerte. Actualmente cursa 4º ESO en un Centro religioso de la congregación a la que pertenecen. Su rendimiento académico es muy bueno: "no me permito sacar menos de 7,5". Realiza actividades de catequesis y acude a campamentos cristianos en verano. Refiere que al terminar sus estudios le gustaría marcharse un año como misionero y después comenzar la universidad.

### **Desarrollo evolutivo**

Embarazo normal. Parto por cesárea: "parecía Buda en meditación". No lloraba. Lactancia natural durante un año. No angustia ante los extraños, no uso de objetos transicionales. Hitos del desarrollo psicomotor, adquisición del lenguaje, control esfinteriano y alimentación sin problemas. Dormía con la madre hasta los once años. La madre le ha dejado venir a su cuarto cuando él quería. Según la madre ha tenido acoso escolar desde los seis años.

### **Dinámica familiar**

Sus padres se separaron cuanto contaba con seis años, actualmente vive con su madre y ve a su padre los fines de semana. La madre tuvo una relación anterior de la que nació una hija que actualmente tiene 36 años está independizada y mantiene con V. escasa relación.

Refiere que la relación con su madre es buena, "aunque a veces no me aguanta y se desespera conmigo...". "Yo también me desespero por estar así...". Dice que tiene una relación buena con

## **ADOLESCENCIA: SEXUALIDAD Y RELIGIÓN**

su padre. Su padre "está ahora mejor al ver que mejoro". El chico se muestra en consulta dominante e irritable con la madre, ésta es invasiva con él. Se irrita mucho con ella y le da la espalda agresivamente cuando ella le pregunta.

### **Exploración psicopatológica**

Presencia buena, autocontrolada, distante y en momentos displicente. Pensamientos obsesivos que le asustan, "de índole sexual", pero de los que no quiere hablar más allá de decir: "son pensamientos de querer estar con una mujer...". No se siente entendido. Le cuesta dormir: "me levanto con ellos". No quiere ir de vacaciones por no ver estímulos sexuales en la playa. No le afectan para estudiar. Según la madre en algún momento le agitan y dice que "para vivir así...", y hace gestos dramáticos abriendo la ventana. Inteligencia normal, lenguaje normal, capacidad de insight baja. Irritación cuando le pregunto por su psicodinamia interna. Carácter dominante.

### **Diagnóstico**

Trastorno Obsesivo Compulsivo con mezcla de pensamientos y actos obsesivos (F42.2, según CIE-10).

### **Tratamiento**

- Sertralina 50 mg (1-0-0)
- Lorazepam 1mg (1/2-0-1/2)

### **Abordaje psicoterapéutico**

Se realizaron sesiones de terapia familiar e individuales en las que se abordaron cuestiones acerca de la sexualidad en relación con la adolescencia, el entorno cultural y la dinámica familiar.

### **Discusión del caso**

La familia, así como las instituciones educativas y religiosas controlan la conducta sexual a través de la vigilancia, el castigo y la estigmatización. En el proceso de socialización, estos controles son internalizados como normas y se convierten en criterios de autorregulación. En este caso observamos sintomatología obsesivo-compulsiva ligada a la dificultad de externalización de fantasías sexuales por imposición de norma interna de tipo religioso.

### **BIBLIOGRAFIA**

- B.J.Sadock, V.A. Sadock. Sinopsis de Psiquiatría. Wolters Kluwer. 10 ed. 2008.
- J. de Ajuriaguerra. Manual de Psiquiatría Infantil. Masson. 7º ed. 2002.