



**TECNOLÓGICO UNIVERSITARIO DE MÉXICO**

**ESCUELA DE PSICOLOGIA**

**INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA  
DE MÉXICO CLAVE 3079-25**

**EL DUELO NO RESUELTO  
POR ABUSO SEXUAL EN LA ADOLESCENCIA COMO  
FACTOR DE RIESGO PARA EL INICIO DE CONSUMO  
DE DROGAS.**

**TESIS**

**PARA OBTENER EL TÍTULO DE  
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA**

**PRESENTA:  
JULIO ESTEBAN VÁZQUEZ MÉNDEZ**

**DIRECTOR DE TESIS:  
MTRO. CARLOS TOBÍAS RODRÍGUEZ SALAZAR**

**MÉXICO, D.F.**

**2012**



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

## AGRADECIMIENTOS

A mis padres, por haberme impulsado hasta este momento en mi vida. Mamá gracias por ese amor incondicional que siempre me has dado, por ser mi amiga, confidente, por todos los consejos, abrazos, regaños, por hacerme tan feliz cada día de mi vida, simplemente por ser tú, una mujer maravillosa y única, la mejor mamá. Papá porque de ti he aprendido las ganas, el coraje, y la fuerza necesaria para luchar en la vida, eres un gran hombre, te admiro muchísimo. Los amo y jamás terminare de pagarles todo lo que han hecho por mí, gracias por ser mi ejemplo a seguir y mi inspiración

A la Mtra. Shuyin Duran Torres, por su lealtad, sus consejos y forma precisa y correcta de guiar las líneas de este trabajo.

Al Mtro. Carlos Tobías Rodríguez Salazar por su interés y apoyo en la dirección del presente trabajo.

Al Dr. Alejandro Muñoz López, por su interés y apoyo en la conclusión final del presente trabajo, así como su apoyo incondicional en cualquier duda que tenía en mi proceso de titulación.

# **“EL DUELO NO RESUELTO POR ABUSO SEXUAL EN LA ADOLESCENCIA COMO FACTOR DE RIESGO PARA EL INICIO DE CONSUMO DE DROGAS”**

Agradecimientos	i
Índice	ii

## **ÍNDICE**

Introducción	1
--------------	---

## **CAPÍTULO 1**

### **GENERALIDADES DE LA INVESTIGACIÓN**

1.1 Planteamiento del Problema	3
1.2 Pregunta de Investigación	5
1.3 Justificación	6
1.4 Objetivo General	7
1.5 Objetivos Particulares	7
1.6 Método	8
1.7 Marco Contextual	9

## **CAPÍTULO 2**

### **MECANISMOS DE DEFENSA**

2.1 Antecedentes de los Mecanismos de Defensa	13
2.2 Conceptualización de los Mecanismos de Defensa	14
2.3 Tipos de Mecanismos de Defensa	18
2.3.1 Mecanismos de Defensa propuestos por Laplanche y Pontalis	20
2.3.2 Mecanismos de Defensa propuestos por Anna Freud	24
2.3.3 Estilos de Defensa de David Shapiro	28

## **CAPÍTULO 3**

### **LA ADOLESCENCIA Y SUS PERIODOS CRÍTICOS**

3.1 Características de la Adolescencia	30
3.1.1 Concepto de Adolescencia	30
3.2 Los Cambios Puberales y Crisis Evolutivas	32
3.2.1 Cambios Puberales	32
3.2.2 Crisis Evolutivas	34
3.3 Cambios Psicológicos del Adolescente	42
3.4 La Sexualidad del Adolescente	44
3.4.1 Conceptualización	44
3.4.2 Desarrollo de la Sexualidad del Adolescente	45
3.5 El Adolescente y la Relación con sus Padres	48

3.6 Miedos que enfrenta el Adolescente	49
3.6.1 Las Injusticias	49
3.6.2 La Discriminación	49
3.6.3 Temor al Futuro	51
3.6.4 La toma de Decisiones	52

## **CAPÍTULO 4**

### **ANÁLISIS Y ESTUDIO DEL DUELO EN LA ADOLESCENCIA**

4.1 El Duelo	55
4.1.1 Conceptualización del Duelo	55
4.2 Evolución de las Teorías sobre el Duelo	56
4.2.1 Antecedentes y Teorías Modernas	56
4.2.2 Tipos de Pérdidas	59
4.3 Aspectos Psicológicos del Duelo	60
4.3.1 Duelo Individual y sus fases	60
4.4 Conductas del Duelo	65
4.5 El Duelo en la Adolescencia	67
4.5.1 Tipos de Duelo en la Adolescencia	67

**CAPÍTULO 5**  
**EL DUELO NO RESUELTO POR ABUSO SEXUAL EN LA ADOLESCENCIA COMO**  
**FACTOR DE RIESGO PARA EL INICIO DE CONSUMO DE DROGAS**

5.1 Los Trastornos por uso de sustancias en los Adolescentes	72
5.1.1 Concepto de Droga	72
5.1.2 Consecuencias del Consumo de Drogas	73
5.1.3 Dependencia y Tipos de Consumo	79
5.2 Las Drogas como Problema Multidimensional	81
5.3 El Abuso Sexual como Factor de Riesgo para el inicio de Consumo de Drogas	83
5.4 Abuso Sexual	85
5.4.1 Concepto de Abuso Sexual	85
5.4.2 Tipos de Abuso Sexual	86
5.5 La Depresión y Baja Autoestima en los Adolescentes como Factor de Riesgo	89
5.5.1 Síntomas y Consecuencias Generales en los Adolescentes como Factor de Riesgo	89
5.5.2 Depresión y Baja Autoestima	90
5.6 Las Etapas del Duelo por Abuso Sexual	92
5.7 Manifestaciones del Duelo no Resuelto por Abuso Sexual	95
5.8 Tipo de Terapia para afrontar el Duelo no Resuelto por Abuso Sexual	99

Conclusiones	105
Referencias Bibliográficas	108



## **Introducción**

Existen muchos factores que inciden en el abuso sexual en la población general por lo que es un fenómeno complejo de precisar ya que es difícil establecer las tasas de incidencia porque la mayoría de los casos de abuso sexual no se denuncian en el momento en que ocurren. La violencia sexual experimentada en la infancia o la adolescencia es un problema cuya importancia se ha reconocido a partir de los años 80's. El abuso sexual se manifiesta como un tema complejo con ramificaciones morales, socioculturales, políticas y personales. Sin embargo, el problema mayor que existe con respecto al abuso sexual en los adolescente, son las consecuencias y secuelas ocasionadas por este tipo de agresión. En la gran mayoría de los casos, el abuso sexual constituye una experiencia traumática que repercute negativamente en el estado psicológico de las víctimas. Viñar, M y M. (1993).

Dentro de estas consecuencias, una de las más complejas puede ser el duelo no resuelto por abuso sexual en la adolescencia como factor de riesgo para el inicio de consumo de drogas, ya que se realizó un estudio de una encuesta nacional, y los datos de la Encuesta Nacional de Uso de Drogas en la Comunidad Escolar, llevada a cabo en noviembre y diciembre de 1991, en México, en la que fueron encuestados un total de 61 779 alumnos, 51.8% hombres y 47.1% mujeres, con una media de edad de 15.5 años. Se utilizó un instrumento autoaplicado, en el que el abuso sexual fue explorado desde la perspectiva de quienes lo han experimentado y las víctimas de ambos sexos, reportaron un consumo de drogas después de que ocurrió el abuso sexual significativamente mayor que los estudiantes sin estos antecedentes. Instituto Mexicano de Psiquiatría (IMP). Abril 1992

Por lo trascendental del tema en cuestión, es que se llevó a cabo la presente investigación, la cual esta dividida en cinco capítulos, abordando dentro del primero su problemática, preguntas de investigación, justificación, objetivos, metodología y un marco conceptual.

En el segundo capítulo se hace referencia a los antecedentes de los mecanismos de defensa, sus tipos, características y sus teóricos más relevantes que hacen alusión al tema.

El tercer capítulo aborda la adolescencia, desde su conceptualización, sus diferentes manifestaciones, el desarrollo de la sexualidad del adolescente, así como las crisis del mismo.

Dentro del cuarto capítulo, se realiza un análisis del duelo, haciendo referencia a la evolución de sus teorías, los aspectos psicológicos y los tipos de duelo en la adolescencia.

Y por último el capítulo cinco refiere los trastornos y consecuencias por el consumo de drogas, el duelo no resuelto y el abuso sexual como factor de riesgo para el inicio de consumo de sustancias adictivas.

# CAPÍTULO 1

## GENERALIDADES DE LA INVESTIGACIÓN

### 1.1 Planteamiento del Problema

Existe una preocupación especial por el abuso sexual en la sociedad, Montané Lozoya (1998), señala que ha crecido la preocupación debido a que la violencia sexual es el claro estigma de la degradación del espíritu cívico de una sociedad totalmente ausente, ya que el agresor ya no es visto en la sociedad como alguien ajeno, extraño, y perteneciente a un ambiente marginal, sino al contrario el agresor está entre nosotros. Este tipo de abuso parece constituir para el autor un predictor significativo de deterioro en la salud mental durante la adolescencia, ya que el adolescente al sufrir el abuso sexual, se ve lastimado en su autoestima, en su personalidad, y de forma física, debido a que su cuerpo está siendo usado como un objeto simplemente, y no como una persona que toma libremente la decisión de tener relaciones sexuales

El abuso sexual según K y K (1979) se define como la implicación de niños/adolescentes dependientes e inmaduros en cuanto a su desarrollo, en actividades sexuales que no comprenden plenamente y para las cuales no son capaces de dar un consentimiento informado.

Por otra parte Conte (1982) define el abuso sexual como una conducta sexual forzada ya sea física, psicológica o de amenaza o chantaje, engañosa, coercitiva entre una persona de mayor edad y otra de menor edad.

Ramos, Saldivar, Medina & Rojas (2001) mencionan que:

La violencia sexual experimentada en la infancia o la adolescencia es un problema cuya importancia hasta hace poco se ha reconocido. Esta forma de agresión, ocultada por mucho tiempo, hace víctimas a los seres más vulnerables, en particular al género femenino y ha generado en los últimos años una gran cantidad de investigación sobre sus posibles efectos a corto y largo plazo en la salud física y mental. Desafortunadamente, los resultados de los estudios en el área muestran que el abuso sexual sufrido en edades tempranas suele tener consecuencias severas. (p.222).

En la mayoría de los casos, el abuso sexual constituye una experiencia traumática que repercute negativamente en el estado psicológico de las víctimas. De acuerdo a Jumper (1995), si el sujeto no recibe tratamiento psicológico, su malestar podría continuar hasta la edad adulta, por lo cual es necesario que se le brinde ayuda mediante la intervención terapéutica psicológica, en específico se han visto mejores resultados con la terapia cognitivo conductual. Caballo (1997).

En este mismo sentido, Echeburúa y Guerricaechevarría (2000) mencionan que dependiendo de la interacción de los factores de riesgo provenientes de diversos componentes del entorno de los adolescentes, pueden surgir situaciones o conductas que requieren un abordaje temprano y oportuno en tanto pueden desencadenar consecuencias negativas para el propio bienestar y afectar el desarrollo actual y futuro del adolescente y el de la vida adulta.

Ahora bien, en relación al límite temporal referido a los denominados efectos a corto plazo o iniciales se suele situar en los dos años siguientes al suceso. A partir de ese momento, se habla de efectos a largo plazo.

A corto plazo solo un 20 a 30 % de las víctimas permanecen estables emocionalmente después de la agresión (López, 1992). Los diferentes estudios realizados con víctimas de abusos sexuales (Kendal, Tackett, Williams & Finkelhor, 1993) coinciden en cuanto a los efectos inmediatos:

- a) Efectos físicos: problemas de sueño como pesadillas, cambios en los hábitos de la comida.
- b) Conductuales: consumo de drogas o alcohol, huidas del hogar, conductas autolesivas o suicidas, hiperactividad, bajo rendimiento académico, entre otros.
- c) Emocionales: miedo generalizado, hostilidad, agresividad, culpa y vergüenza, depresión, ansiedad, baja autoestima.
- d) Sexuales: masturbación compulsiva, conductas exhibicionistas, problemas de identidad sexual.

- e) Sociales: déficit en habilidades sociales, retraimiento social y conductas antisociales.

En cuanto a los efectos a largo plazo, según López. (1995), la victimización infantil y adolescente constituye un factor de riesgo importante en el desarrollo psicopatológico en la edad adulta. Otro estudio de Herman (1986) con 205 mujeres con historia de incesto en México y Guatemala, el 50% de las víctimas consideraban que el abuso había tenido un efecto negativo en su desarrollo y, el 77% mostraba algún síntoma clínico.

Por lo antes mencionado, se puede decir que el adolescente entra en un estado de duelo, por que pierde su propia identidad, al ser tomado como objeto, por lo cual el duelo nace ante dicha perdida, el duelo representa una desviación del estado de salud y bienestar, se necesita un período de tiempo para que la persona en duelo vuelva a un estado de equilibrio similar. De no hacerlo, el duelo no resuelto por abuso sexual en la adolescencia puede ser un factor de riesgo para el inicio de consumo de drogas, ya que el estudio hecho por Herman (1986), arroja que el 60% de las victimas adolescentes mencionan sentimientos de tristeza, perdida de identidad, nostalgia e incluso culpabilidad, ya que creían las victimas que habían originado el abuso sexual, y estos sentimientos lo evadían mediante el consumo de alguna droga.

## **1.2 Pregunta de Investigación**

¿Cómo se puede apoyar psicológicamente al adolescente ante el duelo no resuelto por abuso sexual para evitar que pueda ser un factor de riesgo en el inicio de consumo de drogas en la adolescencia?

### 1.3 Justificación

De acuerdo a Redondo, Galdó. & García (2008), la mayor vulnerabilidad de la adolescencia al consumo de sustancias se debe a factores intrínsecos a esta etapa. Por un lado, el establecimiento de la identidad individual del adolescente y por otro, la preparación de éste hacia los diferentes roles social e individual, facilitan la posible preparación con una amplia gama de actitudes y comportamientos entre los que se incluye el uso de sustancias psicoactivas.

Los factores que determinan que se desarrolle un problema de abuso y dependencia de sustancias son de naturaleza múltiple. Se ha identificado diferentes factores de riesgo que incluyen factores: 1.- individuales, 2.- del grupo de amigos, 3.- familiares y 4.- de la comunidad, así como, 5.- influencias genéticas y 6.- ambientales.

El uso de drogas entre los jóvenes de todo nivel social es un fenómeno de especial relevancia. Las sustancias más usadas por los adolescentes son el alcohol, la marihuana, la cocaína, anfetaminas y tranquilizantes, entre otros.

Según Medina-Mora, Cravioto, Villatoro (2011) México se ubica entre los países con bajas tasas de consumo pero que a su vez reportan incremento del 2% anual de la población adolescente de dicho problema. La ONU (2009) estima una prevalencia mundial de 4.2% para cualquier droga ilícita en la población de 15 años en adelante, en tanto que en México, el índice para la población de 13 a 20 años es del 1.2%.

Entre los factores de riesgo de índole social habría que destacar el costo y la disponibilidad de la sustancia, los efectos de los medios de comunicación, el estatus legal del uso, la disponibilidad de otras fuentes de gratificación y la presión del grupo de amigos, especialmente en México los adolescentes consumen algún tipo de droga. Por dar un ejemplo; la marihuana se sabe que altera los estados de conciencia, y los adolescentes tienen en sus reuniones sociales mayor alcance a este tipo de droga, así como los efectos para evitar su realidad es mayor, además que el factor social/recreacional u ocupacional/funcional los atrae demasiado y por tratar de evitar sentimientos de pérdida, y por la curiosidad de probar la droga llegan a caer en esta

situación. Las formas de uso de drogas pueden fluctuar de acuerdo con numerosos factores individuales y sociales. Tapia Conyer Roberto (2001).

Entre los factores individuales cabe señalar las características y patrones de personalidad (López 1995). En ese sentido la personalidad antisocial y el trastorno por déficit de atención e hiperactividad son dos patrones que están asociados con un riesgo alto de abuso de sustancias. Kellam (1993), rasgos como la timidez, la agresividad y la personalidad depresiva en la infancia llegan a predecir el uso posterior de drogas en la adolescencia. Robins (1978), la mayor variedad y frecuencia de aparición de conductas antisociales en la infancia predice en la adolescencia la persistencia de conductas asociales como el consumo de drogas.

El uso de drogas en el ámbito familiar, la conflictividad entre los padres y el adolescente, y un estilo educacional caracterizado por la falta de supervisión y la disciplina inconsistente son factores familiares que predisponen aun riesgo mayor hacia el consumo. Otros factores de riesgo a destacar son acontecimientos traumáticos en la infancia y en especial el duelo no resuelto por abuso sexual en el periodo de la adolescencia tema de la presente investigación.

#### **1.4 Objetivo General**

Analizar el tipo de terapia recomendada para apoyar psicológicamente al adolescente ante el duelo no resuelto por abuso sexual para evitar que pudiera ser un factor de riesgo en el inicio de consumo de drogas en la adolescencia.

#### **1.5 Objetivos Particulares**

- Analizar el desarrollo y los cambios físicos y psicológicos que se dan en el periodo de la adolescencia para conocer sus características y los posibles problemas que se pueden dar en dicha etapa, ya que van adquiriendo su propia identidad, y a la vez su preferencia sexual, y que podría suceder si se ve afectada esta por algún acontecimiento como el abuso sexual.

- Investigar los aspectos psicológicos del duelo y conocer cómo se pueden manifestar en la adolescencia, si el adolescente se encuentra en un conflicto de preferencia sexual y pérdida de identidad debido al abuso sexual.
- Analizar las posibles consecuencias del duelo no resuelto por abuso sexual en la adolescencia como factor de riesgo para el inicio de consumo de drogas.
- Indagar cuáles son los trastornos y consecuencias que se dan en los adolescentes debido al consumo de drogas.

## **1.6 Método**

Investigación Documental.

De los métodos a utilizar en la presente investigación se desarrollarán los siguientes:

### **a) Método Descriptivo:**

Se utilizará este método porque parte de un acontecimiento real, estudia los procesos conscientes, los de intencionalidad, elección y autodeterminación y autorrealización. Además, la investigación descriptiva consiste en describir y evaluar ciertas características de una situación particular, se analizan los datos reunidos para descubrir la realidad de un hecho. (García Fernández ,1998).

### **b) Método de Análisis Teórico:**

Este método posibilita la profundización teórica sobre el tema en cuestión, el cual se realizará mediante la revisión bibliográfica de textos, materiales especializados, diccionarios, investigaciones precedentes y uso de internet.



## 1.7 Marco Contextual

El abuso sexual (Altamirano, 1999), es cualquier práctica sexual a costa de una persona sin su permiso. El abuso sexual no es solo físico, sino también es el hecho de utilizar a un sujeto como objeto de estimulación sexual, ya sea con seducción verbal, exposición de su cuerpo con fines lascivos, acoso verbal.

La experiencia de abuso sexual tiene diferentes tipos y grados de impacto tanto en niños o niñas como en adolescentes. Para la mayoría tiene un efecto que influye en toda su vida tanto personal y sexual como familiar.

Según González-Serratos (1995), se han observado secuelas como; la baja autoestima y la depresión, el miedo al éxito, habilidades sociales inadecuadas, relaciones sexuales e interpersonales problemáticas, confusión sexual y conductas sexualizadas, conductas extremas en el comportamiento general adulto especialmente en lo que respecta a la vida sexual, prácticas sexuales sin protección, una tendencia a la revictimización y agresión/ira, síntomas postraumáticos, trastornos de la alimentación, experiencias disociativas en la edad adulta, particularmente en quienes sufrieron tanto abuso físico como sexual en la infancia, o bien, abuso infantil y revictimización en la adolescencia o edad adulta y más riesgo de involucrarse en la prostitución, sobre todo si el abuso ocurrió a edades tempranas.

En particular la definición de Altamirano es la que se le dará más importancia en la tesis.

Considerando diferencias entre sexos, en el caso de las mujeres, Heise, Pitanguy & Germain (1996), han notificado, como efectos a largo plazo del abuso sexual infantil, el trastorno por estrés postraumático, la depresión, la ideación y el intento suicida, la insensibilidad emocional, trastornos psiquiátricos, dolores pélvicos crónicos, dolores de cabeza, trastornos gastrointestinales, disfunciones sexuales, dependencia al alcohol o las drogas, revictimización sexual y maltrato por parte de la pareja, entre otros. Entre

los hombres, por otra parte, existen mucho menos estudios al respecto y los resultados son poco consistentes, sin embargo, se han encontrado entre otros efectos, la sensibilidad interpersonal, la ansiedad fóbica, la depresión y la obsesión-compulsión, así como baja autoestima, ideación e intento suicidas y abuso de sustancias.

Ahora bien, cabe aclarar que la severidad de la sintomatología parece depender según Casco (1992), de la combinación de varios factores, tales como la edad en que ocurrió el abuso, la relación con el perpetrador, la duración, la frecuencia y la severidad del abuso, el uso de fuerza involucrado, y el número de agresores, ya dependiendo del grado de severidad hablamos si se llega a dar el inicio de consumo de drogas de forma casi inmediata o a corto plazo después del abuso sexual.

Este autor señala que se ha notificado que un alto porcentaje de la población que abusa de ellas ha sido victimizada durante la infancia, o la adolescencia en forma sexual, de hecho, es en la época de la adolescencia cuando usualmente aparece esta secuela.

Así mismo asegura que el abuso de drogas o alcohol puede representar el intento de la víctima por ocultar la ansiedad relacionada con los recuerdos perturbadores o afectos dolorosos asociados con el suceso, así como tratar de olvidar o no enfrentar la realidad dolorosa que representa el abuso sexual, y con frecuencia ello inicia en respuesta a la ansiedad generada por la intimidad psicológica y sexual que se puede alcanzar durante un encuentro sexual en la adolescencia o la adultez temprana.

Estudios hechos en otros países (Casco 1992), como en Perú y Chile, en personas en tratamiento por consumo de alcohol y drogas han mostrado evidencias al respecto. Especialmente las mujeres víctimas de abuso sexual y físico parecen tener un alto riesgo de sobrepasarse en el consumo de sustancias, en comparación con las mujeres no víctimas. En los hombres, el maltrato físico en la infancia parece ser un antecedente más importante de consumo excesivo de sustancias. Asimismo se ha encontrado una asociación entre el abuso sexual y el consumo de sustancias en ambos sexos entre poblaciones adolescentes.

Este tipo de resultados ha sido confirmado en México con los trabajos de Casco y Romero (1997) quienes informan sobre la violencia y abuso sexual como un antecedente importante en adolescentes alcohólicos y/o drogadictos.

Es importante mencionar que en todos los niveles socioeconómicos un número considerable de niños y adolescentes tienen su primera experiencia sexual contra su voluntad, son víctimas de abuso o explotación sexual. En una investigación, Russell (1983), entrevistó una numerosa muestra aleatoria de 150 mujeres respecto a sus experiencias sexuales durante la niñez y la adolescencia. Se encontró que el 32% habían sido víctimas de abuso sexual por lo menos una vez antes de cumplir los 18 años y 20% había sufrido la misma experiencia antes de los 14 años.

El impacto del abuso sexual en los niños depende de diversos factores, entre los que se encuentran: la naturaleza del acto, la edad y la vulnerabilidad de la víctima, el hecho de que el agresor sea un extraño o un pariente, las reacciones de los adultos en quienes confía. A menudo el impacto en su identidad y autoestima dura toda la vida. (Kempe y Kempe. 1994).

Ahora bien, se puede concluir de forma general que dentro de la sintomatología Díaz Aguado. (2004), encontrada en víctimas adolescentes de abuso sexual están:

- 1.- Intentos de suicidio o ideas suicidas
- 2.- Desmotivación
- 3.- Baja autoestima
- 4.- Sentimientos de culpa
- 5.- Conducta hiperactiva
- 6.- Dificultades de atención y concentración
- 7.- Trastornos del aprendizaje
- 8.- Alteración del funcionamiento cognitivo y rendimiento académico, repeticiones escolares
- 9.- Aislamiento social, menos amigos.
- 10.- Hostilidad, agresividad, rabia,

- 11.- Rechazo a figuras adultas
- 12.- Hostilidad hacia el agresor
- 13.- Temor al agresor
- 14.- Fugas del Hogar
- 15.- Deserción escolar
- 16.- Interés excesivo por juegos sexuales
- 17.- Conducta sexualizada que no corresponde a la edad ni etapa evolutiva

Todos estos síntomas, en forma aislada o agrupados, pueden estructurar cuadros clínicos como: depresión, estrés post traumático, crisis de pánico, trastornos de la conducta alimentaria, pérdida del control de esfínteres y trastornos disociales graves, entre los más frecuentes. En la adultez, se ha encontrado predisposición a la depresión, trastornos graves de la personalidad y disfunciones sexuales. (Casco y Romero, 1997).

El abuso sexual Rutter, Giller & Hagell (2002), de los niños y de los adolescentes es un problema de salud pública grave. Por tal motivo, el sujeto victimado debe ser atendido psicológicamente con la finalidad de evitar que enfrente un duelo no resuelto por abuso sexual y pueda ser un factor de riesgo para el inicio de consumo de drogas.

El adolescente que se encuentra ante una situación de un duelo no resuelto e incluso resolviendo su duelo por abuso sexual pone en acción a los llamados mecanismos de defensa, de los cuales se hablarán de ellos en el segundo capítulo, estos mecanismos de defensa actúan de manera que buscan el equilibrio psicológico del adolescente frente a un evento traumático, en este caso el abuso sexual, en el siguiente apartado se hace referencia a los antecedentes de los mecanismos de defensa, sus tipos, características y sus teóricos más relevantes que hacen alusión al tema.

## **CAPÍTULO 2**

### **MECANISMOS DE DEFENSA**

#### **2.1 Antecedentes de los Mecanismos de Defensa**

Todo sujeto , sin importar la edad, ni condición social, ni raza esta expuesto a situaciones que amenazan con alterar y desorganizar el medio en que se desenvuelve; la mayoría utiliza ante esto diversas respuestas que logra, o al menos eso intentan, mantener un estado equilibrado y satisfactorio; pero, una de las cosas que hace complejo al ser humano es que su conducta no es innata sino que se encuentra condicionada por procesos internos que son los que activan los recursos para preservar el equilibrio y la seguridad.

Evidentemente, el equilibrio y la seguridad no son situaciones que un sujeto violentado viva. Las relaciones de violencia llevan al individuo a un estado depresivo; un sujeto que constantemente ha sido violentado, lastimado; a un estado de desesperanza donde cree que su vida no tiene alternativa lo cual paraliza su capacidad en la toma de decisiones impidiéndole escapar de la situación que le acontece.

En este estado de desesperanza el sujeto logra adaptarse a las circunstancias de violencia que la rodean, utilizando mecanismos como la negación, e inclusive puede llegar hasta la disociación. Walker (1989, p. 113) menciona:

Cada vez con mayor frecuencia escogen hacer lo que tenga más probabilidades de éxito para minimizar el dolor y aumentar las probabilidades de supervivencia, en vez de arriesgarse a que las lastimen aún más o las maten tratando de escapar.

La ansiedad genera en el individuo una alerta ante un peligro, así como la presencia de un conflicto inconsciente o un deseo inaceptable; si la ansiedad que esto provoca no se puede manejar de manera directa, el aparato psíquico, siendo más específicos el Yo, moviliza sus defensas inconscientes las cuales tienen como objetivo el detener el conflicto y estabilizar al individuo.

Hay un abanico de posibilidades que una persona utiliza para reducir la experiencia incómoda por la que se encuentra pasando, y que el yo percibe como amenaza, estas

herramientas se pueden utilizar solas o combinadas, en cualquier momento. Estas herramientas son conocidas como mecanismos de defensa.

## **2.2 Conceptualización de los Mecanismos de Defensa**

El término defensa es el más antiguo en la teoría psicoanalítica, en 1884 aparece por primera vez el término “defensa” en el estudio de Sigmund Freud “las neuropsicosis de defensa”; posteriormente abandona el término sustituyéndolo por “represión”; y no es hasta 1926 en “Inhibición, síntoma y angustia” donde retoma el término; mencionando la ventaja de emplearlo de nuevo como “designación general de todas las técnicas de que se sirve el Yo en los conflictos eventualmente susceptibles de conducir a las neurosis” Freud (1943).

Las defensas actúan una vez que se ha producido algún tipo de trauma en el sujeto, en este caso del tema que se está tratando, un abuso sexual en la adolescencia hace que el sujeto ponga en acción los mecanismos de defensa para equilibrar su situación psíquica.

Para poderse adentrar en el terreno de los mecanismos de defensa es importante revisar el desarrollo que se ha tenido sobre los mismos así como su conceptualización.

Las defensas son mecanismos inconscientes del Yo y tienen como objetivo reducir la angustia, controlar y establecer un equilibrio; tratan de resolver las dificultades que se presentan entre las pulsiones y el medio externo. Freeman, Kaplan y Sadock (1979) mencionan que; los mecanismos de defensa son de naturaleza protectora, utilizados para disminuir la ansiedad y el conflicto suscitados por los impulsos del individuo; la función primaria de éstos, es anticipar y detener la ansiedad deformando la percepción, motivación, memoria, pensamiento y acción.

Todas las personas utilizan mecanismos de defensa variando en proporción de cantidad y calidad. El grado de normalidad o patología se encuentra dado por las proporciones de cantidad o calidad que se utilizan (González y Rodríguez, 2002).

Anna Freud (1973) denominó mecanismos de defensa a ciertos procesos del Yo que tienen que ver originalmente con las defensas del Yo en contra del Ello. El propósito de estos mecanismos es la protección del Yo contra las exigencias de los instintos y en contra de los afectos intolerables. Los motivos por los cuales la irrupción del instinto se percibe como algo peligroso para el Yo, ya que determina la movilización defensiva de éste variando de un individuo a otro (González Romero y Tavira, 1986). La utilización de las reacciones defensivas del Yo, son de gran relevancia para el desarrollo de la teoría psicoanalítica siendo Anna Freud quien define la mayoría de los conceptos que en la actualidad se refieren a los mecanismos de defensa.

Para Anna Freud (1973: p. 42):

En determinados períodos de la vida, y con arreglo a su propia estructura específica, este yo individual puede seleccionar entre uno u otro método defensivo: represión, desplazamiento transformación en lo contrario, etcétera, mecanismos que puede usar tanto en el combate con el instinto, cuanto en la defensa contra la liberación de afectos. Una vez establecido cómo un señalado individuo se defiende del surgimiento de sus impulsos instintivos, y el tipo de resistencia del yo que suele apelar habitualmente, con esto podremos hacernos una idea acerca de cómo se comportará este mismo individuo frente a sus afectos indeseables.

Freud, S, identifica a los mecanismos de defensa con cinco características: 1) las defensas son el medio principal para manejar instintos y afectos, 2) las defensas son inconscientes, 3) las defensas pueden distinguirse de otras, 4) aunque pueden producir trastornos psiquiátricos mayores son reversibles y 5) las defensas pueden tener una función adaptativa patológica (Freud, Obras Completas, 1894.Tomo IV).

En 1937 Freud recalca que todas las alteraciones del Yo se adquieren durante las luchas defensivas de los primeros años; esto lo comprueba por el hecho de que cada persona hace una selección de los mecanismos de defensa que usa, que solamente serán unos pocos y que siempre usará los mismos, esta selección la hace de manera inconsciente.

Anna Freud (1973) menciona que existen varios tipos de angustia que motivan a que la defensa se active; la angustia frente a la fuerza del instinto, contra los efectos y los sentimientos de culpa como motivo de defensa.

En cuanto a la primera de ellas menciona que:

Siempre existe desconfianza del yo frente a las exigencias instintivas, apenas perceptible en condiciones normales e inadvertidas durante el combate que el superyó y el mundo externo entablan en el terreno del yo contra los impulsos del ello. Cuando el yo se siente abandonado o cuando la reivindicación de los impulsos instintivos llegan a ser excesivos, tal silenciosa hostilidad contra el instinto aumenta hasta la angustia. (p. 68).

Esta angustia del Yo, es la que genera que se pongan en marcha los mecanismos de defensa.

Respecto a la segunda, la defensa contra los afectos, los mismos motivos que promueven al yo en su defensa son también, el fundamento de los procesos defensivos contra el afecto:

Los conflictos entre el yo y los instintos no constituyen las únicas oportunidades de realizar una penetrante observación de las actividades del yo. El yo combate con los derivados del ello que intentan introducirse en su territorio para aflorar a la conciencia y obtener así su gratificación; también despliega una defensa no menos enérgica y activa contra los afectos asociados a aquellos impulsos instintivos. Cuando pretenden rechazar las exigencias instintivas, la primera tarea del yo es siempre lograr un acuerdo con estos afectos (Freud, Anna. 1973: p. 23).



Por último hay que mencionar el sentimiento de culpa. El conflicto neurótico, se complica cuando la angustia se reemplaza por el sentimiento de culpa; generalmente estos sentimientos de culpa se traducen en la angustia del yo frente al superyó.

Para ello es importante distinguir los sentimientos de culpa propiamente dichos, la sensación de “hice algo malo”, un juicio que es doloroso sobre un acontecimiento del pasado al cual se le inyecta un remordimiento y, aquellos sentimientos de conciencia que no pretenden juzgar el pasado sino el futuro que sería el “debo o no, hacer esto”. Fenichel (1966); justo esta parte de la conciencia es la que tiene una función de admonición y es la que gobierna los actos futuros de la personalidad.

Esta función de reproche que se da en la conciencia muestra la tendencia del yo a evitar el dolor de los sentimientos de culpa intensos, este dolor constituye un displacer específico y el evitarlo es el objetivo de toda persona consciente. Por lo tanto; lo que dice la conciencia admonitoria es: evitar hacer tal o cual acto, porque si no experimentarás una sensación de abatimiento y, los sentimientos de culpa se pueden considerar una materialización de esa amenaza.

Así, entre las exigencias instintivas y los sentimientos de culpa se encuentra el yo, y tiene ante sí dos posibilidades: obedecer al superyó en contra de los instintos o se rebela contra el superyó, debiendo aceptar las consecuencias de ambas decisiones. Para solucionar este conflicto surgen los mecanismos de defensa que ayudan al yo a mediar entre las exigencias instintivas, y la necesidad de adaptarse al mundo de la realidad.

Otro factor sumamente importante para que los mecanismos de defensa entren en acción es la angustia, tanto Sigmund Freud como su hija Anna hablan de miedos a la pérdida de objeto, a la pérdida del amor de objeto, a la castración, al superyo, al propio masoquismo y a la intensidad de los propios instintos. Por su parte Fenichel (1945: p. 189), además de la angustia menciona la importancia de la significación de la culpa y secundaria el asco y la vergüenza. Existen actitudes contra las percepciones dolorosas, tal como existen defensas contra todo dolor... las defensas son utilizadas contra el

pánico traumático o de la pérdida de autoestima. Esta última se encuentra como uno de los principales indicadores en las relaciones violentas. Ésta hipótesis la esboza Freud y es retomada por Fenichel; ya que la autoestima es regulada por el superyo y la falta de apoyo del mismo es la fuente principal de la pérdida de autoestima.

Para Anna Freud, (1961); no importa la naturaleza de los afectos, independientemente de si los deseos sexuales son acompañados por dolor, aflicción, amor, nostalgia, resentimiento o celos, o que lo que acompaña al impulso agresivo sea cólera, rabia, odio o cualquier otro; no importa si el afecto es agradable o doloroso o amenazador para el Yo, ya que éste no lo experimenta tal como es, cuando el afecto se vincula a un proceso instintivo vedado, su destino se haya decidido de antemano; el solo hecho de estar así asociado, basta para inducir al Yo a adoptar una postura defensiva contra él.

### **2.3 Tipos de Mecanismos de Defensa**

Inicialmente Sigmund Freud es el que postula diferentes mecanismos de defensa, siendo su hija Anna Freud la que hace un estudio preciso de los mismos; diversos autores han desarrollado hipótesis acerca de los mecanismos de defensa siguiendo la línea psicoanalítica, sin embargo la nomenclatura cambia así como el número de dichos mecanismos.

Algunos autores hacen una división refiriendo que hay mecanismos normales y patológicos; defensas exitosas e ineficaces; primarias y secundarias; inconscientes y más conscientes. Debido a la gran lista de autores que se abocan al estudio de los mecanismos de defensa solo se tomarán los mencionados por: Freud, Anna Freud, Fenichel, Melanie Klein, Laplanche y Pontalis.

A continuación se presenta una tabla de los principales mecanismos de defensa referidos por los autores arriba mencionados:

**Tabla 2.1 Mecanismos de Defensa**

<b>MECANISMO DE DEFENSA</b>	<b>S. FREUD</b>	<b>A. FREUD</b>	<b>FENICHEL</b>	<b>M. KLEIN</b>	<b>LAPLANCHE Y PONTALIS</b>
Represión	X	X	X	X	X
Formación reactiva	X	X	X	X	X
Aislamiento	X	X	X	X	X
Anulación	X	X	X		X
Proyección	X	X	X	X	X
Introyección	X	X	X	X	X
Identificación		X		X	X
Regresión	X	X	X	X	X
Vuelta contra sí mismo	X	X		X	X
Transformación en lo contrario	X	X		X	X
Negación	X	X	X	X	X
Desplazamiento	X	X	X	X	X
Racionalización	X			X	X
Intelectualización		X			
Restricción del yo		X			
Escisión	X			X	X
Clivaje				X	
Altruismo		X			
Ascetismo		X			
Identificación con el agresor		X			
Identificación proyectiva				X	
Identificación introyectiva				X	
Idealización				X	
Fragmentación				X	
Omnipotencia				X	
Denegación	X			X	
Confusión				X	
Sublimación	X	X	X	X	
Reparación				X	

### 2.3.1 Mecanismos de Defensa propuestos por Laplanche y Pontalis

En el Diccionario de psicoanálisis de Laplanche y Pontalis (1996) se describe quince mecanismos de defensa. A continuación describiré aspectos fundamentales de los mecanismos de defensa que estos autores han planteado y que sirven para ubicar la activación de estos en el sujeto que ha sufrido de abuso sexual.

**Racionalización:** Procedimiento mediante el cual un individuo intenta dar una explicación coherente, en un sentido lógico o aceptable desde el punto de vista moral, a una actitud, un acto, una idea, un sentimiento, etcétera, cuyos motivos verdaderos no percibe. El propósito de la racionalización es neutralizar las cargas, los impulsos y mantener alejados a los afectos de la conciencia.

**Represión:** Impide que se hagan conscientes las fantasías, representaciones, pensamientos que están ligados a una pulsión y cuya satisfacción podría ser una fuente de conflicto por no cumplir los requerimientos del yo o del superyó; consiste en interrumpir de la percepción consciente una idea, fantasía, pensamiento, imagen o recuerdo ligado a una pulsión que produce angustia.

**Escisión:** En este proceso se da la disociación en las funciones del yo y que derivan en la oposición o enfrentamiento de unas con otras. El sujeto tiende a escindir lo bueno de lo malo y sólo usa lo bueno de un objeto o sólo lo malo; es importante señalar, que estas dos actitudes coexisten sin influirse recíprocamente.

**Regresión:** Se da cuando una parte de la personalidad del individuo pierde un grado del desarrollo que había obtenido y regresa a un modo de funcionamiento de una etapa anterior del desarrollo. Una experiencia traumática o un evento frustrante pueden ocasionarle que responda de una forma menos adulta, y que actúe infantilmente. Supone un retorno a modos de expresión y de comportamiento de una etapa ya superada del desarrollo. Aunque se puede apreciar el concepto de regresión como paralelo al de fijación, es importante hacer la distinción. En la medida en que la fijación

debería interpretarse como una inscripción, la regresión se puede considerar como el poner de nuevo en funcionamiento lo que fue inscrito. La fijación puede darse por una frustración, carencia no por el exceso de gratificación en alguna etapa del desarrollo, y la regresión es el mantenerse ligado a etapas que tienen relación con esas dichas experiencias, hayan o no sido satisfactorias.

**Formación reactiva:** Es la actividad por parte del yo, que actúa en un sentido opuesto al deseo o impulso reprimido, en tal forma que el deseo opuesto se constituye como el deseo o el impulso original. Se trata de la condición o práctica en la que se procede en sentido opuesto a un deseo o impulso reprimido; se constituye como una reacción contra los deseos o impulsos considerados como indeseables o inaceptables; esto es que el deseo o impulso opuesto se constituye como el deseo o impulso original.

**Aislamiento:** Este consiste en separar o aislar un determinado pensamiento o una acción dolorosa, de manera que se destruyen las conexiones con otros pensamientos o afectos con los que se encuentra en relación. En este mecanismo el afecto es expulsado de la conciencia; al aislarse la idea de su carga emocional, el sujeto parece no sentir ningún afecto, aunque de forma debilitada, en su pensamiento, la represión de alguna idea dolorosa o vergonzosa permanezca en la conciencia.

**Anulación:** Este mecanismo va unido al aislamiento, ya que parece que el sujeto puede aislar un afecto una idea, o para que separe dos eventos, puede valerse de conductas rituales anulatorias o utilizar intervalos de tiempo entre la idea que desea que quede separada.

**Identificación:** Consiste en colocar aspectos, propiedades o atributos de un objeto externo y que es deseado, en uno mismo, esta incorporación puede ser de manera parcial o total. Las identificaciones pueden ser con un objeto amoroso, esto es, que se toman las características de alguien que se ama, admira o se quiera ser; con un objeto perdido, es decir, se toman las características o actitudes de alguien que ya no estará más con el sujeto; a causa de una culpa, es decir, es el auto castigo que realiza un sujeto en contra de sí mismo, ya que al sentir hostilidad hacia alguien a quien ama se

siente culpable y se auto castiga; con un agresor, donde el sujeto evita sentirse atemorizado por la presencia de alguien que se percibe como agresor, tratando de parecerse a él, lo imita y de esta manera percibe la agresión como propia, lo cual produce una disminución de la angustia al creer que él mismo es capaz de controlar; por aprendizaje social, el sujeto adopta lo percibido en el grupo social inmediato, adopta modas, ademanes, actitudes y actúa de una manera que es deseada de determinado grupo social, así se sentirá más adaptado al grupo imitado; y, por necesidad de identidad cuando está en busca de una identidad, un modelo a quien parecerse.

**Proyección:** Cuando se le pone a una persona del exterior, un deseo, un sentimiento o características que una persona tiene, generalmente, lo que el sujeto pone en el exterior son las cosas que el súper yo considera inaceptables y que el yo no logra reprimir. Es la operación por la cual el sujeto expulsa de sí mismo y localiza o atribuye a otra (persona o cosa) cualidades, deseos, incluso objetos, que no reconoce o que rechaza en sí mismo.

**Introyección:** Proceso que consiste en pasar de una manera fantaseada, afectos y características de los objetos del mundo externo al interior, es una incorporación de tipo simbólico, se trata de que el yo represente en su interior algunas cosas que percibe del exterior. Es un proceso mediante el cual se adoptan en forma parcial o total, aspectos, propiedades, normas, valores, afectos, de los objetos del mundo externo al interno; ésta es una incorporación simbólica.

**Desplazamiento:** En este mecanismo el interés, la intensidad y el afecto de una representación puede desprenderse de ésta para pasar a otras representaciones originalmente poco intensas, aunque ligadas a la primera cadena asociativa; el contenido emocional o afectivo que acompaña a un objeto se desplaza a otro objeto o situación que aparentemente no tiene relación con el objeto original, esto es, que se busca un sustituto que sea más fácilmente aceptado.

**Vuelta contra sí mismo:** defensa mediante la cual los sentimientos y las pulsiones que amenazan con salir de la represión se vuelven contra sí mismos; un impulso inapropiado dirigido hacia el exterior, se dirige hacia la propia persona. De forma que un sujeto en lugar de expresar odio o sentimientos hostiles hacia otras personas, los vuelca hacia sí, de modo que el sujeto pasa a ser objeto de esos sentimientos.

**Negación:** es el procedimiento en virtud del cual, a pesar de formular uno de sus deseos, pensamientos o sentimientos hasta entonces reprimidos, sigue defendiéndose negando que le pertenezca; así que tiende a no percibir sucesos y sensaciones dolorosas y displacenteras, rechazando una parte de la realidad exterior que resulta amenazante o no deseada para el sujeto.

**Transformación en lo contrario:** mediante este mecanismo no se oculta la pulsión, el deseo o la fantasía, sino que el psiquismo produce y fabrica algo diferente y opuesto: fantasías o estados emocionales que contrarrestan a las displacenteras que no son toleradas por el súper yo.

**Sublimación:** en este mecanismo un impulso abandona su objeto original, pues de acuerdo con el principio de realidad, su satisfacción del impulso no sería aceptada por el súper yo, entonces se busca otra salida a través del yo en la que concibe las exigencias del súper yo, del principio de realidad que esté socialmente aceptado. Es por medio de este mecanismo que las pulsiones que tienen fines sexuales se dirigen a aquellas actividades que no los tienen, al menos en forma manifiesta. Para lograr la sublimación el impulso es desexualizado o desagresivizado, se cambia el objeto y el fin impulsivo por uno altruista.

**Intelectualización:** proceso por el cual el sujeto intenta dar una formulación discursiva a sus conflictos, emociones y sentimientos para poder controlarlos; este mecanismo se puede relacionar con la racionalización, pero las diferencias son las siguientes: una de las tareas primordiales de la intelectualización consiste en mantener a distancia y neutralizar los afectos. Distinto lugar para la racionalización, ya que no implica una

evitación sistemática de los afectos, pero atribuye a éstos motivaciones más plausibles que verdaderas, dándoles una justificación de tipo racional o ideal.

**Fijación:** este concepto en la teoría psicoanalítica se explica de la siguiente manera: todo ser humano se halla marcado por experiencias infantiles, permanece ligado en forma más o menos disfrazada a modos de satisfacción, tipos de objeto o de relación arcaicos; se considera la influencia y la repetición de las experiencias pasadas como la resistencia del sujeto a desprenderse de ellas. Es decir, que todo individuo se encuentra marcado por experiencias infantiles permaneciendo ligado a modos de satisfacción, comportamientos y de relación que tuvo durante su infancia y tiende a repetirse en la adultez. El concepto de fijación no contiene en sí mismo un principio explicativo; en cambio, su valor descriptivo es indiscutible.

Aun cuando la investigación psicoanalítica respecto a los procesos defensivos ha ido evolucionando, en la actualidad no hay un acuerdo general respecto al número de mecanismos de defensa que deben aceptarse, sin embargo el presentarlos en la investigación nos sirve para poder analizar la conducta del adolescente que sufrió abuso sexual, y como éste trata de asimilar de alguna manera la situación traumática.

### **2.3.2 Mecanismos de Defensa propuestos por Anna Freud**

Anna Freud desarrolló e identificó ampliamente nueve mecanismos de defensa. Como ya se mencionó, los mecanismos de defensa engloban todas aquellas técnicas inconscientes que utilizan las personas para dominar, controlar, canalizar y encauzar las situaciones de ansiedad, miedo, angustia, inseguridad, etc. Su objetivo final consiste en que dichas situaciones y peligros no les hagan daño y no les produzcan una neurosis.

La finalidad de los mecanismos de defensa es proteger a la persona de la situación de angustia, incrementando la sensación interna de seguridad. Esto puede conseguirse a



través de mecanismos de defensa, los cuales se alterarán en el grado en que son coherentes con la razón y la realidad percibida.

Los mecanismos de defensa propuestos por Anna Freud son: la represión, la proyección, la formación reactiva o compensación, la sublimación, la regresión, el aislamiento, la anulación retroactiva, la vuelta contra sí mismo, la transformación de su contrario y la introyección o dramatización.

**La represión** hace referencia al mecanismo por el que un impulso o idea inaceptable conscientemente de la persona se vuelve inconsciente. Es el proceso mediante el cual la persona rechaza o mantiene en su mundo inconsciente los pensamientos, las imágenes o los recuerdos inaceptables, convirtiéndolos a su vez en la más atractiva fuente de energía emocional.

**La proyección** alude al mecanismo de defensa por el que la persona atribuye a otra o incluso a una cosa de manera inconsciente, sentimientos, deseos, cualidades, características o conflictos propios. Es el proceso mediante el cual la persona atribuye a otras personas aquello que no puede aceptar en sí misma.

**La formación reactiva o compensación**, es aquel mecanismo por el que un impulso, sentimiento o deseo inaceptable e inseguro es controlado por la exageración de un rasgo real o deseable opuesto.

**La sublimación** se refiere al mecanismo de defensa contra las pulsiones de los instintos sexuales y agresivos, que consiste básicamente en sustituir el propósito original del instinto por una meta asociada socialmente valorizada.

**La regresión** es el mecanismo por el cual la persona volverá a etapas anteriores de la vida, con lo que intenta evitar un acontecimiento frustrante provocado. La persona se siente amenazada por la situación actual y es incapaz de superarla, por lo que se decanta, refugiándose en pautas propias de etapas anteriores.

**El aislamiento** hace referencia al mecanismo de defensa por el que la persona aísla un pensamiento o un acontecimiento, rompiendo así sus vínculos con el resto de sus pensamientos o vivencias y el contexto en el cual se produjeron, y evitando de esta manera que forme parte de su experiencia significativa. Es decir, el pensamiento o la vivencia permanecen conscientes, pero se reprime la situación en la cual cobra significación.

**La anulación retroactiva** es el proceso por el que la persona se comporta como si un pensamiento, sentimiento o acción anteriores que resultan amenazadores, no hubieran tenido lugar, además de remplazar su significado por el contrario.

**La vuelta contra sí mismo y transformación en su contrario** son mecanismos de defensa que parte de la idea de que los instintos son capaces de soportar una transformación. De esta manera las personas utilizan estos mecanismos de defensa cuando sienten o piensan una cosa y realizan la contraria.

**La introyección o dramatización** hace referencia al mecanismo según el cual la persona se identifica con otras imitando y asimilando como propios sus atributos, valores, opiniones y motivaciones.

Ahora bien, para Anna Freud la defensa es la protección del Yo contra las exigencias instintivas, el significado queda constreñido al de un método particular de defensa. Es en Inhibición Síntoma y Angustia, donde después de su "sustitución" por la idea de represión, Sigmund Freud restaura la noción de defensa. Anna Freud, sostiene la afirmación según la cual la represión es un modo específico de defensa, y que en otras patologías se descubren métodos de defensa diferentes (en este caso la formación reactiva, el aislamiento y la anulación). Así, represión, regresión, formación reactiva, aislamiento, anulación, proyección, introyección, vuelta contra la propia persona y transformación en lo contrario así como la sublimación arman la "cartera defensiva".

Para Anna Freud, son defensas indudables y constitutivas para la introyección y la proyección. En Freud se puede observar un discurso que muestra al yo más como controlado que controlador de la pulsión y de los mecanismos que le salen al paso.

Técnicas como el aislamiento y la anulación se hallan junto a procesos instintivos reales tales como la regresión, la conversión en el contrario, la vuelta contra sí mismo. Unos son capaces de dominar grandes cantidades instintivas o afectivas, otras únicamente cantidades insignificantes.

La represión combate ante todo deseos sexuales, otros métodos defensivos se emplean contra los impulsos agresivos, tal vez estos combaten lo que la represión no logró dominar o dejó inconcluso, o lo que retorna de la idea prohibida cuando la represión fracasa.

El aparato anímico emplea antes de la disociación del Yo y del ello, y aun de la formación del súper yo, métodos de defensa distintos de los que pone en práctica, una vez alcanzadas estas fases de su organización, la represión exige un yo consciente; en tanto el yo está confundido con el ello carece de sentido hablar de represiones.

Los métodos de retención y expulsión de una idea o de un afecto fuera de la proyección y de la introyección dependen de la separación entre el Yo y el mundo externo. La introyección solo será de beneficio para el Yo cuando le queda claro que le pertenece a este y no al mundo externo.

La sublimación, es decir el desplazamiento de la dirección del objeto instintivo hacia uno de valor social más elevado, presupone la aprobación o por lo menos el conocimiento de tales valores, es decir la existencia de un súper yo. Procesos como la regresión, la transformación en lo contrario, y la vuelta contra sí mismo probablemente sean independientes del grado estructural psíquico alcanzado.

En sí, Anna Freud (1973: pag. 69).sostiene que:

La hostilidad entre el Yo y el Ello que generalmente es más latente, pero más abierta en tres periodos: la infancia, la pubertad y el climaterio. Pero, aún fuera de estos tres periodos, siempre existe cierta desconfianza del yo frente a las exigencias instintivas, aún independientes y anteriores al combate mucho más tumultuoso que el superyó y el mundo externo entablan en el terreno del yo contra los impulsos del ello, y cuando el yo se siente abandonado por los poderes protectores o cuando la reivindicación de los impulsos instintivos llegan a ser excesivos, tal silenciosa hostilidad contra el instinto aumenta hasta la angustia.

### **2.3.3 Estilos de Defensa de David Shapiro**

De acuerdo a Shapiro (1988), todos los síntomas psicopatológicos están en el carácter y guardan correspondencia con la cualidad general de la vida subjetiva, aunque, en principio, muchas veces no lo parezca. A su juicio, era ésta una manera de ver la Psicología que tiene una conceptualización teórica considerable y que puede proteger de una simplificación excesiva de las causas tanto psicológicas como biológicas.

Shapiro (1988), demostró que los síntomas neuróticos no son fragmentos de la personalidad circunscritos, conflictivos y aislados, sino extensiones naturales de modos particulares de percepción y pensamiento, cada uno de su propio estilo distintivo, sus ventajas para la vida y sus mecanismos para la formación de síntomas y la perspectiva volitiva más general de la vida, Shapiro llegó a la conclusión de que la psicopatología procede directamente de la visión que el paciente tiene del mundo, que en un sentido fundamental es elegida por el paciente mismo; dentro del marco de referencia del paciente, el carácter patológico tiene una lógica perfecta y parece algo deseable. A esta cualidad activa e intencional Shapiro la llama "autonomía" y afirma que es una característica del comportamiento, y que cierta pérdida de autonomía es un elemento de la psicopatología.

Shapiro se opone a la visión psicoanalítica tradicional de que al hombre lo impulsan sencillamente las necesidades. Los adultos tienen una compleja perspectiva de la vida,

resultante de actitudes, creencias y procesos imaginativos, todos los cuales se combinan.

Shapiro (1988), delinea la estructura y las características de lo que denomina "estilos neuróticos". Según él, el estilo general del pensamiento de una persona puede considerarse una matriz en la que se cristalizan los diversos rasgos, síntomas y mecanismos de defensa. Dice este autor que el funcionamiento cognitivo de los obsesivos tiene tres características básicas: la rigidez de pensamiento, el modo de actividad tenso con distorsión del sentido de autonomía, y la pérdida del sentido de la realidad o del sentido de convicción sobre el mundo.

Según Shapiro, el mecanismo principal en que se basan las delimitaciones defensivas es la identificación proyectiva.

Como se ha podido observar los mecanismos de defensa son procesos psicológicos automáticos que protegen al individuo frente a la ansiedad y las amenazas externas, entendiéndose éstas como situaciones embarazosas o internas como lo son los recuerdos desagradables.

Una vez analizados brevemente los mecanismos de defensa, en el siguiente apartado se abordarán tanto la adolescencia y sus características, con la finalidad de poder comprender mejor cómo se desarrollo el duelo no resuelto dentro de esta etapa del desarrollo del individuo.

## **CAPÍTULO 3**

### **LA ADOLESCENCIA Y SUS PERIODOS CRÍTICOS**

#### **3.1 Características de la Adolescencia**

##### **3.1.1 Concepto de Adolescencia**

Aunque existen diversas concepciones en relación a lo que es la adolescencia, a continuación solo se mencionan algunas, con el fin de que se tenga una idea o aproximación de lo que representa esta etapa de transición y desarrollo en la vida de todo ser humano.

La palabra adolescencia apareció por primera vez en el siglo XIII. El término se aplica al individuo cuya característica esencial es la de hallarse creciendo; la palabra viene del vocablo latino “*adoleceré*” que significa adolecer o crecer. Este crecimiento no solo es físico, aunque es el rasgo más evidente de los cambios que se operan en este momento de la vida. Conde (1981).

La adolescencia, es un período de transición, una etapa del ciclo de crecimiento que marca el final de la niñez y anuncia la adultez, dicho término se usa generalmente para referirse a una persona que se encuentra entre los 13 y 20 años de edad. Organización Panamericana de la Salud (1994).

Existen además otras definiciones, Hyers (1995), que consideran a la adolescencia como el momento de desarrollo en el que ya no se es niño ni se es adulto, es decir, es el punto intermedio entre estas etapas.

La OMS (Organización Mundial de la Salud) define adolescencia como:

El período de la vida en el cual el individuo adquiere la capacidad reproductiva, transita los patrones psicológicos de la niñez a la adultez, y consolida la independencia socio – económica.

Montesinos (2006). Comenta que el desarrollo de esta maduración atraviesa posibles etapas de la sexualidad de la adolescencia, que describen características muy generales de este proceso relacionado con aspectos psicológicos y sociales, estas etapas son:

## **Etapas de la Adolescencia.**

### **Adolescencia Temprana: (10- 13 años)**

Caracterizada por el inicio de la maduración sexual, extrema curiosidad por su cuerpo, muchas fantasías sexuales, exploración acentuada del autoerotismo y se interrelaciona con una sexualidad donde lo físico predomina (coquetería, amor platónico, etc.).

### **Adolescencia Media: (14-17 años)**

Completa maduración sexual, manifestación de alta energía sexual con énfasis en el contacto físico y conducta sexual exploratoria (puede presentarse experiencias homosexuales y relaciones heterosexuales no planificadas), negación de las consecuencias de la conducta sexual (por sentimientos de invulnerabilidad), falta de información y educación sexual, relaciones intensas y fugaces.

### **Adolescencia Tardía: (De 18 a 20 años).**

Se caracteriza por la completa maduración física, social, legal; logros definidos en la maduración psicológica, conducta sexual expresiva, y puede establecer relaciones íntimas y estables, con definición de su rol sexual.

Los rangos de edades varían mucho de un texto a otro, sin embargo se podría establecer en promedio que las niñas inician su adolescencia de los once a los trece años y termina cerca de los veinte; y los niños de los doce a quince años y termina un poco después de los veinte.

Aunque los intervalos de inicio de la adolescencia son amplios y cambiantes, los autores sobre el tema (Papalia, Duskin & Wendkos 1992), coinciden con que esta etapa se anuncia primeramente con los cambios físicos del organismo producidos por

las distintas hormonas; además de cambios cognoscitivos, sociales, psicológicos, y emocionales, entre otros.

## **3.2 Los Cambios Puberales y Crisis Evolutivas**

### **3.2.1 Cambios Puberales**

#### **Desarrollo Físico**

El desarrollo físico afecta todas las dimensiones de los sistemas óseo y muscular; pues el joven comienza a secretar en abundancia hormonas como la progesterona en niñas, y la testosterona en niños respectivamente; que generan un crecimiento orgánico acelerado; por otro lado, es necesario comprender que la maduración física trae generalmente consigo efectos de tipo social y psicológico, (Papalia, Duskin & Wendkos 1992).

Los cambios biológicos que señalan el fin de la adolescencia se dan paulatinamente, a través de un proceso de maduración desde la pubescencia hasta la pubertad.

#### **Pubescencia**

Dura cerca de dos años, es un periodo caracterizado por un desarrollo o maduración de las funciones reproductivas (Papalia, Duskin & Wendkos.1992) donde ocurre un drástico aumento de talla, peso y maduración de los órganos sexuales o las características sexuales primarias; además, al final de esta fase aparecen las características sexuales secundarias que dan inicio a la pubertad, y esta etapa es fundamental para la transición del pubescente a la pubertad.

En la pubescencia se observan los mayores cambios de diferenciación sexual, que proviene desde el desarrollo embrionario. La edad inicio de la pubescencia es aproximadamente, de los nueve a los diez en niñas, iniciando la pubertad a los doce; y de los siete a catorce años en niños iniciando la pubertad a los dieciséis. (Papalia, Duskin y Wendkos.1992)

En este periodo del desarrollo humano, la diferenciación de maduración de un joven en comparación con otro es completamente normal, debido a la gran variabilidad biológica



individual, sobre todo de niño a niña; por tanto, no debe ser motivo de preocupación un proceso tardío. A causa de que las chicas experimentan la llegada de la adolescencia antes que los chicos , aquellas son más pesadas y fuertes en edades de 11 a 13 años , un hecho que los chicos encuentran generalmente embarazoso porque la sociedad espera que los varones sean más grandes que las niñas, (Conde 1981).

### **Características Sexuales Primarias**

Son las que indican que el adolescente tiene la capacidad de reproducirse, como: la ovulación, desarrollo de útero y vagina en la mujer; y la producción de esperma, maduración de los testículos, glándula prostática, pene y vesículas seminales, entre otros, en los hombres. Se considera el esperma en la orina como el principal signo de maduración en los hombres y en las chicas la menarquia o primera menstruación.

**Cuadro 3.1 Características Sexuales Secundarias**

MUJERES	HOMBRES
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Desarrollo de los pechos y las caderas.</li> <li>• Vello púbico.</li> <li>• Vello axilar.</li> <li>• Cambio de voz y brotes de acné.</li> <li>• Crecimiento de otras partes del cuerpo.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Crecimiento de los testículos, ensanchamiento de los hombros.</li> <li>• Disminución del tono de voz y brotes de acné</li> <li>• Crecimiento del pene y vello facial.</li> <li>• Vello púbico y axilar.</li> <li>• Crecimiento de otras partes del cuerpo.</li> </ul>

### **La Pubertad**

Es el punto donde el joven o la joven alcanzan su madurez sexual, y están capacitados orgánicamente para reproducirse. En el momento en que maduran los órganos reproductores, en la niña el signo determinante lo constituye la menarquía; primera regla, y el signo de la madurez en el hombre es; la presencia de esperma. Estos son

fenómenos que le confirman a los jóvenes su capacidad de ser padres, al menos desde el punto de vista biológico (Papalia, Duskin & Wendkos. 1992).

### **3.2.2 Crisis Evolutivas**

La teoría de Freud y Erikson como se citó en Toledo, (2001), señala que a medida que el individuo madura, el impulso sexual o la búsqueda del placer sexual, que Freud llamó libido, se concentra en diversas partes sensitivas del cuerpo según el desarrollo sexual: en la etapa fálica se focaliza en los genitales, y el placer es masturbarse, en la etapa de lactancia los niños pierden todo interés por la conducta sexual, y en la pubertad se despierta o renacen los impulsos sexuales, esta vez dirigidos a personas del sexo opuesto buscando la satisfacción a través del amor; a medida que transcurren los años, éste se va convirtiendo en un amor maduro, en el cual intervienen la satisfacción pospuesta, la responsabilidad y el amor por los demás en todas sus expresiones.

Estos periodos son llamados "crisis evolutivas", en la pubertad o adolescencia, etapa donde renacen los impulsos sexuales luego de tener un periodo de latencia de cuatro años desde la niñez. Es allí donde se origina uno de los problemas más graves que acarrea este despertar sexual, el inicio de las prácticas sexuales, las cuales son la causa de las elevadas y crecientes cifras de embarazo en adolescentes, originando diversidad de problemas para el adolescente, su familia y la sociedad, (Montesinos, 2005).

Ahora se empezará a definir cada una de las crisis evolutivas por las cuales pasa el adolescente:

Embarazo se define: como el estado fisiológico de la mujer que se inicia con la fecundación y termina con el parto, y el nacimiento del producto a término. El embarazo en la adolescencia se define como el que ocurre entre los 10 y 19 años de edad, cuando la adolescente es aún dependiente de su núcleo familiar de origen, (Barrera, 1999).

Menarquía: Es la aparición de la primera menstruación que ocurre entre los 11 y los 15 años de edad. La menarquía adquiere sentido familiar y social en la medida en que avisa que una mujer es capaz de quedar embarazada. (Barrera,1999).

En cuanto a factores de riesgo hay consideraciones psicosociales importantes para el aumento de los embarazos en adolescentes. En cuanto al comportamiento sexual humano es variable y depende de las normas culturales y sociales especialmente en la adolescencia, pudiendo clasificar a las sociedades humanas de la siguiente manera (Torres, 2000):

- a) Sociedad Represiva: niega la sexualidad, considerando al sexo como una área peligrosa en la conducta humana. Considera una virtud la sexualidad inactiva, aceptándola sólo con fines de pro crear. Las manifestaciones de la sexualidad pasan a ser fuentes de temor, angustia y culpa, enfatizando y fomentando la castidad prematrimonial.
- b) Sociedad Restrictiva: tiene tendencia a limitar la sexualidad, separando tempranamente a los niños por su sexo. Se aconseja la castidad prematrimonial, otorgando al varón cierta libertad Presenta ambivalencia respecto al sexo, siendo la más común de las sociedades en el mundo.
- c) Sociedad Permisiva: tolera ampliamente la sexualidad, con algunas prohibiciones formales por ejemplo la homosexualidad. Permite las relaciones sexuales entre adolescentes y el sexo prematrimonial. Es un tipo social común en países desarrollados.
- d) Sociedad Alentadora: para la cual el sexo es importante y vital para la felicidad, considerando que el inicio precoz del desarrollo de la sexualidad favorece una sana maduración del individuo. La pubertad es celebrada con rituales religiosos y con instrucción sexual formal. La insatisfacción sexual no se tolera y hasta es causal de separación de pareja. Son sociedades frecuentes en África ecuatorial, la Polinesia y algunas islas del Pacífico.

Así, se considera que el embarazo en adolescentes es un fenómeno causado por múltiples factores, principalmente de orden psicosocial, ocurriendo en todos los estratos sociales sin tener las mismas características en todos ellos, por lo que importan las siguientes consideraciones:

1. Estratos medio y alto: la mayoría de las adolescentes que quedan embarazada interrumpen la gestación voluntariamente.
2. Estratos más bajos: donde existe mayor tolerancia del medio a la maternidad adolescente, es más común que tengan su hijo.

Se hablará también de los factores predisponentes y factores determinantes, (Papalia, Duskin & Wendkos 1992)

### **Factores Predisponentes**

1. Menarquía temprana: otorga madurez reproductiva cuando aún no maneja las situaciones de riesgo.
2. Inicio precoz de relaciones sexuales: cuando aún no existe la madurez emocional necesaria para implementar una adecuada prevención.
3. Familia disfuncional: uniparentales o con conductas promiscuas, que ponen de manifiesto la necesidad de protección de una familia continente, con buen diálogo padres – hijos. Su ausencia genera carencias afectivas que la joven no sabe resolver, impulsándola a relaciones sexuales que tiene mucho más de sometimiento para recibir afecto, que genuino vínculo de amor.
4. Mayor tolerancia del medio a la maternidad adolescente y / o sola, y no presenta la necesidad de tener una pareja a su lado durante y después del parto

5. Bajo nivel educativo: con desinterés general. Cuando hay un proyecto de vida que prioriza alcanzar un determinado nivel educativo y posponer la maternidad para la edad adulta, es más probable que la joven, aun teniendo relaciones sexuales, adopte una prevención efectiva del embarazo.
6. Migraciones recientes: con pérdida del vínculo familiar. Ocurre con el traslado de las jóvenes a las ciudades en busca de trabajo y aún con motivo de estudios superiores.
7. Pensamientos mágicos: propios de esta etapa de la vida, que las lleva a creer que no se embarazarán porque no lo desean.
8. Fantasías de esterilidad: comienzan sus relaciones sexuales sin cuidados y, como no se embarazan por casualidad, piensan que son estériles.
9. Falta o distorsión de la formación: es común que entre adolescentes circulen “mitos” como: sólo se embaraza si tiene orgasmo, o cuando se es más grande, o cuando lo hace con la menstruación, o cuando no hay penetración completa, etc.
10. Controversias entre su sistema de valores y el de sus padres: cuando en la familia hay una severa censura hacia las relaciones sexuales entre adolescentes, muchas veces los jóvenes las tienen por rebeldía y, a la vez, como una forma de negarse a sí mismos que tiene relaciones no implementan medidas anticonceptivas.
11. Aumento en número de adolescentes: alcanzando el 50% de la población femenina.
12. Factores socioculturales: la evidencia del cambio de costumbres derivado de una nueva libertad sexual, que se da por igual en los diferentes niveles socioeconómicos.

## Factores Determinantes

1. Relaciones sin anticoncepción.
2. Abuso sexual. Puede considerarse como abuso sexual infantil todo tipo de manoseo corporal que realiza una persona a un niño sin su autorización con el propósito de estimularse y obtener placer, acto que también puede incluir la exhibición de genitales.
3. La violación es la imposición de la cópula sin consentimiento, por medios violentos. Se caracteriza el delito en estudio, por la ausencia total de consentimiento del pasivo y la utilización de fuerza física o moral.

La educación en sexualidad que se brinda a los adolescentes en el núcleo familiar, al parecer dependen del tipo de familia según en el que el joven se desenvuelve, y también en cuanto a su funcionalidad.

La familia constituye el núcleo de la sociedad, representa el tipo de comunidad perfecta, pues en ella se encuentran unidos todos los aspectos de la sociedad: económicos, jurídicos, socioculturales, etc.

Ahora bien de los diferentes tipos de familia que existen en la sociedad, (Ortiz. A, 1985). Se encuentran los que a continuación se mencionan:

- a) Familia Nutridota:** En ella se dejan ver ciertos roles que se centran en los padres sin que ellos signifiquen un liderazgo autoritario por parte del padre. La relación de mando suele compartirse con la madre, identificándose más bien como guías que como jefes. Suelen establecerse vínculos de comunicación verbal suficientemente abiertos como para dar cavidad a los temas sexuales. Su función principal consiste en propiciar las condiciones necesarias procurando el enriquecimiento cultural y moral de los hijos.

- b) Familia Conflictiva:** En esta categoría se pueden ubicar una gran variedad de modelos que comparten una característica común: el conflicto, lo cual no significa necesariamente una dificultad para su funcionalidad, ya que el conflicto resulta ser también una estrategia a la que la familia recurre cuando las dificultades del medio interno o externo no permiten otra alternativa. Las discusiones en voz elevada, los abandonos o incluso las agresiones psicológicas y físicas. En estas familias la educación sexual que reciben los hijos adolescentes es por lo general cargada de modelos estereotipados, chantajes emocionales por parte de la madre, o actitudes machistas por parte del padre; los problemas se resuelven a altos costos que pagan los mismos jóvenes, tales como la dificultad para relacionarse con jóvenes del sexo opuesto en el caso de la mujer, mientras que en el caso del varón, conceptualizando a la mujer como conflictiva y chantajista o como entidad utilitaria al antojo sexual del varón.
- c) Familia Democrática:** Las funciones de la autoridad no se centran en el padre, la madre o ambos, más bien se comparte entre todos los miembros que la integran. En lo relativo a la educación sexual la apertura actitudinal no suele ser del todo aceptable, ya que predominan principios morales que hacen que el tema se analice en forma delicada. El tipo del liderazgo ejercido no significa necesariamente la aceptación abierta y franca de los temas sexuales. Desde el punto de vista del bienestar, la comunicación y del salir adelante para cada miembro.
- d) Familia Autoritaria:** En donde se establece una impermeabilidad a la influencia de factores externos que pueden atentar contra los principios establecidos por los padres. La autoridad la ejerce el padre y bajo su consentimiento se permite cualquier decisión del grupo familiar. Los patrones de educación sexual transmitidos a los hijos se fincan en el sistema tradicional que prevalece entre ellos, donde la madre se dedica exclusivamente al hogar y el padre a trabajar para el suministro de recursos, y para tomar las decisiones.

- e) **Familia Amalgamada:** Se establece entre sus miembros un tipo de relación fuertemente vinculada en los lazos afectivos. Se identifican como grupo y las necesidades de uno de sus miembros la identifican como del grupo. Experimentan fuertes dificultades para aceptar la separación o la incorporación de otro elemento.
  
- f) **Sobre Protectora:** En esta los padres sobre valoran a los hijos esforzándose en brindarles toda clase de bienestar, como reforzando el haber tenido hijos cuando existían impedimentos por parte de alguno para la reproducción o bien cuando predominan en los padres principios maternales o de sobreprotección, limitándose las posibilidades de desarrollo o de autonomía.
  
- g) **Con un solo padre:** En esta el progenitor que generalmente existe es la madre, por rompimiento de las relaciones matrimoniales, dando lugar a este tipo de familia aquí la madre asume un doble rol genérico: el de doméstica y el de proveedora. Lo cual repercute en el rol asumido por el hijo (varón) cuando incursiona en la unión matrimonial, limitándole posibilidades para asumir un papel “masculino”, por la falta de una imagen masculina en su desarrollo.

En su infinita mayoría los embarazos no deseados han llegado a constituir uno de los más graves conflictos sociales de algunos países en desarrollo. Barrera (1999)

La teoría psicosexual de Freud, ve el conflicto como el resultado de los cambios físicos del adolescente, este conflicto pasará a la etapa genital, la etapa de la sexualidad adulta moderna.

### **Sigmund Freud: La Etapa Genital**

Par Freud, los cambios fisiológicos de la pubertad sobresaltan la libido, la fuente básica de energía que abastece la conducta sexual, resurgen las urgencias sexuales de la etapa fálica anterior.



En la etapa genital la energía sexual fluye en cambios aprobados socialmente, los que frecuentemente describe como relaciones heterosexuales con parejas que no son de la familia.

Antes de la adolescencia, en la etapa de latencia, se reprimen o desplazan los sentidos sexuales no resueltos hacia la madre o padre, (Formación reactiva). Mecanismo de defensa en el cual una persona expresa sentimientos opuestos a sus sentimientos reales, el vínculo sexual es reemplazado por una hostilidad temporal, rebelión adolescente.

Al liberarse a sí mismo de la dependencia sexual del padre del otro sexo, dice Freud que los adolescentes atraviesan en su búsqueda de identidad una etapa "homosexual", atracción hacia el adulto del mismo sexo.

Otra situación de la adolescencia de acuerdo a Freud, es que se producen cambios en la sexualidad de un deseo de puro placer (masturbación) a una conducta madura con objetos de producción de placer (búsqueda de compañera sexual), pasa del autoerotismo a la elección de objeto.

### **Eric Triksion (1968): Crisis- identidad vs. Conflicto**

La principal tarea de la adolescencia es resolver el conflicto de identidad vs. Confusión de identidad. El resultado deseable es el sentido de uno mismo como ser humano único con un papel significativo para la sociedad. El agente activo de la formación de ideas es el YO, la búsqueda de identidad es una búsqueda de toda la vida, la cual se enfoca especialmente durante la adolescencia.

Eric enfatiza que este esfuerzo por encontrar un sentido de sí mismo y del mundo es un proceso sano y vital que contribuye a la fuerza del ego adulto, los conflictos que involucra el proceso sirven para estimular el crecimiento y el desarrollo.

Hay muchos aspectos en la búsqueda de identidad, uno de los más significativos es la decisión por una carrera. Los adolescentes necesitan encontrar caminos para usar las habilidades que aprendieron en la etapa anterior "destreza vs. Inhabilidad". Comienzan a preguntarse acerca de su papel en la sociedad adulta.

Eric ve el principal riesgo de esta etapa en la confusión de identidad o papel, la cual puede expresarse por sí misma al tomar un tiempo excesivamente largo para alcanzar la edad adulta.

La virtud fundamental que surge de la crisis de identidad es la virtud de la fidelidad, la fe y lealtad continuas o sentidas de pertenencia de los amigos y compañeros a la persona amada o a una ideología, movimiento o religión.

Tal identidad surge de una afirmación selectiva y de un repudio de la identificación con la cual el niño ha crecido. El fracaso en lograr la fidelidad da como resultado adolescentes comunes con la timidez y la obstinación.

También ven en el enamoramiento entre adolescentes como el camino hacia la identidad. Al lograr intimar, compartir pensamientos y sentir, el adolescente ofrece su propia tentativa de identidad, la ve reflejada en el amado y es más capaz de aclarar su YO.

### **3.3 Cambios Psicológicos del Adolescente**

Según, (Ortiz A, 1985), el adolescente se desarrolla emocionalmente por lo cual comienza a comprender ideas abstractas y busca experimentar situaciones nuevas. La mayoría de adolescentes experimentan características emocionales como:

#### **a) Intensificación de la vida emocional:**

El período de la adolescencia se caracteriza por un incremento de la emotividad ya que existe una experiencia de emociones más evidentes y persistencia de lo que es usual en una persona particular; esto debido a que los y las adolescentes deben deshacerse de pensamientos y acciones habituales adoptando otras nuevas relaciones con el ciclo de vida en el que se encuentran.

**b) Labilidad emocional:**

Es frecuente que el adolescente experimente estados de ánimos contradictorios; con mucha facilidad, es característico pasar sin motivo aparente, de un sentimiento a su opuesto en un corto período de tiempo, por ejemplo: la alegría y la tristeza, la euforia y la melancolía.

La labilidad emocional o cambios repentinos de estado de ánimo proviene del sentimiento de inseguridad, y se presenta cuando los y las adolescentes deben abandonar las pautas habituales y sustituirlas por otras ya no es un /a niño /a, pero tampoco es un adulto.

**c) Ambivalencia afectiva:**

El adolescente está en una continua lucha entre la independencia y la dependencia, el aislamiento y la necesidad de pertenecer a un grupo, su mundo interno y las demandas del mundo externo.

Esta ambivalencia marca su estado de ánimo, su conducta y su forma de relacionarse con los demás. En la adolescencia el proceso de redefinir su propia imagen da lugar a sentimientos contradictorios que oscilan entre la inseguridad y la prepotencia; el joven que hoy tiene timidez, está desanimado y se siente incapaz de hacer lo que tiene que hacer; mañana, se considera el más grande, inteligente, hábil, valeroso y sabio de todos los habitantes del planeta.

Como consecuencia de ésta ambivalencia en la autovaloración, los y las adolescentes presentan una actitud vacilante ante la autonomía y separación de los padres ya que están presentes simultáneamente dos deseos opuestos: el de ser libre y echar por la borda la autoridad de los padres, y el de acogerse a su sombra protectora como el más indefenso de los niños.

#### **d) Características Sociales:**

En ésta etapa el adolescente se siente atraído por personas del sexo opuesto, y disfrutan permaneciendo juntos por mucho tiempo, asisten a actividades colectivas en donde su principal objetivo es la diversión.

En los grupos de adolescentes que conllevan, (Ortiz A, 1985), los mismos intereses adquieren una mayor importancia en las relaciones que mutuamente comparten, en la medida que van independizándose de los padres y comienzan a manifestar sus conductas hostiles, surgen los conflictos por las diferencias de valores culturales.

Por tal razón, los adolescentes se encuentran con la necesidad de ser aceptados en el grupo manifestándose popularmente, no solo buscan la seguridad en el grupo, sino también la oportunidad de hacer algo por sí mismo.

A medida que el adolescente se identifica ante el grupo como personas en desarrollo, inicia el descubrimiento de su sexualidad.

### **3.4 La Sexualidad del Adolescente**

#### **3.4.1 Conceptuación**

Es una forma de expresión integral de los seres humanos vinculada a los procesos biológicos, psicológicos, sociales y culturales del sexo (Matilde 1995). El cuerpo humano es sexual en su conjunto, abarcándolo como un todo y no solo los órganos genitales; la sexualidad es al mismo tiempo, el medio que proporciona la más profunda unión psíquica y física entre dos personas ya que comparten emociones y sensaciones.

A pesar de que la sexualidad, tanto a nivel personal como social, es un aspecto central de la vida humana, la sociedad aún arrastra vestigios de épocas pasadas cuando la genitalidad se consideraba algo sucio y vergonzoso. Resultado de ésta visión, se enfrenta a la falta de información y mitos; lo que contribuye a incrementar la ignorancia sobre el mismo, generando problemas sexuales. El sentido negativo hacia la genitalidad, crea sentimientos de vergüenza y culpa para la conducta social.

La sexualidad engloba características biológicas, psicológicas y sociales que contribuyen a la identidad sexual del individuo y su comportamiento como ser sexual. Podría decirse que se refiere a todo lo que significa ser hombre o mujer en una sociedad.

Engelmayer, Otto, (1979), define a la sexualidad como un conjunto de pensamientos, fantasías y emociones que se refieren a la vida sexual y llevan el interés del hombre hacia la mujer y viceversa, sentido como complemento biológico y afectivo natural. La sexualidad inicia antes de la pubertad, pero se acentúa y se alarga en el período sucesivo de la adolescencia y la juventud.

### **3.4.2 Desarrollo de la Sexualidad del Adolescente**

La sexualidad en el adolescente no es algo que nazca repentinamente, Engelmayer, Otto. (1979), en un determinado momento de la vida del joven. Es un proceso complejo que arranca de muy atrás.

El concepto clave para comprender éste aspecto del joven adolescente es la “pulsión sexual” que consiste en el conjunto de los impulsos instintivos y las emociones que exigen al individuo la aproximación o la unión con otro individuo del sexo opuesto.

Los intereses sexuales aumentan notablemente en intensidad y en sus manifestaciones. Una de ellas y muy frecuente entre los chicos, es la auto satisfacción sexual o masturbación la edad de los once años para el hombre, es el umbral a ese mundo de “las pulsiones sexuales”; experimenta el joven erecciones incontroladas, provocadas a menudo por estímulos eróticos. A los trece años surge la atención por su propia desnudez, la masturbación puede ser practicada ya por algunos adolescentes. Quizás a esa edad comiencen los primeros contactos: besos, caricias, roces, entre otros.

Nos dicen (Papalia, Duskin & Wendkos 1992), que a los catorce años de edad el joven experimenta eyaculaciones nocturnas y la actividad genital se reduce casi exclusivamente a la masturbación, aunque algunos ya hayan tenido contactos genitales esporádicos

La identidad sexual es un importante aspecto evolutivo al cual rara vez se le concede la debida importancia, pues suele realizarse de manera espontánea. La identidad sexual es la concepción personal sobre el sexo a que pertenecemos. Es de índole biopsicosocial; las características anatómicas no son el único determinante de dicha identidad, pues ésta se basa en una compleja interacción de factores biológicos, psicológicos y sociales.

La acción de las hormonas rige el desarrollo de la anatomía masculina y femenina en el feto. Todo ser humano desarrollaría el mismo sistema genital si no fuera por la secreción de hormonas sexuales masculinas desencadenadas por el mecanismo genético y llamadas andrógenos, que aparecen unas seis semanas después de la concepción. En ocasiones los accidentes genéticos alteran esta secuencia evolutiva provocando que el hombre genético no desarrolle los órganos genitales de su sexo o la mujer genética desarrolle genitales de aspecto masculino. Tal vez esto parezca imposible, pues en su momento, todos creemos que la diferencia anatómica entre uno y otro sexo es radical. Los órganos genitales del hombre y de la mujer muestran notable similitud en su estructura y fisiología y esto se aprecia sobre todo en las etapas iniciales del desarrollo.

A lo largo de la vida las hormonas siguen influyendo en el desarrollo sexual, su acción se advierte principalmente en la pubertad, época en la cual las hormonas producen cambios notables en el cuerpo. Algunos investigadores creen que la secreción de andrógenos en el feto influye en el desarrollo del encéfalo, lo mismo que en el de los órganos genitales.

De acuerdo a investigaciones realizadas se ha determinado que hay diferencias sexuales en la actividad cerebral y que probablemente expliquen los diversos tipos de conducta que se presentan espontáneamente en el hombre y en la mujer (Diamonds, 1979; Persons, 1980). Sin negar la evidente importancia del desarrollo físico, cabe señalar que no es el único factor que determina a la identidad sexual.

Desde el momento en que se identifica el sexo del niño al nacer las influencias sociales adquieren enorme importancia. En el curso normal del desarrollo el individuo adquiere

un autoconcepto estable y congruente, al mismo tiempo que una imagen corporal de masculinidad o feminidad.

Según Erikson (1968), la búsqueda de identidad, aunque constituye una preocupación constantemente presente durante la vida, alcanza un punto crítico durante la adolescencia en que tienen lugar muchos cambios significativos en la persona total y especialmente en el "Yo", obteniendo como resultado que el individuo joven se vea atrapado en un problema de identidad.

La educación sexual es un proceso de formación que debe abarcar la totalidad de la persona humana, para insertarla consciente y responsablemente dentro de la sociedad. Se entiende la educación sexual como la parte de la educación general que incorpora los conocimientos bio-psico-sociales de la sexualidad como complemento de la formación integral de la personalidad humana.

Es un proceso capaz de impactar a los individuos y a la sociedad de manera que modifique la conducta sexual de las personas cuestionando así la cultura existente. La educación sexual es una de las medidas fundamentales para enfrentar los problemas que son producto de la cultura sexual que se vive. Su objetivo no es solamente brindar conocimientos sobre anatomía y fisiología, sino fortalecer conocimientos que capaciten al individuo para que pueda crear sus propios valores que le permitan vivir una vida sexual sana y responsable. La educación sexual se entiende como un proceso para el desarrollo integral del individuo y en respuesta a las necesidades de su autorrealización, de su relación solidaria con sus semejantes y de la transformación de su medio. Si se concibe la sexualidad humana como algo pecaminoso, la educación que se imparte genera una acción basada en el temor y la sanción. Urruzola, M.J. (1991).

Por el contrario, si se tiene una concepción de la sexualidad humana como una dimensión del hombre y una forma de relación con el mundo y con los demás, se tendrá que impartir una educación sexual orientada hacia la autodeterminación que le brindará al individuo los elementos mínimos para que logre aceptar su propia sexualidad y la de los demás.

### **3.5 El Adolescente y la Relación con sus Padres**

En la adolescencia el joven trata de independizarse en nuevos aspectos de su vida, creencias religiosas, salidas con miembros de sexo opuesto, quiere más privilegios, más libertad, y disminuir las restricciones para seguir a la "pandilla". Vaugier y Jiménez, (1994). El joven se preocupa por la posición que adquiere frente a sus compañeros inmediatos, se esfuerza por parecerse a ellos. Por eso se deduce que tiene que romper lazo con su familia, basados en la autoridad, el afecto, la responsabilidad, el respeto, el trato íntimo, el dinero y los bienes materiales, la inmadurez etc.

Hay que observar que en muchos casos el adolescente durante su desarrollo prácticamente no tiene ningún conflicto con sus familias, este es el caso de la familia del adolescente que lo deja independizarse sin dificultad.

Una parte sustancial del tiempo que el adolescente pasa con su familia estará marcada por sentimientos de frustración, indignación, resentimientos y dramática. Pero estos sentimientos son muchas veces resultados de que no sabe si actuar como un niño o un adulto, o tiende a repudiar su yo infantil, pero no con seguridad.

Por eso sigue siendo la responsabilidad de los padres, proveer orientación, señalar límites y proponer valores, y si el hijo los combate eso también tiene importancia para el desarrollo. Pues es posible que para encontrar un conjunto de valores adecuados, el joven tenga que empezar impugnando los valores ya establecidos por la familia. Y si estos que el joven los escuche no tiene que dejarse llevar por la indignación moral en sus acciones.



## **3.6 Miedos que enfrenta el Adolescente**

### **3.6.1 Las Injusticias**

Cuando se piensa en los temores que un adolescente puede sentir a partir de las injusticias, notamos que estas pueden estar generadas en el núcleo familiar por diferencias entre hermanos, padres injustamente autoritarios, etc., no se pueden dejar de lado las injusticias de tipo social. (Casco y Natera, 1986).

Las más visibles y profundas a las que son sometidos los adolescentes son propias de una sociedad con marcadas diferencias sociales y económicas, con grandes síntomas de desprotección, falta de contención y oportunidades. No es casual que en los últimos tiempos, varios hechos de conocimiento público tuvieron como protagonistas a personas en edad adolescente como víctimas de injusticias y maltrato.

Por otro lado, recíprocamente, la sociedad adulta reacciona con miedo frente a estos adolescentes de los que solo puede ver defectos: ira, gula, pereza y lujuria. Como consecuencia de estos temores nuestras mentes miran hacia otro lado y hacen “como si nada” estuviera sucediendo.

Un mecanismo para reducir la angustia consiste en volverse tan parecido como sea posible al objeto del temor. Como consecuencia de esto, muchos adultos toman posturas adolescentes.

### **3.6.2 La Discriminación**

La discriminación valorativa es uno de los más grandes obstáculos para la realización plena de los derechos humanos y uno de los factores que genera mayor violencia social. Aprender a reconocerla y superarla es indispensable si queremos construir una sociedad más justa y solidaria.

La discriminación es una actividad del conocimiento, humana y universal, mediante la cual se puede reconocer las diferencias. Se discrimina cuando identifica el color rojo y se ve diferente del azul, o cuando se reconoce una figura que se recorta sobre un fondo, y también cuando se dice que una persona es niño o adulto, mujer o varón, blanco o negro, indio u oriental. En ese sentido, la capacidad de discriminar y su

contenido, ligado directamente a la percepción, varía según los individuos, las épocas y los grupos humanos, y no tiene necesariamente, un carácter negativo. La identidad personal y cultural se construye mediante el reconocimiento de las diferencias. Casco y Natera (1986)

Pero no es ése el sentido que se da a la palabra cuando se habla de discriminación racial, religiosa, generacional, sexual, política o de clase social. En ese caso, la discriminación va acompañada de una actitud valorativa que desconoce la igualdad de los individuos en tanto seres humanos.

Precisamente los adolescentes cuando se les consulta, manifiestan que una de las mayores injusticias por las que deben atravesar es la discriminación. Por ejemplo: sostienen que se les discrimina en las discotecas, se sienten maltratados cuando custodios de dichos lugares bailables determinan quién entra y quién no.

También se sienten discriminados cuando deben salir en búsqueda de trabajo o de alguna actividad de carácter remunerativo. La discriminación, así entendida, surge cuando interpretamos las diferencias entre las personas en términos de desigualdades que valoramos como mejores o peores y organizamos nuestras actitudes y conductas hacia ellas en función de esa valoración. Casco y Natera (1986)

La discriminación se nutre de prejuicios que transmitimos día a día en las relaciones sociales, sin reflexionar sobre la validez de sus contenidos. Estos prejuicios, se apoyan en la identificación de ciertas características, como la forma, el color o las funciones del cuerpo; tal el caso de las diferencias de aptitud física, de raza o de sexo; o bien de identidades sociales, como la pertenencia a una clase, a una religión o a un grupo político; a partir de los cuales se construyen estereotipos.

La Convención Internacional sobre los Derechos del Niño aborda especialmente el tema de la discriminación. Recordemos que la Convención define al niño como todo ser humano menor de 18 años. En su art. 2º determina que todos los niños sin excepción independientemente de su raza, idioma, religión, lugar de nacimiento, opinión política o de otra índole deben gozar de todos los derechos que ella les reconoce, y que es función de los Estados Nacionales defender a los niños de toda forma de

discriminación. Al mismo tiempo, la Convención reconoce las diferencias entre las personas; por ejemplo, cuando determina que los niños tienen derecho a recibir protección antes que nadie en caso de desastres o conflictos.

### **3.6.3 Temor al Futuro**

En la normalidad del proceso de la adolescencia surgen conflictos de índole emocional que ponen de manifiesto los desequilibrios sufridos por el individuo que busca establecer su identidad adulta. En la lucha por moldear su personalidad definitiva, el joven se expone a la angustia que le causa obtener su independencia y definir sus aspiraciones a desarrollarse como persona adulta, provocada por tener que desenvolverse en un medio que no conoce ni domina, y el que muchas veces considera como amenazador. Casco y Natera (1986)

Así, aparecen dos fuerzas internas opuestas que operan sobre la conducta del joven: la pérdida de los privilegios de la infancia lo retiene en su avance y la aventura, el desafío de la vida adulta lo impulsan. En su interior entiende que para acceder al mundo de los adultos, con sus ventajas y libertades, debe arriesgarse a perder la seguridad y los privilegios que goza por ser un niño. Esto significa abandonar voluntariamente la protección que le ofrece el entorno familiar y social, para abordar, sin mucho conocimiento, las tareas de una vida adulta. N.W. Akerman, (1999).

A su vez, el medio social de los adultos, condiciona este proceso de formación de la personalidad, imponiendo reglas o normas sobre el tipo de conducta esperada como modelo de éxito. Estos códigos difieren de los aprendidos durante la niñez, donde se enfatizaba la cooperación, la consideración de los derechos ajenos y el compartir con los demás: el adolescente descubre que el mundo se rige por reglas diferentes respecto de las que ha sido entrenado para cumplir. La moral esperada no es la recibida. También el entorno impone al adolescente la necesidad de dominar conocimientos que requieren de largo aprendizaje o entrenamiento, lo que agrava los sentimientos de insuficiencia, ya que mientras dure el proceso de aprendizaje deberá, en la mayoría de los casos, continuar ligado a la protección familiar, de la que precisamente desea despegar.

La ansiedad asociada a la falta de confianza y temor al fracaso libera una cantidad de actitudes defensivas secundarias: timidez, sumisión, credulidad, o en el otro extremo rebelión excesiva, beligerancia, tácticas de intimidación y una variedad de otras tendencias compensatorias. (N.W. Akerman, 1999).

Así pues el temor al fracaso y al ridículo inhiben iniciativas y convierten al adolescente en un ser introvertido, estas actitudes solo pueden superarse a través de la adquisición de conciencia de sus propias limitaciones.

Otros modos de enfrentar sus angustias puede ser el sumergirse en actividades desenfrenadas y dedicadas casi exclusivamente a proporcionarles placer instantáneo. Las adicciones y la delincuencia, en este caso son las consecuencias más recurrentes. Como alternativa llegan a entregarse con fanatismo en la participación de movimientos políticos, deportivos o religiosos, entre otros.

Con frecuencia el adolescente se somete a un líder que lo politiza y, en el fondo, reemplaza a las figuras paternas de las que está buscando separarse o no tiene más remedio que buscar una ideología propia que le permita actuar de un modo coherente en el mundo que le ha tocado vivir, pero si es así, no se le da el tiempo para lograrla, se lo apremia y responde con violencia. (Aberasturi, 1994). Mientras el adolescente sufre angustias y temores por su futuro, los medios de comunicación lo consideran un público importante; las empresas saben que son un mercado de peso y generan toda clase de productos para ellos.

Los medios de comunicación masiva difunden, a su vez, un modelo de adolescente feliz, casi sin conflictos, y por lo tanto sin angustias. Sin embargo, los problemas más serios de la sociedad actual: la violencia, las drogas y el SIDA, los encuentran entre sus víctimas principales.

### **3.6.4 La toma de Decisiones**

Una importante parte del "Yo" de todo adolescente realmente necesita y quiere "libertad", es decir, que quiere y puede tomar las riendas de su vida, tomar decisiones responsables y ser un individuo independiente. Sin embargo, otra parte de ese "yo" teme tal libertad, quiere que lo "salven" de ella, hace todo lo posible para que otros tomen decisiones por ellos. El individuo quiere la libertad de tomar sus propias

decisiones pero al mismo tiempo quiere permanecer seguro y protegido al amparo de viejos hábitos, y que sea otro el que tome las decisiones. El adolescente se encuentra inmerso en esta crisis, en estos miedos, porque ha avanzado a una edad en la cual se comienza a reafirmar la propia individualidad.

Para mantenerse mentalmente sano un adolescente necesita darse cuenta de que no es duplicado de alguien, y que los impulsos en que se originan sus acciones vienen desde adentro y no desde afuera, Dicho en otras palabras, para el adolescente es fundamental desarrollar su propia identidad. Para hacerlo, necesitará tomar decisiones que difieran de las de sus padres, aunque más no sea para poder darse cuenta de que es capaz de originar ideas propias.

Más adelante cuando el adolescente haya pasado por todo esto y tome conciencia de que efectivamente es un individuo independiente, es probable que acepte muchas de las ideas de los padres que antes rechazara pero, con la diferencia de que ahora las acepta porque él quiere. Indudablemente esto representa una terrible presión interior, tomar sus propias decisiones. Sería, por ejemplo, el caso del león para quien ha llegado el momento de la libertad, pero que tiene miedo de asumirla. Sin duda una parte del adolescente, honesta y sinceramente desea y necesita liberarse, pero la idea de libertad también lo asusta. La tentación de volver corriendo a “la jaula” es muy grande, por eso la mayoría de los jóvenes lo hace varias veces. La forma de volver a “la jaula” para un adolescente es conseguir que otro decida por él.

Se podría decir que el adolescente se ha vuelto adicto a que le presten esa atención negativa; cada vez que surge la posibilidad de tomar sus propias decisiones los jóvenes reaccionan, provocando a los padres a fin de que asuman la responsabilidad en lugar de ellos.

A fin de mantenerse en esa posición de víctimas que provee la atención negativa, los adolescentes no solo provocan a sus padres y autoridades en general para que reaccionen dándoles lo que en realidad buscan sino que, además la magnifican y exageran, incluso la inventan si fuera necesario. Lo que se quiere señalar es que muchas de las actitudes preocupantes o fuera de lugar de los adolescentes, no se deben a que lo diviertan o a que odie a sus padres, sino a que son un medio excelente

para lograr "atención negativa", liberándolo de esa forma de tener que tomar sus propias responsabilidades y decisiones.

Concluyendo se puede decir que, la adolescencia se caracteriza por los diversos cambios que atraviesa el adolescente, es una fase de desarrollo biológico, psicológico, sexual y social, así como de crisis.

Aunado a lo anterior, el proceso de cualquier tipo de duelo que sufre el sujeto en este periodo es de suma importancia, y lo es aun más si éste no es resuelto adecuadamente.

Por lo anterior, en el siguiente capítulo se analizarán algunas características del duelo y como es que éste se presenta y se desarrolla en la adolescencia.

## CAPÍTULO 4

### ANÁLISIS Y ESTUDIO DEL DUELO EN LA ADOLESCENCIA

#### 4.1 El Duelo

##### 4.1.1 Conceptualización del Duelo

La palabra duelo viene de la palabra latina dolos, que significa “sentir un profundo dolor” (Kroen; 2002, p. 49).

Una consecuencia de las pérdidas es el duelo, que inicia ante el conocimiento de la misma. (Viorts, 1990, p. 274).

El duelo es un proceso que requiere un gran trabajo que dificulta el trámite necesario para cualquier separación (Cruz, 1989). Dependiendo de las características individuales de la persona que sufrió la pérdida, se verá encaminada la elaboración del duelo.

Según el DSM-IV-TR (APA, 2005) el duelo es una reacción a la muerte de una persona querida acompañada por síntomas característicos de un episodio de depresión mayor (tristeza, insomnio, pérdida del apetito), pero el estado de ánimo depresivo es considerado como normal.

Es una causa común de tristeza, de «aflicción feroz o violenta» a la que; Robert Burton, en su *Anatomy of Melancholy* (Anatomía de la melancolía), se refiere como el epítome, el síntoma y la causa principal de melancolía.

Freud (1917) se refirió a la experiencia de duelo como “la reacción frente a la pérdida de una persona amada o de una abstracción que haga sus veces, como la patria, la libertad, un ideal, etc”(p.214).

El duelo, según De la Fuente (2002) es un proceso emocional y conductual definido, sujeto a variaciones individuales que dependen del carácter del sujeto con el “objeto” perdido, del significado que tiene para él esa pérdida y del repertorio de recursos de que dispone para contender con ella.

El duelo es realmente significativo en la vida del sujeto, ya que como se ve en los diferentes conceptos dados, la pérdida de un objeto de deseo ante el sujeto que lo ha perdido genera angustia y melancolía que deben de tratarse psicológicamente.

## **4.2 Evolución de las Teorías sobre el Duelo**

### **4.2.1 Antecedentes y Teorías Modernas**

En 1917 Freud, insinuó que la enfermedad depresiva melancolía difiere de la tristeza en el destacado papel que cumple el sentimiento de culpa y en la significación simbólica de la pérdida que la precede. Freud (1917) explica que ante la pérdida, el examen de realidad dice al individuo que su objeto amado ya no existe, exhortándolo a desligarse de él. La persona se muestra renuente, ya que es un proceso largo y doloroso desunirse de un objeto que continúa existiendo dentro de su mundo psíquico. Por lo tanto, es normal que el sujeto trate de retener el vínculo afectivo que lo une al objeto perdido, y sólo le es posible retirar la libido, (entendiéndose la libido como el deseo sexual), del objeto muy lentamente hasta que el “yo” es libre de nuevo.

El proceso de duelo, de acuerdo con Freud (1917), se caracteriza por una forma de dolor, la pérdida de interés en todo aquello del mundo exterior que no recuerde al objeto perdido, la incapacidad para escoger un nuevo objeto de amor y la imposibilidad para entregarse al trabajo productivo. A pesar de las afirmaciones de Freud, los psiquiatras habían prestado poca atención al duelo hasta que Eric Lindemann describió la sintomatología y el tratamiento de la tristeza aguda que siguió al incendio del club nocturno Coconut Grove, de Boston, Massachusetts, en 1944.

Lindemann (1944), mostró como las personas que no se dejan abatir y no expresan los sentimientos propios del duelo, pueden sufrir una tristeza demorada o distorsionada.



Estas formas patológicas de tristeza, decía Lindemann, podían normalizarse en el curso de seis a ocho entrevistas semanales durante las cuales se animaba a las personas sometidas al duelo a dar rienda suelta a los sentimientos de tristeza, cólera o culpa que habían reprimido.

Un desarrollo reciente de este enfoque ha sido la utilización de la “inundación” una técnica derivada de la ‘terapia de conducta en la que se presiona a las personas desgraciadas a recordar vivamente la vista, el olor, los sonidos y los sentimientos asociados a la persona muerta. R. W. Ramsey (1977, 1979), el autor de este método de tratamiento, suavizó posteriormente la intensidad de la terapia, que, en su forma original, sólo se podía llevar a cabo con seguridad en un medio de internamiento psiquiátrico.

C. M. Parkes ha desarrollado estrategias alternativas, y ha defendido también la introducción del consejo psicológico durante el duelo en las primeras fases de la tristeza, como medio para prevenir posteriores dificultades en aquellos casos en los que pueda existir riesgo. Estudios recientes de distribución aleatoria han confirmado la efectividad de algunos servicios de consejo psicológico de este tipo (Parkes, 1972, y Raphael, 1984).

Los individuos, las familias y las culturas se diferencian en la medida en que uno u otro aspecto del conflicto están permitidos, pero en los ceremoniales religiosos de todas las culturas que se han estudiado, se admite alguna forma de expresión de la tristeza (Rosenblatt et al, 1976). G. Gorer (1965) han afirmado que la disminución de los aspectos rituales del duelo, que ha tenido lugar en los países industrializados desde la Primera Guerra Mundial, ha eliminado una fuente de apoyo a los afligidos y ha alentado las reacciones patológicas ante el duelo.

En la teoría propuesta por Caruso (1967), la elaboración del duelo consiste en una defensa contra la experiencia que el Yo vive como destructora al ser “vacío” a causa de la separación y la aflicción característica del proceso es ocasionada por ese vacío y empobrecimiento del Yo.

Para Bucay (2004) elaborar el duelo significa ponerse en contacto con el vacío que ha dejado la pérdida de lo que no está, valorar su importancia y soportar el sufrimiento y la frustración que comporta su ausencia, por lo tanto de acuerdo con el autor, un duelo se ha completado cuando somos capaces de recordar lo perdido sintiendo poco o ningún dolor.

Según O'Connor (2004), si se permite que la elaboración del duelo siga su curso natural, es posible anticipar un marco característico de tiempo:

Etapa I: ruptura de los antiguos hábitos. De un día hasta 8 semanas.

Etapa II: inicio de reconstrucción de la vida. De la octava semana a un año.

Etapa III: búsqueda de nuevos objetos de amor, o valorar los que se tienen a partir del primer año y hasta los dos años.

Etapa IV: terminación del reajuste. Después de los primeros dos años.

Janes Worden (1982) concibe al duelo como un proceso que se resolverá con cuatro tareas principales, y sostiene que de no completarse estas cuatro tareas, los sujetos presentarán un duelo patológico. Las cuatro tareas son:

Primera tarea: aceptar la realidad de la pérdida. La persona que sufre la pérdida debe aceptar que ésta es irreversible.

Segunda tarea: viviendo el dolor de la pérdida. Obliga al doliente a ponerse en contacto con sus emociones. Involucra sentimientos de ira y culpa.

Tercera tarea: adaptación al medio ambiente sin la persona perdida. La readaptación es complicada porque el sujeto no se da cuenta del gran número de roles que jugaba la persona.

Cuarta tarea: retiro de la energía emocional de la persona perdida y reinvertirla en una nueva relación.

Así mismo, Montoya, J. (2003); desarrolló una serie de fases que según él, son necesarias para elaborar el duelo:

Primera fase: la aflicción aguda. Sus características más importantes son; incredulidad, negación, inquietud, llanto, repetición mental de los eventos que condujeron a la pérdida, etc.

Segunda fase: conciencia de la pérdida. Los síntomas y reacciones iniciales gradualmente pierden intensidad y la persona acepta intelectualmente la nueva situación.

Tercera fase: conservación- Aislamiento. La aflicción se parece a una depresión.

Cuarta fase: cicatrización. Aceptación intelectual y emocional de la pérdida que permite a la persona desarrollar nuevas actividades y madurar.

Quinta fase: la persona recupera su nivel normal de autoestima y logra encontrar sustitutos.

En las personas sometidas al duelo la búsqueda apremiante de la persona perdida se refleja en los pensamientos, las acciones y las percepciones. Por lo tanto, un conocimiento de la psicología del duelo es importante para todos aquellos que estén implicados en el cuidado de personas que están sufriendo transiciones psicosociales, para lo cual la definición de Janes Worden (1982), es la más asertiva.

#### **4.2.2 Tipos de Pérdidas**

Las pérdidas son experiencias constantes e inevitables a lo largo de la vida, algunas se presentan de manera muy lenta, en una constante casi imperceptible, y otras llegan de manera tan súbita y contundente que modifican la vida de las personas de una forma radical; sin embargo, muchas pérdidas no se consideran como tal y otras más ni siquiera se perciben. Ortiz A. (1985).

Cada pérdida acarreará un duelo y la intensidad del duelo no dependerá de la naturaleza del objeto perdido, sino del valor que se le atribuye, es decir, de la inversión afectiva invertida en la pérdida. El dolor por la pérdida, es parte de la condición humana y de su nuestra naturaleza. (Desclée de Brouwer 1999).

Se puede pensar que el duelo es producido por cualquier tipo de pérdida, y no sólo es aplicable a la muerte de una persona. Por lo tanto el proceso de duelo se realiza siempre que tiene lugar una pérdida significativa, siempre que se pierde algo que tiene valor, real o simbólico, consciente o no para quien lo pierde. (Baratas 2002).

En este orden de ideas y de acuerdo a Pangrazzi (1993), existen diversos tipos de pérdidas y los ubica en cinco bloques:

- 1) Pérdida de la vida. Es un tipo de pérdida total, ya sea de otra persona o de la propia vida en casos de enfermedades terminales cuando la persona se enfrenta a su final.
- 2) Pérdidas de aspectos de sí mismo. Son pérdidas que tienen que ver con la salud. Aquí pueden aparecer tanto pérdidas físicas, referidas a partes de nuestro cuerpo, incluidas las capacidades sensoriales, cognitivas, motoras, como psicológicas, por ejemplo la autoestima, o valores, ideales, ilusiones, etc.
- 3) Pérdidas de objetos externos. Aquí aparecen pérdidas que no tienen que ver directamente con la persona propiamente dicha, y se trata de pérdidas materiales. Incluimos en este tipo de pérdidas al trabajo, la situación económica, pertenencias y objetos.
- 4) Pérdidas emocionales. Como pueden ser rupturas con la pareja o amistades.
- 5) Pérdidas ligadas con el desarrollo. Nos referimos a pérdidas relacionadas al propio ciclo vital normal, como puede ser el paso por las distintas etapas o edades; infancia, adolescencia, juventud, menopausia, vejez, etc.

El proceso de duelo comienza siempre que tiene lugar una pérdida.

## **4.3 Aspectos Psicológicos del Duelo**

### **4.3.1 Duelo Individual y sus fases**

En toda la vida humana, o en cualquier avance o desarrollo en cualquier campo, si el individuo se enfrenta a diversas pérdidas. Según Tizón (2009), la vida humana y el crecimiento o desarrollo psicológico pueden entenderse como un conjunto de procesos

de duelo escalonados e imbricados. Lo que no resulta posible es evitar los duelos y puede reaccionarse ante ellos de forma maníaca, negando el dolor y la pérdida; o de forma melancólica es decir, como diría S. Freud (1917) “La sobra del objeto cae sobre el Yo”. También somatizando el sufrimiento mental, haciendo descargas corporales masivas de la ansiedad provocada por el duelo, como son las enfermedades psicosomáticas o de otro tipo.

Los duelos, las reacciones ante la pérdida y la frustración, suelen comenzar con un impacto, ya que generalmente no se espera esa pérdida; en caso de que la pérdida sea previsible, pueden ponerse en marcha los fenómenos del duelo anticipatorio, incluso para el caso de la propia muerte o de los demás. También, de la pena que sigue a la pérdida, el duelo anticipatorio aumenta la intensidad del lazo que une al otro con otra persona cuya vida es amenazada y pone en marcha una fuerte tendencia, al menos a nivel intrapsíquico, a permanecer estrechamente unidos a ella.

Aunque el momento de la muerte o la pérdida es un momento de gran dolor, precisamente por eso se suele reprimir rápidamente y al menos en las sociedades occidentales, el impacto pronto es seguido por un periodo de entorpecimiento u obnubilación que puede durar horas o días. Suele considerarse que con esa fase comienza el duelo propiamente dicho. A lo largo del mismo, los seres humanos tienden a mostrar toda una serie de sentimientos y conductas como la pena, la tristeza, protesta, enfado, sentimiento de culpa, autorreproches, de añoranza, de soledad, entre otros. O bien, los sentimientos iniciales, como son: la impotencia, fatiga, obnubilación y estado de *shock*, inestabilidad, etc. (Parkes, 1998).

Las pérdidas que el individuo sufre a lo largo de la vida son frecuentes y variadas y no hay forma de evitarlas en última instancia. Un duelo o un conjunto de duelos mal elaborados pueden hacer recaer al sujeto en alguna psicopatología, desequilibrándolo emocionalmente. En definitiva, los sistemas para la contención del desequilibrio emocional serán básicamente los mismos que para la elaboración del duelo. Si esos sistemas y medios de contención del dolor y sufrimiento emocional desencadenado por las pérdidas afectivas y los duelos son lo suficientemente receptivos y flexibles, un

duelo elaborado puede suponer un aumento de la creatividad del individuo, de sus capacidades de relación internas y externas, y de su salud mental, es decir utiliza el mecanismo de la sublimación.

Tizón, (2009) menciona que existe suficiente evidencia, tanto a nivel clínico como de estudios observacionales, correlacionales y estadísticos acerca de cómo un duelo insuficientemente elaborado, por su gravedad, por su falta de contención psicosocial o por otras circunstancias puede llevar a una cronificación del sufrimiento psicológico, a trastornos psicosociales y a la eclosión de diversos tipos de psicopatología.

Esto tiene un especial significado, por que en cualquier caso, todo duelo pone en marcha una serie de sentimientos, cogniciones y conductas, generalmente variados, alternantes y abigarrados. En la siguiente tabla se destacan los más comunes.

**Tabla 4.1 Manifestaciones del Duelo Normal**

Emociones y sentimientos	Tristeza, enfado, culpa y autorreproches, ansiedad, añoranza y anhelo, soledad, impotencia, <i>shock</i> , sensaciones de despersonalización, alivio y sentimiento de liberación, entre otros.
Sensaciones (emociones visceralizadas)	Insensibilidad, vacío en el estómago, opresión en el pecho, falta de aire, opresión en la garganta, hipersensibilidad al ruido, debilidad muscular, fatiga, falta de energía y sequedad de boca, entre otros.
Cogniciones	Irrealidad, confusión, preocupación, dudas, obsesiones, ilusiones, pseudoalucinaciones, alucinaciones.
Conductas de duelo	Trastornos del sueño, trastornos de la alimentación, distraibilidad, confusiones, aislamiento social, sueños con lo perdido o fallecido, evitación de recuerdos en relación con los perdido o fallecido, búsquedas de lo perdido, evitación de lugares que recuerdan lo perdido, llanto, suspiros, llevar objetos que recuerdan la pérdida, etc.

Los procesos de duelo son un elemento básico para la psicología ya que:

- Ponen en marcha las primeras emociones humanas.
- Son una respuesta cognitivizada de dichas reacciones humanas ante la pérdida y la frustración afectiva.

- Son moldeadores del desarrollo y el psiquismo.
- Por tanto, son moldeadores de la personalidad y de sus instancias o componentes fundamentales; conciencia moral, impulsos y motivaciones, tipos de defensas, patrones de reacción etc.
- Contribuyen de forma destacada a moldear la posible psicopatología y, desde luego, los conflictos humanos individuales y microsociales.
- Contribuyen a mantener en continuo cambio los sistemas neurobiológicos, neuroendocrino e inmunitarios, de personalidad, microgrupales y grupales humanos.
- Conforman la reacción dialéctica fundamental de la psicopatología; los duelos graves y reiterados favorecen la psicopatología y ésta facilita la inmersión en nuevos duelos y pérdidas afectivas por las reacciones que todo trastorno psicopatológico conlleva.
- Han proporcionado elementos para una nueva visión de las defensas y los mecanismos de defensa.
- Han proporcionado las bases para la teoría del apego, uno de los programas de investigación fundamentales de la psicología contemporánea, del concepto y estructura del *self*, de los objetos internos, de la memoria afectiva o semántica, etc.
- Han proporcionado la base para los ocho puntos de controversia sobre la psicología del duelo enumerados por Bowlby (1980), los cuales son;
  - 1) ¿Cuál es la naturaleza de los procesos psicológicos que intervienen en el duelo sano?
  - 2) ¿Cómo se explica el dolor del duelo?
  - 3) ¿De qué modo se relaciona el duelo con la ansiedad?
  - 4) Motivaciones en el duelo.
  - 5) Papel de la ira, la cólera y el odio en el duelo.
  - 6) Papel de la identificación con lo perdido.
  - 7) Diferencias entre el duelo normal y el patológico.
  - 8) ¿Desde cuándo, en qué fase o etapa y mediante qué procesos puede un individuo responder a la pérdida de una manera sana?



En este contexto, y para ampliar las dimensiones de comprensión del duelo conviene señalar las fases del duelo que describen los autores: Lindenmann, Brown y Schulz:

- **Fase inicial o de evitación;** reacción normal y terapéutica, surge como defensa masiva del siquismo, y perdura hasta que el Yo consiga asimilar gradualmente el golpe; Shock e incredulidad, incluso negación, dura horas, semanas o meses, es impactante e increíble y puede proteger al doliente de reacciones intensas; como la certeza de la pérdida los inunda, la etapa inicial da paso a un sentimiento arrollador de tristeza, el cual se expresa con llanto frecuente.
- **Fase aguda de duelo;** puede durar 6 meses o más. Existe agudo dolor por la separación, desinterés por el mundo, preocupación por la imagen del muerto, incluso pseudo-alucinaciones, la rabia emerge suscitando angustia y frecuentemente se desplaza hacia varios destinos. Estas sensaciones disminuyen con el tiempo, pero pueden repetirse en ocasiones como los aniversarios. Trabajo penoso de deshacer los lazos que continúan el vínculo con la persona amada y reconocer la ambivalencia de toda relación; aspectos positivos y negativos todas las actividades del doliente pierden significado en esta fase.
- **Resolución del duelo;** fase final. Gradual reconexión con la vida diaria. Estabilización de altibajos de la etapa anterior. La energía psicológica ya está liberada y lista para reinvertirla. Cuando los recuerdos de la persona desaparecida traen sentimientos cariñosos, mezclados con tristeza, en lugar del dolor agudo y la nostalgia. Muchos sobrevivientes se sienten fortalecidos y orgullosos de haberse recuperado.

#### **4.4 Conductas del Duelo**

A partir de una pérdida importante, el doliente puede llegar a modificar algunas de sus conductas o realizar nuevas. Es importante hacer hincapié que aunque existen diversas conductas ante el duelo sólo se mencionarán algunas de ellas.

**Adicciones:** Fisher (1999), Kübler–Ross (1985) y O’Connor (1990) destacan, respectivamente, que quienes tienen una pérdida significativa es probable que inicien o incrementen el consumo de bebidas alcohólicas, drogas, cigarrillos, café, algunos medicamentos u otras sustancias, como una manera de “reducir” su dolor; sin embargo, no se debe olvidar la peligrosidad que implica en varios ámbitos el consumo de ciertos productos y sustancias, con lo cual se puede complicar la experiencia de pérdida. El trabajo, el deporte, y otras actividades realizadas en exceso, también se consideran adicciones.

**Aislamiento social:** Worden (1997) señala que con frecuencia, las personas en duelo buscarán momentos de soledad, evitando reuniones sociales o familiares.

**Atesorar objetos relacionados con la pérdida:** Worden (1997) destaca que para muchas personas en duelo es difícil deshacerse de objetos pertenecientes a quien ya no está.

**Conducta distraída:** Kübler–Ross (1985), Longaker (1988), O’Connor (1990) y Worden (1997), respectivamente, coinciden al opinar sobre la posibilidad de que las personas en duelo realicen muchas de sus actividades “como en automático”, lo cual conlleva un alto riesgo de resultar lesionado, tanto física como sentimentalmente, ya que en su estado de dolor se tiene nula o poca precaución.

**Desinterés, falta de sentido:** O’Connor (1990) y Viorts (1990) coinciden al señalar que las personas en duelo tienen la sensación de que no sólo se perdió a alguien o algo; sienten como si todo hubiera acabado, el mundo y sus habitantes. No les interesa realizar actividades cotidianas como comprar alimentos, comer, vestirse o bañarse, de hecho, estas últimas son actividades que pueden resultarles molestas.

**Evitar recordatorios relacionados con la pérdida:** Worden (1997) nos dice que para algunas personas reconocer la pérdida es muy doloroso por lo cual evitan en lo posible todo aquello que les recuerde a la persona ausente o aquello perdido, de tal forma que prefieren no asistir a lugares o no convivir con ciertas personas.

**Incredulidad:** “Cuando sucede una pérdida importante, sea ésta esperada o inesperada, siempre hay una cierta sensación de irrealidad de que no ocurrió realmente” (Worden, 1997, p. 69).

**Llanto:** O’Connor (1990) y Worden (1997) respectivamente, coinciden en que las lágrimas, junto con los sentimientos de tristeza, pueden aparecer en cualquier momento después de la pérdida.

**Necesidad de control:** Cuando sucede una pérdida importante es posible que el doliente busque ejercer control sobre algunas personas, objetos o circunstancias, como un intento de “no volver a perder el control”, Worden (1997) y por lo tanto, evitar futuras pérdidas o cambios no deseados.

**Trastornos alimenticios:** Fisher (1999) y Worden (1997) coinciden en que las personas que se encuentran en proceso de duelo, pueden experimentar situaciones extremas de alimentación, esto es, comer demasiado o perder el interés por comer.

**Trastornos del sueño:** Fisher (1999), O’Connor (1990) y Worden (1997), aseguran la presencia de trastornos del sueño, que pueden consistir en dificultad para dormir, así como despertar muy temprano o en la madrugada.

## **4.5 El Duelo en la Adolescencia**

### **4.5.1 Tipos de Duelo en la Adolescencia**

Los duelos, como ya se ha mencionado, Ortiz A. (1985), son un conjunto de representaciones mentales que acompañan a la pérdida de un objeto como pueden ser: persona o cosa amados. La pérdida del objeto al cual se está afectivamente ligado, produce un “desgarro yoico”, que implica una depresión ligada a los sentimientos de culpabilidad por la pérdida. Los momentos de duelo más importantes a lo largo de la adolescencia pueden caracterizarse de cuatro maneras, Lindemann (1944):

- 1) Duelo ante la pérdida de la infancia de entre 11 a 12 años aproximadamente que comporta:

- Duelo por la pérdida del cuerpo infantil
  - Duelo por la pérdida de los padres de la infancia
- 2) Duelo por la pérdida del grupo de pares entre 15 y 16 años, que comporta:
- Duelo por la pérdida de la grupabilidad
  - Duelo por la referencia homosexual
- 3) Duelo ante la pérdida de la libertad adolescente entre 22 y 24 años, que comporta:
- Duelo por la pérdida de la libertad (pareja)
  - Duelo por la libertad corporal
- 4) Duelo por la pérdida de la casa paterna, que comporta:
- Duelo por la pérdida de la protección paterna
  - Duelo por la pérdida de la soltería.

Estas caracterizaciones nos llevan a hacer énfasis en los siguientes aspectos, describiendo algunos de sus componentes;

**Duelo ante la pérdida de la infancia;** los adolescentes se encuentran, sin elegirlo, con el desarrollo sexual hormonal, con cambios en los caracteres sexuales genitales y corporales, con diferentes deseos y conductas sexuales ya que no serán jamás un niño nuevamente ni tendrán ese cuerpo infantil, esto implica desinvertir la imagen infantil de sí mismo para que el apego a ciertos objetos internos desaparezca. Ese apego debe desaparecer porque el adolescente ahora tiene un cuerpo nuevo sexualmente maduro. Esto conlleva el vivenciar un proceso de duelo ante la pérdida de un cuerpo que ya no será más el de un niño. Ortiz A. (1985).

También aparece una vivencia depresiva ya que el menor deberá renunciar a una relación objetal de tipo narcisista para dar paso a otra forma de relación, ahora sobre un objeto erótico.

La intensidad e importancia del duelo varía según las personas, Lindemann (1944), y las circunstancias que generalmente corresponden a momentos de crisis y cambios en el proceso adolescente y suelen estar acompañados de situaciones depresivas, en las que se hace patente la variada sintomática de la depresión, como trastornos en los ritmos circadianos, enlentecimiento motor, inhibición y falta de concentración, baja autoestima y hasta deseos de muerte. La elaboración del duelo se realiza mediante la

experimentación consciente del luto, racionalizando y verbalizando la pérdida. La no superación del duelo conduce a un estado de frustración que se resuelve, bien como agresión; conductas agresivas, automarginación etc., o bien como disforia: anorexia, postración, pensamientos de suicidio etc. La elaboración del duelo constituye posiciones depresivas agresivas en las cuales se fragua el paso de etapa y se promueven nuevas reorganizaciones de la personalidad en el adolescente.

**La pérdida de la condición de ser niño;** como niño se tiene un lugar dentro de la familia, específicamente con los padres, y desde ese lugar miran al hijo y lo tratan de cierta manera; Ortiz A. (1985), dejar de ser niño implica la posibilidad de establecer una relación con los padres de forma distinta. Debe renunciar a su estado de dependencia, que en algunos momentos le trajo beneficios, pero ahora deberá asumir una serie de responsabilidades que antes le eran ajenas. Esto sirve de plataforma para abandonar la autoimagen infantil que se ha tenido, y dar paso a una autoimagen adulta que permitirá, entre otras cosas el ejercicio de la sexualidad.

Ante tal situación el adolescente deberá tener la capacidad de aceptar los cambios que se van presentando y que van dejando de lado su condición de ser niño para dar paso a la “búsqueda de identidad (que) ocupa gran parte de su energía y es la consecuencia de la pérdida de la identidad infantil que se produce cuando comienzan los cambios corporales” (Hite, S (1992).

**Duelo por la dependencia de los padres;** se pierde en parte, y progresivamente, esa dependencia, Ortiz A. (1985), pero aún no saben cómo crear la independencia. Están en la contra dependencia; la rebeldía contra la autoridad (sobre todo, contra la de los padres), el inconformismo, las protestas, etc. El duelo en el adolescente, al igual que ocurre en los adultos, tendrá una intensidad mayor o menor dependiendo del grado de intimidad y vinculación con la persona fallecida, el tipo de relación que existía entre ambos y las circunstancias de la muerte.

También es verdad que los cambios y características propios de la edad hacen que los adolescentes puedan reaccionar de manera diferente a los adultos. Si por ejemplo, son ya habitualmente proclives a la rebeldía y la emotividad; pueden vivir la experiencia de la muerte de forma más impetuosa. Por otro lado, si la muerte es ya en si misma un

tabú entre los adultos, suele ser mucho mayor en la adolescencia, donde además existe per se una negación de la muerte y un sentimiento fuerte de invulnerabilidad.

Otra de las situaciones que se presentan es que el adolescente tiene que hacer frente a la pérdida de un ser querido, al mismo tiempo que hace frente a todos los cambios, dificultades y conflictos propios de su edad. Aunque exteriormente parezca ya un adulto, el desarrollo del cuerpo no va siempre a la par con la madurez afectiva. Es por eso que puede necesitar mucho apoyo, comprensión y afecto para emprender el doloroso y difícil proceso de duelo.

### **Signos que indican que un adolescente necesita más ayuda**

Como hemos visto, son varios los motivos que determinan que el duelo en el adolescente sea más difícil. Ortiz A. (1985). Algunos adolescentes pueden mostrar un comportamiento inadecuado o preocupante que puede alarmar a su familia.

Vigilar los siguientes comportamientos:

- Negación del dolor y alardes de fuerza y madurez
- Síntomas de depresión, dificultades para dormir, impaciencia, baja autoestima.
- Fracaso escolar o indiferencia hacia las actividades extraescolares.
- Deterioro de las relaciones familiares o con los amigos.
- Mencionar el suicidio como posibilidad de reencuentro con la persona fallecida.
- Conductas de riesgo: abuso del alcohol y otras drogas, peleas, relaciones sexuales sin medidas preventivas.

Como se ha podido observar, durante la adolescencia se pasa por un periodo que está lleno de transformaciones, uno de los aspectos que puede ser considerado primordial, es el proceso de duelo que se vive ante las distintas pérdidas que debe enfrentar el adolescente durante esta etapa.

Una vez teniendo en cuenta lo que es el duelo y algunas de sus manifestaciones durante el periodo de la adolescencia, en el siguiente apartado se abordarán las

repercusiones como lo es el consumo de drogas debido al duelo no resuelto por abuso sexual. Por lo cual se llega a la conclusión de que el duelo no resuelto sucede en algunos adolescentes, se resuelve cuando enfrentan la situación traumática y aceptan el hecho de la violación, y no lo resuelven cuando siguen sin aceptar lo sucedido de forma consiente. Ortiz A. (1985).

## **CAPÍTULO 5**

### **EL DUELO NO RESUELTO POR ABUSO SEXUAL EN LA ADOLESCENCIA COMO FACTOR DE RIESGO PARA EL INICIO DE CONSUMO DE DROGAS**

#### **5.1 Los Trastornos por uso de sustancias en los Adolescentes**

##### **5.1.1 Concepto de Droga**

De entre las numerosas definiciones existentes, resulta especialmente clarificadora la de (Escohotado, Antonio,1999). para quién “droga” será cualquiera de las múltiples sustancias que el hombre ha usado, usa o inventará a lo largo de los siglos, con capacidad para modificar las funciones del organismo vivo que tienen que ver con su conducta, su juicio, su comportamiento, su percepción o su estado de ánimo. No existe “la droga”, sino diversas sustancias, más o menos adictivas, consumidas de diferentes formas por diferentes personas, cuyos efectos y consecuencias pueden ser muy variadas.

Las relaciones de dependencia que una persona establece a lo largo de su vida pueden ser muchas y diferentes (puede depender de la familia, el trabajo, la pareja, un/a amigo/a, de determinadas actividades como el juego de azar, las compras, etc.). Estas vinculaciones llegan a convertirse en ocasiones en estilos de alienación, eventualmente con complicaciones parecidas a las drogodependencias (juego patológico, por ejemplo) y pueden considerarse como dependencias no ligadas al uso de las sustancias. Pero ni la televisión, ni el juego o el ir de compras son drogas. Por consiguiente con el nombre de droga, se hace alusión a:

Una sustancia psicoactiva, cuyo consumo produce en el usuario modificaciones en el estado psíquico y a veces físico y que es susceptible de causar dependencia si se insiste en su consumo. Brailowsky (2002)



## 5.1.2 Consecuencias del Consumo de Drogas

Los efectos y consecuencias de las drogas varían dependiendo de las características de la sustancia como por ejemplo la pureza, vía de administración, cantidad, frecuencia de uso etc. También tiene que ver con el tipo de persona que las consume y de sus características tanto físicas, psicológicas y afectivas.

A continuación se mencionan los efectos que de acuerdo con Brailowsky (2002), estas sustancias adictivas ocasionan a corto y largo plazo:

**Tabla 5.1 Efectos ocasionados por las drogas a corto y largo plazo**

Sustancia	A corto plazo	A largo plazo
Alcohol	Deprime centros nerviosos que controlan la conducta. Dificulta la coordinación muscular y equilibrio. Entorpece funciones mentales superiores.	Produce daño en corazón hígado, aparato digestivo y sistema nervioso. Periodos de amnesia con alteración mental y de la conciencia.
Tabaco	provoca hipertensión arterial, taquicardia, acidez gástrica, pérdida de apetito y disminución de agudeza olfatoria y degustadora.	Produce infarto al miocardio, deterioro de circulación sanguínea en cerebro y extremidades, problemas infecciosos del aparato respiratorio.
Mariguana	Relaja, dificulta la coordinación muscular e inhibe los reflejos. La memoria y atención se obstaculizan	Produce bronquitis, cáncer y enfisema pulmonar. Sentimientos de pánico, despersonalización y angustia. Síndrome amotivacional, caracterizado por pasividad, conformismo y apatía.
Inhalables	Provoca desinhibición, sensación de ligereza, euforia agitación. Disminuye reflejos. Hay mareo y desorientación.	Problemas gastrointestinales, respiratorios, neurológicos, cardiovasculares y psiquiátricos como psicosis

		esquizoafectivas. Síndrome amotivacional similar al de la marihuana.
Cocaína y otros derivados	Euforia, energía y alerta. Se agudizan particularmente las sensaciones de la vista, el oído el tacto.	Comportamiento extravagante, errático y violento. Paranoia, irritabilidad y ansiedad. Problemas cardiovasculares, respiratorios, neurológicos, altera el apetito y el sueño.
Heroína	Produce somnolencia. La función cardíaca y la respiración disminuyen. Suprime dolor y produce euforia, sensación de bienestar y relajación.	Venas colapsadas, infecciones bacterianas, infección del endocardio y las válvulas del corazón, artritis y otros problemas reumatológicos. VIH/sida y hepatitis B y C.
Estimulantes tipo anfetamínico	Aumentan actividad motora, concentración, altera el estado de ánimo, disminuye la sensación de fatiga, el sueño y el hambre.	Provocan confusión, agresividad, ansiedad, delirio, estados de pánico e intentos de suicidio u homicidios. Alteraciones cardiovasculares, en el aparato digestivo y anorexia.

Fuente: Brailowsky, 2002

De las diferentes clasificaciones existentes, se destacan la clasificación de las sustancias según los efectos que producen sobre el sistema nervioso central (SNC).

#### **a) Las sustancias depresoras del sistema nervioso central**

##### **El alcohol**

El alcohol, aunque aparentemente estimulante, tiene un efecto depresor sobre el sistema nervioso central. Inicialmente, y no a dosis altas, produce sensación de euforia, optimismo, desinhibición, generando además una sensación de mayor soltura corporal

y verbal. Rebaja a la vez el nivel de autocontrol y autocrítica lo que facilita la animación en situaciones de celebración o de fiesta. Cuando la ingestión es cuantiosa, la fiesta se estropea: reacciones violentas, peleas, llantos y vómitos son algunos de los espectáculos desagradables que pueden deteriorar el ambiente.

El alcohol crea dependencia física y psíquica, tiene una fuerte tolerancia y el síndrome de abstinencia es especialmente peligroso. Un alcohólico no debe dejar de beber sin control sanitario. El síndrome de abstinencia del alcohólico cuando adopta las características del “delirium tremens” (temblores y alucinaciones), puede llegar a ser mortal. (Ruiz, 2005)

A los pocos minutos de haber bebido alcohol, éste pasa a la sangre, donde puede llegar a mantenerse hasta 18 horas. Aunque su consumo afecta a todo el cuerpo, donde más daño ocasiona es en el hígado y en el cerebro. Un consumo excesivo de esta sustancia produce acidez de estómago, vómitos, diarrea, descenso de la temperatura corporal, sed, dolor de cabeza, deshidratación y, si la intoxicación es elevada, problemas respiratorios, que pueden llevar al estado de coma (coma etílico).

#### **b) Los ansiolíticos o tranquilizantes**

El uso de sustancias naturales para tranquilizar está documentado desde épocas antiguas, por ejemplo los mayas para poder llevar a cabo un ritual y tranquilizarse usaban el peyote según Escohotado,(1999), en Historia general de las drogas. Los tranquilizantes son un grupo de sustancias empleadas en el tratamiento de la ansiedad y el insomnio, en sustitución de los barbitúricos que se revelaron mucho más peligrosos y adictivos de lo que se pensaba inicialmente. Los barbitúricos (inductores del sueño) y tranquilizantes han sido una de las drogas con más difusión en la época moderna, recetándose libremente en las décadas de los cincuenta y setenta del siglo pasado.

#### **c) Hipnóticos (barbitúricos y no barbitúricos)**

Son fármacos inductores del sueño. Su consumo continuado o excesivo puede resultar muy tóxico y adictivo. Su uso prolongado causa dependencia física y psíquica, y, si se corta bruscamente la administración o se reduce, se produce un síndrome de abstinencia serio. Escohotado, (1999).

#### **d) Opiáceos (heroína y morfina)**

Los opiáceos constituyen una amplia familia de productos derivados directamente de la adormidera o *Papaver somniferum*. Se calcula que el opio que sigue los canales legales de comercialización es mucho menos de la mitad de la producción mundial. El opio ilícito proviene en su mayor parte del llamado Triángulo de Oro del sudeste asiático (Laos, norte de Tailandia y Birmania).

La heroína puede generar dependencia tanto física como psíquica. Independientemente de la vía de administración utilizada. El síndrome de abstinencia se hace presente en el momento en que la sustancia no se encuentra en el organismo en la cantidad a la que el mismo se ha adaptado y va a ser diferente según el individuo y el grado de dependencia. Aunque el proceso puede ser duro, este síndrome de abstinencia puede superarse sin demasiadas dificultades.

#### **e) Las sustancias estimulantes del sistema nervioso central**

##### **La cocaína**

La dependencia psicológica derivada de la cocaína es una de las más intensas entre las provocadas por las drogas. Durante años se creyó que no causaba dependencia física, pero en la actualidad se ha descrito el síndrome de abstinencia que su abuso genera. Brailovsky, (2002). La mayoría de los consumidores reconocen que necesitan aumentar progresivamente la dosis.

##### **El crack**

El crack es cocaína procesada; su nivel de pureza es muy superior al de la cocaína que se vende en la calle y, por lo tanto, más peligrosa. Tiene el aspecto de cristales semejantes a rocas pequeñas. Su color varía del amarillo claro o rosa al blanco. Generalmente se fuma. Su efecto inicial es muy intenso, llega en segundos, pero es

muy breve. Produce una profunda euforia y exaltación, una increíble sensación de bienestar y poder y un repentino aumento de la energía.

### **Las anfetaminas**

Estimulantes producidos de forma sintética. Han sido utilizadas en medicina para el tratamiento de muchos trastornos (somnolencia, hiperactividad infantil, epilepsia) y se han consumido también entre los deportistas como sustancias dopantes. Actualmente sólo se prescriben cuando existe una indicación clara, debido a los problemas que su abuso puede comportar. La dependencia a estas sustancias es fundamentalmente de tipo psicológico. No existe unanimidad en lo que se refiere a su posible capacidad para generar dependencia física. Su uso prolongado genera tolerancia. Una sobredosis puede causar la muerte. Escohotado, (1999).

### **La nicotina (el tabaco)**

Los compuestos que constituyen el tabaco producen dependencia física y psicológica, por lo que, aunque legal, es una droga con todas las características de cualquier otra. El síndrome de abstinencia tabáquico, cuya intensidad varía mucho de unas personas a otras, se caracteriza por irritabilidad, ansiedad marcada por el deseo de fumar, perturbaciones del sueño, crisis de mal humor, entre otros.

### **f) Las sustancias psicodélicas o alucinógenas**

Los alucinógenos producen en el consumidor una distorsión de la percepción (los sonidos “se ven”, los colores “se oyen”), disminuyendo la capacidad para distinguir entre realidad y fantasía. Aumentan la intensidad de las relaciones emocionales y se puede pasar rápidamente de un estado de ánimo a otro. Es importante destacar que cada vez que se toma una droga alucinógena, sus efectos son imprevisibles, variando desde las alucinaciones, al alejamiento de la realidad, la exaltación, hasta los movimientos violentos, las reacciones de pánico o los actos autodestructivos.

Precisamente esta imposibilidad de prever los efectos constituye uno de sus mayores peligros. Después de la experiencia, el consumidor suele sentir depresión o ansiedad que refuerza el estado de dependencia. Es frecuente que las alucinaciones

reaparezcan, espontáneamente, días y hasta meses después de la última dosis, fenómeno conocido como flash-back. Escohotado, (1999).

## **EI LSD**

No hay evidencias de que el LSD genere dependencia física, dado que no produce un cuadro de abstinencia, pero sí es peligrosa la importante dependencia psicológica que genera. También da lugar a tolerancia.

## **Derivados del cannabis**

El cannabis se conoce tanto por sus cualidades psicoactivas como por su fibra desde hace miles de años. Su empleo en occidente quedó reducido a ciertos círculos artísticos hasta principios de los años 70, cuando se hizo más popular y asequible, sobre todo entre los jóvenes. Se asociaba estrechamente con la música y la cultura popular y hubo un gran debate sobre su legalización. Su consumo ha continuado desde entonces, mostrando una situación regular durante los últimos años. Sin embargo, se desconoce mucho aún sobre la acción química del cannabis, o los efectos que a largo plazo puede causar. Dusek (2003).

Actualmente su consumo se ha generalizado y muchos la consideran como droga de iniciación, esto es, “el primer paso” para acceder a otras drogas más tóxicas y peligrosas, aunque no hay evidencias que así lo demuestren. Al igual que otras drogas, el cannabis no crea una dependencia física sino sólo psicológica; tampoco presenta síndrome de abstinencia. Los síntomas propios de la abstinencia se presentan en algunos consumidores habituales expuestos a dosis elevadas durante mucho tiempo. El fenómeno de la tolerancia no parece un problema cuando el consumo es esporádico y a dosis bajas. Maciá, ( 1998).

## **Disolventes y sustancias volátiles (pegamentos, colas)**

Estas sustancias pueden ser productos de uso doméstico o industrial como por ejemplo la gasolina, los pegamentos, las pinturas, barnices, lacas, quitaesmaltes, etc. Son

productos familiares en todos los hogares o que se pueden encontrar con gran facilidad en cualquier tienda.

No producen adicción física pero sí pueden provocar adicción psicológica. Producen una elevada tolerancia, lo que hace que se requieran más dosis para producir un mismo efecto una vez que el consumo es crónico. La abstinencia provoca intensas sensaciones de ansiedad, depresión y nerviosismo, efectos que desaparecen en poco tiempo.

### **Drogas de síntesis “las pastillas”**

En los últimos años han aparecido y han sido comercializadas, generalmente de forma clandestina, toda una nueva serie de sustancias conocidas como “drogas de diseño” o “drogas de síntesis”. Son en general, sustancias químicas, sin componentes naturales derivados de las anfetaminas, sintetizadas químicamente de forma ilegal, sin ningún interés terapéutico y utilizadas exclusivamente como “drogas de abuso”.

El motivo fundamental de su rápida expansión y del incremento de su popularidad y consumo es la falsa idea, tanto social como personal del consumidor, de una toxicidad mínima o nula, e inexistencia de riesgo. La convicción de obtener unas mejores relaciones interpersonales y de divertimento, así como el supuesto efecto afrodisíaco de dichas sustancias. Maciá, (1998).

### **5.1.3 Dependencia y tipos de Consumo**

La dependencia propiamente dicha, es la necesidad imperiosa e incontrolable que tiene una persona de ingerir una determinada sustancia. Puede ser de naturaleza física y/o psicológica.

#### **Dependencia psicológica**

Hace referencia a la necesidad creada por el contacto con la droga y que lleva a buscar compulsivamente los efectos que produce. La consecución y el consumo de la sustancia se convierten en la conducta prioritaria, desplazando cualquier actividad o centro de interés que hubiera sido importante para el individuo anteriormente. Todas las drogas producen dependencia psicológica. Dusek (2003).

## **Dependencia física**

Algunas drogas producen en el organismo, después de un consumo continuado, cambios debidos a la adaptación del cuerpo a la presencia de la droga en su interior. La interrupción del consumo habitual genera una serie de trastornos físicos que varían de intensidad según el tipo de droga, la cantidad de sustancia y el estado del organismo y que constituye lo que se conoce como síndrome de abstinencia. La dependencia física es relativamente fácil de romper tras un periodo de desintoxicación ya que, con ayuda o no de fármacos, desaparece al cabo de unos días (o como mucho unas semanas). Dusek (2003).

## **Tolerancia**

Necesidad de aumentar la dosis para poder conseguir efectos similares, debido a un proceso de adaptación del organismo al consumo habitual de la droga. Esta tolerancia no es ilimitada (para algunas drogas hay dosis mortales), ni igual para las diferentes sustancias o individuos.

## **Tipos de consumo de las drogas**

- Consumo experimental: consumo fortuito durante un periodo de tiempo muy limitado. La droga se puede probar una vez o incluso varias, pero ya no se vuelve a consumir. Es un patrón inicial y común a todas las drogas.
- Consumo ocasional: consumo intermitente. En este caso la persona discrimina cuál es el tipo de droga que prefiere y dónde quiere usarla. Si esta circunstancia se da con frecuencia, aumenta el peligro de desarrollar una drogodependencia. Maciá, (1998). En esta categoría podrían incluirse los consumos abusivos de determinadas sustancias (alcohol, drogas de síntesis...) centrados en los fines de semana.
- Consumo habitual: consumo diario. En algunos casos puede darse con un doble propósito, aliviar el malestar psicoorgánico que la persona padece (dependencia física y/o psicológica) y mantener un rendimiento (caso de los



consumidores diarios de cocaína). Existen también otras alteraciones menores del comportamiento como son pérdida menor de la conciencia, no poder ponerse en pie fácilmente o al primer intento. Este tipo de consumo puede producir la necesidad de dedicar gran parte de su tiempo a pensar en la droga, buscarla y autoadministrarla

- **Compulsivo:** consumo muy intenso, varias veces al día. El consumidor tiene una incapacidad de enfrentarse a los problemas básicos de la vida diaria. Su vida gira en torno al consumo de la sustancia, apareciendo síntomas claros de abstinencia que desaparecen al dejar de consumir
- La sobredosis es un cuadro de intoxicación aguda producido por el consumo de una dosis superior a la tolerada habitualmente. La importancia de la sobredosis radica tanto en los efectos imprevisibles sobre el comportamiento como en la posibilidad de afectar gravemente al organismo.

## **5.2 Las Drogas como Problema Multidimensional**

La peligrosidad de una droga, no depende sólo de las características y efectos del producto, sino de la forma en que se utiliza. Esto no significa sólo la forma observable (frecuencia, dosis, cantidad, etc.) de su uso, sino también su significado psíquico y social, así como el objetivo que se persigue con su consumo; al respecto la toxicomanía nos sirve como punto de referencia por que es el resultado de la interacción entre la sustancia, las características personales de quien la consume y el entorno y circunstancias en que se produce dicho consumo, por tal razón se presenta a continuación el modelo bio-psico-social. Dusek (2003).

### **Modelo bio-psico-social**

Las ciencias sociales han puesto de manifiesto que no sólo las conductas de los individuos, sino su sistema de creencias, Dusek (2003), valores, actitudes, se desenvuelven en relación a las creencias y valores dominantes en un sistema social

determinado. Una modificación en uno de ellos o de las relaciones que entre ellos se han establecido, opera como factor de cambio de alta resonancia.

Esta comprensión del fenómeno en su triple vertiente bio-psico-social facilita una mejor visión del problema, lejos de enfoques y soluciones simplistas que conducen a intervenciones tan bien intencionadas, como ineficaces. En la medida en que se pueda conocer la multiplicidad de variables implicadas en el fenómeno de la adicción, mejor se podrá conocer, explicar y comprender, y, en esa medida, actuar de cara a una eficaz intervención. En este sentido, conviene señalar algunos indicadores a tener en cuenta en el consumo de drogas:

### **Sustancia**

- Tipo de sustancia
- Cantidad consumida
- Vía de administración
- Asociación con otras sustancias
- Accesibilidad, disponibilidad
- Valoración social: legalidad/ilegalidad, uso normalizado/prohibido.
- Actuación de la sustancia: efectos.

### **Persona (dimensión psicológica)**

- Sexo.
- Edad
- Complexión física
- Influencia en el organismo.
- Consecuencias patológicas.
- Motivación
- Dependencia.
- Trastornos de conducta.
- Factores de vulnerabilidad.
- Personalidad.

### **Entorno**

- Microsistema: familia, escuela, grupo de iguales.

- Mesosistema: roles, trabajo, ocio, status, hábitat.
- Macrosistema: valores, sistema social, políticas educativas, legislación, alternativas, dimensión transcultural, medios de comunicación, publicidad.

### **Factores de protección y de riesgo**

La política de prevención de drogodependencias debe partir del conocimiento científico de dar respuestas al interrogante del por qué unas personas abusan de las drogas mientras que otras no lo hacen. Una misma característica individual por ejemplo puede ser la autoestima o la integración en el grupo de compañeros, la cual actúa indistintamente como factor de riesgo o de protección en función de su relación con otras variables.

El proceso de hacerse adicto toma la forma de escalada, en el sentido de que para cada droga existen modalidades distintas de consumo que pueden oscilar desde la mera experimentación de la droga, a su uso y llegar incluso al abuso de la misma con grados crecientes de implicación y de generalización de las situaciones de consumo. Cada grado o escalón prepara para el siguiente, y favorece el paso a otra droga de superior peligrosidad, extremo éste que no se comprueba en todos los casos, pero sirve como referencia.

### **5.3 El Abuso Sexual como Factor de Riesgo para el inicio de Consumo de Drogas**

Respecto al consumo de drogas en particular, se ha notificado que un alto porcentaje de la población que abusa de ellas ha sido victimizada durante la infancia; de hecho, es en la época de la adolescencia cuando usualmente aparece esta secuela. El abuso de drogas o alcohol puede representar el intento de la víctima por ocultar la ansiedad relacionada con los recuerdos perturbadores o afectos dolorosos asociados con el suceso, y con frecuencia ello inicia en respuesta a la ansiedad generada por la intimidad psicológica y sexual que se puede alcanzar durante un encuentro sexual en la adolescencia o la adultez temprana. Villatoro, (1998).

Estudios hechos en otros países entre personas en tratamiento por consumo de alcohol y drogas también han mostrado evidencias al respecto. Moncrieff J, Drummond DC, Candy B, Checinski K, Farmer R. (1993)

Especialmente las mujeres víctimas de abuso sexual y físico parecen tener un alto riesgo de sobrepasarse en el consumo de sustancias, en comparación con las mujeres no víctimas.

En los hombres, el maltrato físico en la infancia parece ser un antecedente más importante de consumo excesivo de sustancias. Así mismo se ha encontrado una asociación entre el abuso sexual y el consumo de sustancias en ambos sexos entre poblaciones adolescentes. Briere J, Evans D, Runtz M, Wall T. (1988).

Este tipo de resultados ha sido confirmado en México con los trabajos de Casco y Romero quienes informan sobre la violencia intrafamiliar como un antecedente importante en mujeres alcohólicas y en las dependientes a otras drogas. En particular, notifican el abuso sexual, el hostigamiento físico o verbal, la explotación infantil y la negligencia como antecedentes altamente frecuentes. Sin embargo, prácticamente se desconoce lo que ocurre entre los hombres en cuanto a estos problemas. Casco y Romero (1992).

Para poder observar el consumo de drogas por sexo y su relación con el abuso sexual, se compararon cuatro grupos: a) agresores puros, es decir estudiantes que notifican haber abusado sexualmente de alguien sin haber sido victimizado(a) (prevalencia de 1.4% en la muestra total); b) víctimas puras (3.2%); c) agresores-víctimas, es decir, los que habían sufrido y realizado alguna agresión sexual (1.04%), y d) quienes no habían experimentado ni ejecutado este tipo de conductas.

Cabe señalar que los hombres estuvieron representados 10 veces más como agresores y casi cuatro veces más como agresores-víctimas en comparación con las mujeres, y que éstas conformaron un porcentaje mayor como víctimas puras (3.9%) en relación con los hombres (2.62%). Destaca el alto consumo de drogas en los tres primeros grupos: 31.4% de quienes notificaron haber perpetrado algún abuso sexual, 24.7% de las víctimas y 32.2% de los agresores-víctimas habían consumido drogas

alguna vez en su vida, en comparación con el 8.2% de quienes no habían sufrido ni ejecutado abuso sexual alguno. El consumo continuo es entre tres y cinco veces mayor en estos grupos que en la población no abusada ni abusadora.

En particular los varones agresores-víctimas y agresores consumieron más drogas, seguidos por las mujeres agresoras-víctimas y agresoras y, en último término, por las víctimas de ambos sexos. Si observamos la distribución por tipo de usuario, las mujeres agresoras-víctimas seguidas por los hombres de este grupo, y luego por agresores y víctimas de ambos sexos, tuvieron un mayor uso continuo de drogas que el cuarto grupo.

Respecto al número de drogas que se han utilizado, destaca que hay un porcentaje significativamente mayor de poliusuarios en los grupos de hombres agresores-víctimas, de agresores de ambos sexos y de mujeres agresoras-víctimas. Es notorio que existe igual porcentaje de poliusuarios hombres y mujeres en el grupo de víctimas; todos estos porcentajes son superiores al del grupo de estudiantes sin estos antecedentes.

Un hallazgo importante a destacar es que el hecho de haber sido víctima de abuso sexual se asocia con el consumo de drogas en forma similar en ambos sexos, pues existe un porcentaje poco más elevado de usuarias en el grupo de mujeres que en el de hombres y, prácticamente, la misma proporción de usuarios continuos y de varias drogas.

## **5.4 Abuso Sexual**

### **5.4.1 Concepto de Abuso Sexual**

El abuso sexual se define como la utilización de un niño o adolescente con la finalidad de satisfacer o gratificar sexualmente a un adulto de forma individual o colectiva. Este se puede presentar en forma de abuso sexual propiamente dicho, generalmente propiciado por una figura cercana, de autoridad o cuidador. Cuando es practicado por

un familiar consanguíneo se conoce como incesto. Otra forma de abuso sexual es producida por un agresor desconocido por el niño o niña y se denomina ataque sexual.

De acuerdo con (Finkelhor, 1980) el abuso sexual es definido como “el contacto sexual, manual, oral o genital sin consentimiento, hecho por el agresor con los genitales y con cuerpo de la víctima”.

El artículo 176 del Código Penal del Distrito federal (2004), menciona que el abuso sexual es un acto que sin consentimiento de una persona y sin el propósito de llegar a la cópula, ejecute en ella un acto sexual, la obligue a observarlo, la haga ejecutarlo, por lo que se le impondrá de uno a seis años de prisión.

Esta se define por cualquier hecho que sobrepase los límites corporales y psicológicos de la persona. Es una acción forzada en la cual hay o no penetración familiar, anal u oral, del pene o de cualquier otro sustituto del mismo, con carencia de consentimiento. Este tipo de agresión da como resultado un rompimiento de equilibrio físico, emocional, social y sexual del individuo (González, 1995).

#### **5.4.2 Tipos de Abuso Sexual**

Dentro del componente de agresión sexual, Mancilla, (1991), diferencia tres tipos de abuso sexual: el incesto, que se lleva a cabo cuando algún miembro de la familia, ya sea padres o hermanos mayores, intentan tener relaciones sexuales con un menor o adolescente.

De la búsqueda documental se llegó a la conclusión que existen cuatro categorías distintas de abuso sexual:

- 1) Paidofilia/pedofilia (abuso sexual en niños)
- 2) Violación
- 3) Acoso sexual
- 4) Explotación sexual profesional

**Paidofilia:**

La paidofilia es un trastorno parafilico, en el cual el individuo presenta fantasía y excitación sexual intensa hacia niños prepúberes, llevando a la práctica tales urgencias, con sentimientos de angustia y sufrimiento. El abusador tiene por lo menos 16 años de edad y al menos 5 años más que la víctima.

Por lo general los abusadores son hombres, y se clasifican en cuatro tipos por edad, Dusek, Dorathy & Girdano (2003), y son:

- 1) Jóvenes hasta 18 años de edad – que aprenden el sexo con sus víctimas
- 2) Adultos de 35 a 45 años de edad, que acosan a sus hijos o los de sus amigos o vecinos.
- 3) Individuos con más de 55 años de edad, quienes sufrieron algún estrés o alguna pérdida por muerte o separación, o incluso con alguna enfermedad que afecte el sistema nervioso central.
- 4) Aquellos que independiente de la edad, es decir, aquellos que siempre fueron abusadores durante toda su vida.

**Violación:**

Se define la violación como el acto físico de asaltar y forzar a alguien para practicar sexo sin su consentimiento, estando la persona consciente o no, bajo el efecto de drogas o en coma.

Por lo general, el violador es hombre y alberga sentimientos odiosos hacia las mujeres, sentimientos de inadecuación e inseguridad con relación a su desempeño sexual. Puede presentar desvíos sexuales, sadismo o anomalías genéticas con tendencias a la agresividad.

La víctima, Dusek, Dorathy & Girdano, (2003), es normalmente estigmatizada por la sociedad, que marca una tendencia a acusarla directa o indirectamente por provocar la violación. Ella se siente impotente y incluso para delatar al violador, quien suele a menudo ser alguien ya conocido, y se siente muy culpada y temerosa de represalias. Puede muchas veces creer que la violación no fue una violación, sino que fue una actitud por ella permitida y de su responsabilidad. Tal actitud dificulta a que se delate el

crimen. Los sentimientos de baja autoestima, culpabilidad, vergüenza, temor (fobias), tristeza y desmotivación son corrientes. La idea del suicidio también puede empeorar el cuadro. Los síntomas semejantes al estrés postraumático (trastorno de ansiedad típico en los soldados del posguerra) son comunes.

### **Acoso sexual:**

El acoso sexual, Ortiz (1985), incluye una aproximación sexual indeseable, una solicitud de favores sexuales o cualquier conducta física o verbal de naturaleza sexual. Existen dos tipos de acoso:

- 1) Cuando la víctima está presionada a prestar algún favor sexual o someterse de alguna forma por encontrarse en una posición jerárquica inferior a su abusador.
- 2) Cuando la víctima está presionada a sentirse en un ambiente desagradable, específicamente por su sexo. Por ejemplo, una mujer de ser hostilizada o no bienvenida por ser una mujer en determinado ambiente laboral, resultando que se sienta tan mal a punto de abandonar a su trabajo o ahí permanecer con sufrimiento.

### **Explotación sexual profesional:**

La explotación sexual profesional ocurre cuando hay algún tipo de participación sexual o intimidad entre un individuo que está prestando algún tipo de servicio ya sea desde confianza y con algún poder delegado y un individuo que buscaba su ayuda profesional. Ortiz, (1985).



## **5.5 La Depresión y Baja Autoestima en los Adolescentes como Factor de Riesgo**

### **5.5.1 Síntomas y Consecuencias Generales en los Adolescentes como Factor de Riesgo**

El abuso parece constituir un predictor significativo de deterioro en la salud mental durante la adolescencia y la edad adulta. Se han notificado como secuelas: la baja autoestima y la depresión; el miedo al éxito; habilidades sociales inadecuadas; relaciones sexuales e interpersonales problemáticas; confusión sexual y conductas sexualizadas; conductas extremas en el comportamiento general adulto especialmente en lo que respecta a la vida sexual; prácticas sexuales sin protección, una tendencia a la revictimización y agresión/ira; síntomas postraumáticos; trastornos de la alimentación; experiencias disociativas en la edad adulta particularmente en quienes sufrieron tanto abuso físico como sexual en la infancia, o bien, abuso infantil y revictimización en la adolescencia o edad adulta, y más riesgo de involucrarse en la prostitución, sobre todo si el abuso ocurrió a edades tempranas. Ramos, (1998).

Ahora bien, cabe aclarar que la severidad de la sintomatología parece depender de la combinación de varios factores, tales como la edad en que ocurrió el abuso; la relación con el perpetrador; la duración, la frecuencia y la severidad del abuso; el uso de fuerza involucrado, y el número de agresores.

En vista de la carencia de datos que prevalece en México respecto a la frecuencia de abuso sexual en la infancia y la adolescencia, Ramos, y colaboradores (1998), llevaron a cabo un estudio donde los resultados que se presentan hacen referencia solamente al abuso sexual asociado con el contacto físico. Asimismo dichos autores hacen mención de la relación entre el abuso sexual y el consumo de drogas, considerando también posibles diferencias entre mujeres y varones, lo que pocas veces se ha tomado en cuenta en otros estudios.

## **Prevalencia de abuso sexual**

La prevalencia de por vida de abuso sexual en víctimas fue de 4.3% en la muestra total, mientras que la de agresores fue de 2.4%. No se observa diferencias por sexo estadísticamente significativas en la prevalencia notificada por víctimas. Sin embargo, en la de los agresores sí se registraron: 4.1% de los hombres habían coaccionado sexualmente a otra persona, mientras que sólo 0.7% de las mujeres notificaron haber tenido esta conducta. Ramos, (1998).

## **Características del abuso sexual**

Del total de víctimas, 28.4% sufrió la agresión antes de los 10 años de edad, y 40%, entre los 10 y los 13 años. Sin embargo, al comparar por sexo, con base en tres grupos de edad (de 1 a 9 años, de 10 a 13 y de 14 en adelante), se observa diferencias significativas: 37% de las mujeres sufrieron el abuso antes de los 10 años, en comparación con un 20% de los hombres.

Por su parte, 74% de los hombres lo sufrieron entre los 10 y los 17 años, porcentaje mayor que el 59% reportado por las mujeres. Respecto a la relación con la persona que les agredió, se observa que en general una tercera parte de estos estudiantes habían sido agredidos sexualmente por un amigo; una cuarta parte, por un familiar; una quinta, por su novio(a), y 12.4%, por desconocidos. Así pues, alrededor de dos terceras partes de las víctimas fueron objeto de abuso por parte de conocidos, y en casi dos de cada tres de estos casos, el perpetrador fue un amigo. Ramos, (1998).

Se observaron diferencias significativas por sexo en este rubro; las mujeres notificaron con más frecuencia haber sido forzadas sexualmente por un familiar, mientras que los hombres reportaron más frecuentemente haber sido coaccionados por amigos. Es importante hacer hincapié que la mitad de las mujeres y dos de cada tres hombres sufrieron el abuso por algún conocido. Ramos, (1998).

### **5.5.2 Depresión y Baja Autoestima**

Los síntomas depresivos en los adolescentes son tomados con frecuencia como comportamiento normal del adolescente, y se considera que son el producto de los

cambios hormonales normales, lo que, en muchos casos, dificulta el diagnóstico, negando o retardando la ayuda que necesitan. El mayor número de adolescentes deprimidos está entre los 13 y los 15 años de edad, rango que coincide con las épocas de más baja autoestima de este particular período del crecimiento.

Los adolescentes no necesitan razones de peso para deprimirse. En apariencia son invencibles e invulnerables, pero en el fondo pueden estar profundamente cuestionados y dolidos, no tienen consolidada su identidad y son severos críticos de sí mismos.

La depresión parece presentarse con mayor frecuencia en familias con problemas maritales, en las que el adolescente tiene más dificultad de establecer su identidad (Revista del IX Congreso Nacional de Medicina General, Alejandro Carbajal. 2000), aunque es importante recordar que cada adolescente es único en la forma que responde al ambiente que lo rodea, no sólo al ambiente familiar sino al escolar y con los amigos.

La sensibilidad del adolescente se altera por el manejo de las emociones en conflicto junto con el despertar de la sexualidad. Los cambios que ocurren en el cuerpo de los adolescentes no son asimilados en forma adecuada por algunos de ellos, lo cual les genera depresión. Adolescentes sometidos a abuso sexual y/o con problemas de orientación sexual (homosexualidad) pueden presentar también un cuadro depresivo. Cerca de los 14 años, las adolescentes tienen el doble de probabilidades de entrar en un cuadro depresivo.

El adolescente promedio manifiesta aburrimiento, pérdida de interés, desmotivación y/o tendencias a actuaciones antisociales o apatía (poco interés) ante situaciones que de lo contrario serían atractivas. Es muy factible encontrar comportamientos más bien agresivos, descalificadores y desafiantes que de tristeza o abatimiento como tales.

Los padres con frecuencia notan en ellos bajo rendimiento académico, irritación constante y problemas para dormir. En los casos más severos de depresión, los jóvenes pueden comenzar a pensar en el suicidio. Muchos de los intentos suicidas de la juventud se enmascaran como «accidentes» de severidad considerable, como en las

muerres que ocurren como resultado de conducir vehículos automotores a exceso de velocidad, en ocasiones bajo el efecto de drogas o por el consumo de bebidas alcohólicas en adolescentes deprimidos, tal como se comentó anteriormente.

Como ya fue mencionado, este tipo de abuso parece constituir un predictor significativo de deterioro en la salud mental durante la adolescencia y la edad adulta. Se han notificado como secuelas: la baja autoestima y la depresión.

## **5.6 Las Etapas del Duelo por Abuso Sexual**

El duelo es un proceso, además de normal, necesario. "La evitación del duelo conlleva problemas psicológicos que pueden redundar en formas atípicas o patológicas del duelo" Parkes (1985. P.214), describe dos tipos de duelos patológicos.

El duelo no resuelto o patológico puede clasificarse de la siguiente manera: Duelo crónico, duelo evitado, duelo dependiente, duelo distorsionado por pérdida repentina y duelo conflictivo o retardado. Ortiz A. (1985).

Definir lo que es un duelo complicado es difícil y con frecuencia se realiza bajo términos muy genéricos e imprecisos. Es un fenómeno idiosincrático en el que la respuesta estará determinada por un elevado número de factores relacionados con la pérdida, sus circunstancias, las características personales del doliente, el apoyo social que reciba y el marco cultural en el que se desarrolla. Por lo tanto, puede aparecer un abanico de respuestas adaptativas para un individuo en una circunstancia y la misma muy distinta para otro en otro contexto.

Esta amplia variedad de expresiones dificulta enormemente el reconocimiento del duelo complicado, a demás se añade que, a diferencia del duelo normal, el duelo complicado no es un proceso con etapas que se puedan reconocer sino más bien el fracaso o incapacidad para afrontarlo que impide alcanzar los niveles de bienestar emocional y de funcionamiento previo. Ortiz A. (1985).

El criterio cronológico es el que se emplea con más frecuencia para diferenciar el duelo normal del complicado como las preocupaciones y pensamientos sobre la pérdida existen, pero son indicios de complicación si persisten por un tiempo prolongado.

Se considera duelo complicado a la presencia de síntomas relacionados con el duelo un tiempo superior al que se considera adaptativo, tiempo aún en discusión, algunos autores consideran que es entre 4 a 6 meses, otros desde un año a un año y medio. Lo cierto es que hay individuos que requieren más tiempo para adaptarse a la pérdida y no es posible aplicar un límite cronológico estricto.

Se ha intentado establecer si existe algún signo o síntoma característico del duelo complicado pero la variable expresión de las respuestas al duelo lo hacen difícil. Los síntomas que no están relacionados con deterioro en el ajuste del individuo deben considerarse normales, y aquellos que muestran riesgo de perturbar el bienestar y adaptación deben por lo general se considerados como indicativos de duelo complicado, como el nivel de rendimiento en sus ocupaciones y en su desarrollo social.

Antes de continuar, es importante recordar que en la mayoría de los casos, el abuso sexual constituye una experiencia traumática que repercute negativamente en el estado psicológico de las víctimas. Asimismo de no recibir un tratamiento psicológico adecuado, su malestar suele continuar hasta la vida adulta (Jumper, 1995).

El límite temporal referido a los denominados efectos a corto plazo o iniciales se sitúa por lo general en los dos años siguientes al suceso. A partir de ese momento, se habla de efectos a largo plazo.

Los diferentes estudios realizados con víctimas de abusos sexuales (López, 1992), y coincide en los principales efectos inmediatos y el alcance de las consecuencias va a depender del grado del sentimiento de culpa y de la victimización del niño o adolescente. En la siguiente tabla se muestran algunos de los principales efectos.

**Tabla 5.2 Principales consecuencias del abuso sexual a corto plazo en niños y adolescentes**

<b>Tipos de efectos</b>	<b>Síntomas</b>	<b>Periodo evolutivo</b>
Físicos	Problemas de sueños (pesadillas) Cambios en los hábitos de comida Pérdida del control de esfínteres	Infancia y adolescencia  Infancia y adolescencia  Infancia
Conductuales	Consumo de drogas o alcohol Huidas del hogar Conductas autolesivas o suicidas Hiperactividad Bajo rendimiento académico	Adolescencia  Adolescencia Adolescencia  Infancia Infancia y adolescencia
Emocionales	Miedo generalizado Hostilidad y agresividad Culpa y vergüenza Depresión Ansiedad Baja autoestima y sentimientos de estigmatización Rechazo del propio cuerpo Desconfianza y rencor hacia los adultos Trastorno de estrés postraumático	Infancia Infancia y adolescencia Infancia y adolescencia Infancia y adolescencia Infancia y adolescencia Infancia y adolescencia Infancia y adolescencia Infancia y adolescencia Infancia y adolescencia Infancia y adolescencia
Sexuales	Conocimiento sexual precoz o inapropiado para su edad. Masturbación compulsiva Excesiva curiosidad sexual Conductas exhibicionistas Problemas de identidad sexual	Infancia y adolescencia  Infancia y adolescencia Infancia y adolescencia Infancia Adolescencia
Sociales	Déficit en habilidades sociales Retraimiento social Conductas antisociales	Infancia Infancia y adolescencia Adolescencia

Fuente: Echeburúa y Guerricaechevarría, 1998

Los efectos a largo plazo son, comparativamente, menos frecuentes y están más imprecisados que las secuelas iniciales (López et al., 1995). Sin embargo, la victimización infantil y adolescente constituye un factor de riesgo importante de desarrollo psicopatológico en la edad adulta.

Es importante mencionar que, no todas las personas reaccionan de la misma manera frente a la experiencia de victimización, ni tampoco todas las experiencias traumáticas comparten las mismas características (Sluser, 1995). Del mismo modo, también existen diferencias en las consecuencias propias de la revelación del abuso. De acuerdo a (Sluser, 1995) al hablar de los factores que modulan el impacto de la agresión sexual, se deben distinguir, al menos, tres grupos de variables: el perfil individual de la víctima, en cuanto a edad, sexo y contexto familiar, las características del acto abusivo como frecuencia, severidad existencia de violencia o de amenazas, cronicidad etc., y la relación que existe con el abusador, y, por último; las consecuencias asociadas al descubrimiento del abuso.

## **5.7 Manifestaciones del Duelo no Resuelto por Abuso Sexual**

De las manifestaciones más relevantes del duelo no resuelto por abuso sexual que se pueden mencionar los siguientes: Síntomas físicos: tensiones, dificultad para respirar, palpitaciones, subidas y bajadas de presión, vacíos en el estómago, colitis, insomnio. etc. En el área conductual, se trata de seguir con las rutinas anteriores. Disminuye la expresividad verbal y no verbal. Finkelhor, (1993). Emocionalmente se siente una fuerte ansiedad, llanto, tristeza o depresión afecta la vida cotidiana del sujeto. En ocasiones hay una apatía y falta de interés en seguir viviendo. También se da una falta de claridad mental. Asimismo existen sentimientos de culpa y responsabilidad, miedo, ansiedad y el stress postraumático.

El niño o adolescente abusado o maltratado tiene mucha dificultad en responsabilizar a su agresor. Esto es debido a que casi siempre se encuentra ante una lucha constante pues tiene conflicto para determinar quien es el agresor y quien la víctima. Se puede

dar el caso de que el individuo internalice la responsabilidad y se culpé asimismo por el comportamiento de dicho agresor.

Durante este proceso, el agresor pudo haberle dicho algo al niño u adolescente para que éste se sienta culpable o responsable por el abuso; el agresor pudo haberle ofrecido regalos o bien haberlo hecho sentir muy especial; también el agresor hizo creer a la víctima que es poderoso; asimismo le puede hacer sentir que fue quien provocó el abuso; y también es posible que debido al supuesto daño que le ha creado a la familia, el niño o adolescente se sienta culpable y aun más si sintió placer durante el abuso sexual. Ortiz, (1985).

Ahora bien, la pérdida y el duelo son temas muy importantes en sujetos abusados o maltratados. El duelo puede surgir a raíz de haber perdido una relación importante como lo es con su agresor, el cual puede ser su padre, madre, hermano u otro familiar, de haber sido separado físicamente de este agresor o simplemente no poder confiar más en dicha persona. Los niños o adolescentes abusados y maltratados por lo general atraviesan las etapas de duelo como las definió Kubler Ross, (1997). Estas etapas son la negación, la ira, la ambivalencia, la depresión, la aceptación y la esperanza en el futuro.

Las víctimas de abuso sexual experimentan después, un estado semejante al del duelo agudo, el cual es la respuesta emocional frente a una pérdida, porque en realidad experimentan una profunda pérdida psicológica. Esto incluye sentimientos de “shock” e incredulidad, seguidos de depresión, cambios bruscos del estado de ánimo y una rabia profunda. Muchas veces las personas atacadas se sienten algún tiempo después culpables o enojadas consigo mismas por haber reaccionado de la manera en que lo hicieron, y necesitan ayuda para entender lo que les sucedió y poder elaborarlo.

Las personas abusadas sexualmente necesitan vivir un proceso de duelo que les ayude a superar la experiencia vivida, pues suelen quedarse con sentimientos de haber sido atropellados, engañados, cautivados, usados, sobornados, forzados emocional y físicamente y sintiendo que fueron víctimas de alguien que cometió una gran injusticia y que se aprovechó de ellos.



La negación también es parte del duelo no resuelto por abuso sexual, consiste en la resistencia del sujeto a aceptar la realidad de su situación. La negación es un mecanismo adaptativo ya que cumple una función protectora que permite al individuo enfrentarse de un modo gradual a su condición. La negación puede convertirse en un obstáculo para la comunicación y planificación de los tratamientos.

La ira es otra de sus manifestaciones, surge del sentimiento de impotencia que produce el abuso sexual, la rabia, que puede manifestarse como irritabilidad o agresión, puede estar dirigida a los "cuidadores" o inclusive hacia Dios.

Ahora bien, de acuerdo a (Stein, Holding, Siegel, Burnam, & Sorensen, 1988), las víctimas de abuso sexual pueden tener un riesgo casi cuatro veces mayor de sufrir depresión en sus vidas que los individuos que no tienen una historia de abuso sexual. Asimismo, la ansiedad es una secuela del abuso sexual. Dada la angustia, la tendencia hacia las creencias distorsionadas sobre sí mismo y de terceros, la intrusión y la desestabilización asociadas con el estrés postraumático, y los esfuerzos frecuentemente desadaptativos para enfrentar las dificultades experimentadas por muchas víctimas, los problemas interpersonales en la adultez son una secuela predecible del abuso sexual infantil. Debido a que la victimización habitualmente ocurre en el contexto de las relaciones humanas, el abuso sexual puede causar una interrupción en el proceso normal de aprender a confiar, actuar en forma autónoma, y formar relaciones estables y seguras (Courtois, 1998)

Es importante mencionar que dentro de las manifestaciones del duelo no resuelto la depresión juega un papel primordial ya que se considera como un factor de riesgo para el inicio de consumo de drogas por abuso sexual. La depresión se caracteriza por sentimientos de angustia y tristeza que imposibilitan física y psicológicamente al sujeto para realizar sus actividades cotidianas. Un individuo deprimido es aquel que se siente inválido por un sentimiento prolongado de tristeza y desesperanza, se siente aburrido, irritado o bien desesperado.

La depresión es un padecimiento caracterizado por la disminución de actividades y un profundo sentimiento de tristeza. Entre sus principales síntomas se encuentran los siguientes: aumento o disminución del sueño, melancolía, fatiga sin relación con las

actividades que lleva a cabo, sensación de incapacidad, disminución de la actividad sexual, inhibición del apetito, falta de atención, incapacidad de disfrutar actividades que antes eran satisfactorias, pérdida o aumento de peso. Moreno Kena. p. 135

Para Cancrini (2006), la definición más útil de depresión alude a un duelo que no está siendo expresado con palabras, en una relación interpersonal significativa. El duelo, en ese sentido, está en la persona y se manifiesta con los síntomas característicos del estado depresivo. La manifestación de una depresión debe ligarse a un hecho de la vida que ha irrumpido y roto un equilibrio anterior.

Ahora bien, la ansiedad tanto como la depresión se pueden considerar como factor de riesgo para el consumo de drogas, entendido este como la característica o cualidad de un sujeto o comunidad, que se sabe va unido a una mayor probabilidad de daño a la salud (Rodríguez, 1995). De acuerdo con Conger (1980), el mayor peligro del empleo de drogas en los adolescentes, es que pueden convertirse en un sustituto para aprender a encarar los problemas cotidianos y las inevitables frustraciones de la vida.

Hay que recordar que, la adolescencia de por sí, es una etapa crítica y trascendental en la vida del ser humano debido a la serie de cambios fisiológicos y psicológicos, e interpersonales que conlleva, por lo general el adolescente vulnerable, pues se afronta una crisis de identidad que los enfrenta a sí mismos, a las demandas familiares y de la sociedad, produciéndoles gran ansiedad, rabia y confusión.

Si además de lo anterior el adolescente sufre de un abuso sexual, su vida se torna más complicada llevándolo aparentemente a un mundo donde no encuentra solución a sus problemas, esto en muchas ocasiones puede conducir al suicidio. En caso de la angustia y depresión al consumo de drogas.

En cuanto a la aceptación se refiere, se puede decir que en el duelo no resuelto difícilmente se llega a esta etapa, al pasar las etapas anteriores en muchas ocasiones no se ha ayudado a la víctima, por lo que al seguir deprimido o enojado y sin poder expresar sus sentimientos sigue con su dolor. No lograr recuperar el sentido de sí mismo ante la pérdida de su intimidad.

Además, según Kübler-Ross, (1987), esta fase se alcanza cuando se resuelve la fase depresiva. Consiste en una separación gradual de los lazos afectivos, de los roles y objetos y de la vida en general; aquí el paciente ya ha comprendido su situación y realiza una conciliación existencial. Lo cual no sucede al existir un duelo no resuelto por abuso sexual y definitivamente se considera un factor de riesgo para el consumo de drogas.

## **5.8 Tipo de Terapia para afrontar el Duelo no Resuelto por Abuso Sexual**

Los psicólogos tienen que llegar a ser excelentes profesionales, de ello depende que puedan dirigir una terapia adecuada, lo cual implica diagnosticar y dar el tratamiento apropiado a los sujetos en cuestión.

La terapia que se debe aplicar al duelo no resuelto, por lo general se basa en las siguientes fases.

### **Evaluación clínica**

A veces se dificulta el distinguir entre la reacción de pesar de la depresión mayor por lo que el objetivo del médico de atención primaria se centrará en valorar:

- La gravedad del cuadro depresivo.
- La presencia de un trastorno psicótico.
- La existencia de alcoholismo u otra drogodependencia.
- El riesgo suicida.

Ante un paciente en duelo, normal o patológico, es necesario en la relación terapeuta: facilitar el normal del proceso del duelo y tratar los trastornos asociados.

### **Abordaje terapéutico**

Se debe facilitar el que el paciente hable sobre su sentimiento de pérdida y las circunstancias de la misma.

Propiciar la expresión emocional del paciente, siendo frecuente además de las vivencias de tristeza, pesar o desesperación, los sentimientos de hostilidad hacia el su agresor.

Explicación al enfermo de que los síntomas que padece como: ansiedad, sentimientos de culpa, preocupación por la imagen anterior de su persona e intimidad son reacciones normales y que desaparecerán con el paso del tiempo.

Asegurar que aunque inicialmente puede ser necesario que reduzca sus compromisos sociales, se debe facilitar el retorno a sus actividades habituales en un plazo de 3-6 semanas.

Recomendar el acompañamiento de familiares y amigos y facilitar la realización de las tareas cotidianas durante el período inicial.

### **Tratamiento psicofarmacológico**

El empleo de fármacos estará dirigido al tratamiento de los problemas asociados, como la ansiedad e insomnio, procurando no interferir el desarrollo del duelo, mediante una sedación - ansiolisis excesiva.

La prescripción de un antidepresivo, deberá retrasarse, siendo exigible que el cuadro clínico cumpla criterios de episodio depresivo mayor.

Como antidepresivo de primera elección se recomienda los I.S.R.S. y entre ellos la Paroxetina por su mayor efecto secundario de ansiolisis, pese a su menor vida media en relación a la Sertralina. Y si ha de utilizarse benzodiazepinas, en especial, las de vida media larga.

Los fármacos recomendados son:

- Insomnio: Zopiclona o Zolpidem
- Ansiedad: Diazepam o Ketazolam
- Depresión: Paroxetina

El rol fundamental del profesional que se engloba en el Modelo Actual en Atención Primaria y en Salud Mental, es lograr el diagnóstico precoz del proceso del duelo, rapidez en el inicio del tratamiento cuando es necesario, y la incorporación temprana a sus actividades cotidianas.

Asimismo de acuerdo con Cohen & Mannarino, (2000), se considera importante que el sujeto sea sometido a un tratamiento conductual cognitivo específico para el abuso, el cual consiste en psicoeducación, manejo de la ansiedad, exposición, y terapia cognitiva.

La psicoeducación consiste en proporcionar información sobre la naturaleza del abuso sexual y los abusadores, como también de los principios del TCC y su aplicación en el tratamiento.

El manejo de la ansiedad consiste en enseñar o guiar al niño o adolescente para que de esa forma pueda identificar los estados emocionales y saber cómo usar varias estrategias de relajación, emocionales y cognitivas para con lo cual se reducirá el temor y las respuestas de ansiedad frente a los recuerdos del abuso.

La exposición gradual mediante la conversación o bien escribir sobre la experiencia del abuso se diseña para descondicionar las asociaciones emocionales negativas automáticas y reducir la evasión desadaptativa. Las técnicas de terapia cognitiva se usan para desafiar y reemplazar las distorsiones cognitivas sobre el evento o las atribuciones negativas generalizadas sobre sí mismo y los demás. El objetivo de la terapia es ayudar al sujeto a procesar emocional y cognitivamente con éxito la experiencia del abuso.

Por otro lado, también se considera importante el abordaje de una terapia para trabajar y disminuir la depresión. Para el tipo de evento en cuestión, se considera que la más apropiada sea la Terapia Cognitiva Conductual, tomando como punto de partida los puntos abordados por Muñoz, Aguilar, Gaxiola y Guzmán (1986). Debido a que investigaciones realizadas en las últimas décadas señalan consistentemente que los acercamientos cognitivo-conductuales son eficaces en el tratamiento de trastornos

presentados por adolescentes como, por ejemplo, depresión, ansiedad o trastornos oposicionales.

El objetivo de la terapia cognitiva para la depresión es eliminar los síntomas depresivos y prevenir las recaídas. Desde el modelo cognitivo, esto se consigue, ayudándole a identificar y modificar las cogniciones desadaptativas que le producen emociones y conductas contraproducentes. La forma más poderosa de modificar esas cogniciones es su contrastación con la realidad empírica.

La terapia Cognitiva-Conductual según Muñoz Aguilar, Gaxiola y Guzmán (1986). está basada en la interrelación de los pensamientos, las acciones y los sentimientos. Para trabajar con los sentimientos de la depresión, este modelo plantea la importancia de identificar cuáles son los pensamientos y acciones que influyen en el estado de ánimo para aprender a tener un mayor control sobre los sentimientos. La terapia se divide en tres temas, cada uno trabajado en cuatro sesiones. Las primeras cuatro sesiones trabajan con la influencia de los pensamientos en el estado de ánimo. Las próximas cuatro sesiones van encaminadas a trabajar con aquellas actividades diarias que afectan el estado de ánimo. Las últimas cuatro sesiones se relacionan con el modo en que las interacciones con otras personas afectan el estado de ánimo. A continuación, una descripción de los módulos señalados anteriormente.

### **Etapa 1: Pensamientos (sesiones 1-4) (Cómo tus pensamientos afectan tu estado de ánimo)**

“El propósito principal de este módulo es presentar información de cómo los pensamientos influyen sobre el estado de ánimo. La sesión inicial establece la estructura y el propósito de las sesiones posteriores. De igual forma, se establece el horario semanal de las sesiones, las reglas de las mismas y se explica claramente el tema de la confidencialidad. Es importante que los/as participantes tengan muy claro este último punto ya que esto puede influir en la calidad de la relación terapéutica que se establezca.

La primera sesión introduce el tema de la depresión, en caso de que no este en estado de depresión se le induce, haciéndole pensar en algo sumamente triste que le haya

sucedido a lo largo de su vida, y se fomenta que comparta sus historias sobre cómo ha experimentado la depresión. Una vez se discute este tema, la terapeuta presenta el propósito del primer módulo: cómo los pensamientos afectan el estado de ánimo. Se inicia esta parte de la sesión definiendo y aclarando el concepto pensamientos a través de ejemplos provistos por la terapeuta y el/la participante. En las próximas tres sesiones se trabaja con los diferentes tipos de pensamientos que experimenta una persona que se encuentra deprimida y cómo los mismos pueden modificarse. Se realizan una serie de ejercicios que permiten la identificación de los errores de pensamiento. El diseño de la tercera sesión cumple con el propósito de proveer técnicas para aumentar los pensamientos positivos al disminuir los pensamientos no saludables, trayendo como consecuencia una reducción a la sintomatología depresiva.”

### **Etapa 2: Actividades (sesiones 5-8) (Cómo tus actividades afectan tu estado de ánimo)**

“El propósito principal de este módulo es que el/la adolescente logre identificar alternativas, actividades y metas que le permitan tener mayor control sobre su vida de tal forma que logre superar su estado de ánimo depresivo. En este módulo se trabaja con la relación entre la participación en actividades placenteras y la sintomatología depresiva experimentada. Se establece cómo la presencia de sintomatología depresiva puede limitar la participación en actividades placenteras, factor que, a su vez, aumenta la presencia de dicha sintomatología. Durante las sesiones se trabaja la definición de “actividades placenteras” y los obstáculos a los que se enfrentan para disfrutar de las mismas. De igual forma, este módulo contempla la discusión del manejo del tiempo y cómo planificar y alcanzar metas.”

### **Etapa 3: Relaciones Interpersonales (sesiones 9-12) (Cómo tus relaciones interpersonales afectan tu estado de ánimo)**

“Las sesiones que componen este módulo introducen la idea de cómo las relaciones interpersonales afectan el estado de ánimo. Se trabaja el tema del apoyo social y se aprende a identificar, mantener y fortalecer el mismo. Las últimas sesiones de este módulo van integrando los temas de los módulos anteriores. La terapeuta examina, junto a el/la joven, cómo los pensamientos afectan las actividades en las que participa,

el apoyo social y el tipo de relaciones interpersonales en las que se involucra. Se realizan ejercicios que enfatizan la importancia de la comunicación asertiva y el desarrollo de destrezas que permitirán el establecimiento de relaciones satisfactorias. El proceso terapéutico culmina reconsiderando e integrando los temas principales de cada módulo. Finalmente, se realiza una evaluación del progreso alcanzado junto a los logros y las fortalezas. Se discuten recomendaciones, tanto con el/la joven, como con sus padres.”

Este tipo de terapia ha sido utilizado como parte de una investigación sobre el tratamiento de la depresión en adolescentes puertorriqueños la cual ha tenido como respaldo al Instituto Nacional para la Salud Mental (NIMH, de la Universidad de Puerto Rico). Los resultados preliminares sostienen que el tratamiento Cognitivo-Conductual es efectivo en reducir la sintomatología depresiva en adolescentes (Rosselló & Bernal, 1999).



## Conclusiones

La adolescencia es una etapa de transición que no tiene límites temporales fijos, los cambios que ocurren en este momento son tan significativos que se ve a la adolescencia como un periodo diferenciado del ciclo vital humano. Este periodo abarca desde cambios biológicos hasta cambios de conducta y status social, dificultando de esta manera precisar sus límites de manera exacta.

Los rápidos cambios en el cuerpo y la apariencia física afectan el autoconcepto y la personalidad del joven; el aspecto más relevante de la preocupación de éstos es la apariencia física, que generalmente está relacionada con las pautas y valores predominantes hacia este respecto en la sociedad.

Hoy en día existe una preocupación creciente por el abuso sexual en la sociedad, este tipo de abuso parece constituir un predictor significativo de deterioro en la salud mental durante la adolescencia.

Los factores que determinan que se desarrolle un problema de abuso y dependencia de sustancias son de naturaleza multifactorial. Se han identificado diferentes factores de riesgo que incluyen factores individuales, del grupo de amigos, familiares y de la comunidad, influencias genéticas y ambientales, la angustia y depresión en este caso por abuso sexual.

El adolescente al ser abusado sexualmente entra en un estado de duelo, éste representa una desviación del estado de salud y bienestar, requiere de un período de tiempo para que vuelva a un estado de equilibrio. De no hacerlo, el duelo no resuelto por abuso sexual en la adolescencia puede ser un factor de riesgo para el inicio de consumo de drogas.

El abuso sexual de los niños y adolescentes es un problema de salud pública grave. Por tal motivo, el adolescente victimado debe ser atendido psicológicamente con la finalidad evitar que enfrente un duelo no resuelto por abuso sexual y sea un factor de riesgo para el inicio de consumo de drogas.

Los niños y adolescentes que han sido víctimas de abuso sexual pueden mostrar una psicopatología relacionada específicamente con el abuso o una psicopatología general. El trastorno que se observa con mayor frecuencia es el TEPT, trastorno por estrés postraumático o TEPT es un trastorno psicológico clasificado dentro del grupo de los trastornos de ansiedad, y los problemas de conducta más específicos son conductas sexuales. Estos hallazgos sugieren que para captar el impacto de experiencias de abuso, es especialmente importante usar medidas de evaluación específicas para el abuso.

La evaluación del estilo atribucional, de las atribuciones específicas relacionadas con el abuso y específicas del abuso, y de los estilos para enfrentar situaciones es clínicamente importante porque estas variables se asocian con el resultado y potencialmente pueden ser alteradas con el tratamiento.

Las medidas específicas del abuso como el nivel de apoyo y la angustia materna, como aspectos más generales del funcionamiento familiar, tienen un impacto directo sobre el funcionamiento del adolescente y puede ser necesario que sean el centro de la intervención clínica.

El tratamiento que se requiere con respecto al duelo va a depender de la corriente psicológica que el terapeuta tenga.

La fase terapéutica debe abarcar tanto el desahogo emocional y la expresión de los sentimientos experimentados como la intervención específica sobre las secuelas cognitivas, emocionales, conductuales y sexuales sufridas.

El tratamiento conductual cognitivo específico para el abuso (TCC) es eficaz para las reacciones del estrés postraumático, el TCC consiste en intervenciones basadas en los principios del TCC que han demostrado ser eficaces para una variedad de cuadros clínicos. Se aplican modificaciones del tratamiento estándar para ansiedad, depresión, y problemas conductuales a las reacciones típicas de abuso.

El modelo cognitivo conductual es uno de los modelos eficaces para la atención a diversos trastornos que presenta el individuo y que por lo tanto brinda un tratamiento efectivo en la erradicación del síntoma que se manifieste. Por lo tanto esta modalidad

terapéutica permite una atención oportuna y efectiva, partiendo de la intervención de distorsiones cognitivas que preceden y originan comportamientos inapropiados. De esta manera se reiteran las ventajas de este modelo, definiéndolo como efectivo en la práctica clínica de las alteraciones psicológicas, en especial de la depresión.

Los duelos, por muy dolorosos y complicados que resulten, pueden ser oportunidades excepcionales para el crecimiento personal y realización, siempre y cuando el sujeto sea capaz de afrontar y de integrar la correspondiente pérdida.

## Referencias Bibliográficas.

Anna Freud, (1973). El yo y los mecanismos de defensa. Ed. Paidós

Armida Aberasturi. (1988). La adolescencia normal. Paidós Educador

Augusto Conte Parra,(1994). El Acoso Sexual. Ed. Artes Gráficas. Colombia

Akerman (1999). Sexualidad Y Minusválidos: Dos Realidades Frente A Frente. Madrid. Popular.

Altamirano. (1999). Historia De La Sexualidad 1 La Voluntad De Saber. Ed. Siglo Veintiuno

Baratas M.D. (2002). El duelo: una perspectiva general, en Rev. Cuadernos de Terapia Familiar nº 51, Madrid.

Brailowsky Antonio. ( 2004). Memoria Verde. Deva's Argentina

Barrera (1999). Sexualidad Y Vida Humana. Editorial: Iteso I.T.E.S. De Occidente. España

Caruso Pietro (1967). Guía De La Sexualidad Ed. Espasa Calpe. Madrid

Casco Y Natera (1992). Para Comprender La Sexualidad. Ed. Verbo Divino. Pamplona

Casco Y Romero (1992). Respuestas Para Vivir Una Sexualidad Inteligente Y Segura Ed. Selector

Cohen & Mannarino (2000). Eros. Los Mundos De La Sexualidad. Barcelona. Ed. Grijalbo.

Conte (1982). Cuerpo Sexualidad Y Socialización. Ed. Ediciones Novedades Educativas

Caballo Vicente. (1997). Manual para el Tratamiento Cognitivo-Conductual de los Trastornos. Volumen 1. Ed. Siglo XXI. España

- Cabodevilla I. (1999). Vivir y morir conscientemente, Desclée de Brouwer. Bilbao.
- Cancrini, L. (2006). La depresión en psicoterapia. Redes no. 8 pp. 31-36, Diciembre 2006
- Casco M y Natera G. (1986) Conducta antisocial en jóvenes: un estudio descriptivo, Revista Mexicana de Justicia, 4
- Castro Me, Mata Me y Amador C. (1994). CHIMALLI: un programa de prevención de los factores de riesgo psicosocial en adolescencia. Evaluación de resultados. En: La Psicología Social en México. Vol. V, Asociación Mexicana de Psicología Social México: AMEPSO.
- Celsa, José Rodríguez, J. J. y Caraballo Rosell. (2003). La Atención al Duelo; Aula Acreditada, Programa anual de Formación para médicos de atención primaria.
- Chávez León E. (1998). Relación de los mecanismos de defensa en los trastornos de angustia: Tesis de Maestría en Psiquiatría: México: Universidad Anáhuac
- Código Penal del Distrito federal. (2004)
- Cruz, M. C. (1989). Duelo y melancolía en situaciones de crisis. Tesis de licenciatura. UNAM, México.
- DSM IV TR. (2005). Ed. Manual Moderno
- De la Fuente, R. (2002). Psicología Médica. México: Fondo de Cultura Económica
- Díaz Aguado, MJ. (2004) Prevención de la violencia y lucha contra la exclusión desde la adolescencia. Madrid. INJUVE
- Dusek, Dorathy & Girdano Daniel. (2003). Drogas, Un estudio basado en hechos. Fondo Educativo Interamericano. Sexta Edición. México.
- Encuesta Nacional Sobre El Uso De Drogas Entre La Comunidad Escolar (1991). México

Eric Triksion (1968). Sexualidad Lo Que Todo Adolescente Debe Saber Ed. Sistema Tecnológico De Edición

Erikson (1968). Con Toda Sinceridad. Como Hablar Con Los Adolescentes De Amor Y Sexualidad. Barcelona. Grijalbo.

Echeburúa, E. y Guerricaechevarría, C. (2000). Abuso sexual en la infancia: víctimas y agresores.

Engelmayer, Otto. (1979). Psicología Evolutiva de la Infancia y de la Adolescencia. Buenos Aires: Editorial Kapelusz.

Escohotado Antonio. (1998). *Historia General de las Drogas*. ESPASA-CALPE.

Fenichel 1966, Ignorancia Del Sexo, Abc Ed. De México

Fisher (1990). Informe Hite. Sexualidad Masculina. Ed. Plaza Y Janes. Barcelona.

Freeman , Kaplan Y Sadock (1979), Formación De La Sexualidad En El Adolescente Ed. Trillas

Finkelhor, D. (1980). Abuso sexual al menor: causas, consecuencias y tratamiento psicosexual", México, Editorial Pax, 3ª reimpresión.

Freud, Anna. (1973) El yo y los Mecanismos de Defensa. Buenos Aires: Ed. Paidós.

Freud, S. (1894) Neuropsicosis de defensa. (obras completas) Buenos Aires: Ed. Amorrortu.

Glaser, D. y Frosh, S. (1997). Abuso sexual de niños. Buenos Aires: Paidós.

González Serratos Ruth Leticia. Experiencia Universitaria y de otras Instituciones. El abuso sexual al menor. (2004). La violencia social en México: Explotación sexual de niñas, niños y adolescentes México: Programa Universitario de Investigación en Salud. UNAM (11-45).

González, Forteza C y Rodríguez E. (1993). Autoestima y sintomatología depresiva en adolescentes mexicanos un estudio correlacional por género, Revista ABP-APAL.

González-Serratos R. (1995). Informe preliminar sobre algunos aspectos de la investigación en sobrevivientes de abuso sexual en la infancia. Salud Reproductiva y Sociedad.

García Fernández Abascal (1998). La Sexualidad Normal Ed. Pirámide

Green AH. (1995). Comparing victims and adult survivors: Clues to the pathogenesis of child sexual abuse. J Am Acad Psychoanal.

Harold Robins (1978). El Sexo En El Adolescente Ed. Grijalbo 1ª Edición

Herman Corti. (1986). Un Camino Seguro Para Sobrevivientes De Abuso Sexual. Ed. Pax México.

Heise, Pitanguy & Germain Dibs (1996). Educación De La Sexualidad A Través De Cuentos, Ed. Fontamara

Hite, S. (1992). Informe Hite. Sexualidad masculina. Barcelona. Plaza y Janes

Investigadores de la División de Investigaciones Epidemiológicas y Sociales. Instituto Mexicano de Psiquiatría (IMP), 1997. México.

J. Stone y J. Church. (1973). Niñez y Adolescencia. Buenos Aires: Ediciones Hormé.

Janes Worden. (1982). Educación Sexual En La Adolescencia. Ed. Salamanca. Ice. Universidad De Salamanca.

Jumper Joann. (1995). La niñez perdida. Londres: Ediciones Wheatmark.

Kellam. (1993) La Prevención De La Violencia Juvenil Ed. Fontamara.

Kempe y Kempe, (1979). Niños Maltratados. Editorial Morata. Madrid

Kendal, Tackett, Williams & Finkelhor. (1993). The children violence, Ed. Nondik. Canada

Kroen. (2002). Como Hablar A Sus Hijos Sobre El Amor Y El Sexo. Ed. Paidós.

Kubler-Ross. (1985). El Nuevo Desorden Amoroso. Ed. Martínez Roca. Barcelona.

Laplanche Y Pontalis. (1996). Información Sexual Para El Adolescente. Ed. Paidós

Lindermann. (1944). La Educación Sexual. Guía Teórica Y Práctica. Ed. Paidós.

López Ramírez M. E., (2003). Relación de los mecanismos de defensa y los trastornos de la personalidad y su relevancia para la psicoterapia psicodinámica de apoyo en una población universitaria Mexicana: Tesis de Maestría de Psicología Clínica y Psicoterapia. México: Universidad Anáhuac.

Maciá Antón Diego, (1998). Las drogas: Conocer y educar para prevenir. Ediciones Piramide. Madrid.

Mancilla Araceli. Los instantes de las drogas. Editorial. Almadía. España. 2009

Mancilla. (1991). Cultura Y Sociedad En Las Prácticas Sexuales. Madrid. Ed. U.N.E.D. Fundación Universidad Empresa.

Maribel Adolescencia y Duelo Revista Científica Electrónica De Psicología ICSa-UAEH No.4 Instituto de Ciencias de la Salud, Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo / IPN. Recuperado en <http://dgsa.uaeh.edu.mx/revista/psicologia/IMG/pdf/No.4-5.pdf>

Matilde. (1995). El Sexo. Ed. Scyla Editores

Medina-Mora, M. E., Rascón, Ml. Tapia, R., Mariño, Mc., Juárez, F., Villatoro, J., Caraveo, J., Gómez, M. (1992) Trastornos Emocionales En Población Urbana Mexicana: Resultados De Un Estudio Nacional. En: Anales 3. Reseña De La VII Reunión De Investigación. Instituto Mexicano De Psiquiatría.

Montané Lozoya, Joan. (1998) Abusos Sexuales En La Adolescencia. Alianza Editorial. España.

Montesinos. 2006. Deshacer El Género. Ed. Paidós Mexicana

Montoya. J. (2003). Educación Sexual De Adolescentes Y Jóvenes. Madrid. Ed. Siglo XXI.

Moreno, Kena. Cómo proteger a tus hijos contra las drogas. Centros de Integración Juvenil, A. C. México 1999.



Moyer DM, Di Pietro L, Berkowitz RI, Stunkard AJ. Childhood sexual abuse and precursors of binge eating in an adolescent female population. *Int J Eat Disord* 1997;21:23-30.

Muñoz Aguilar, Gaxiola y Guzmán. *Manual de Terapia de Grupo*. Editorial PAX México. 1986

O'connor. (1990). *La Sociedad Rosa*. Barcelona. Ed. Anagrama

Organización De Las Naciones Unidas (ONU).

[www.Un.Org/Depts/Dhl/Resguide/Scact2009sp.Htm](http://www.Un.Org/Depts/Dhl/Resguide/Scact2009sp.Htm)

Organización Panamericana de la Salud. *El adolescente y su entorno*. Chile (1994).

Ortiz A. (1985). *Adolescencia: fenómeno psicosociocultural*. En: *Salud, Sexualidad y Adolescencia, Guía práctica para integrar la orientación sexual en la atención de la salud de los adolescentes*. Editorial Pax México.

Pangrazzi. (1993). *¿Es Posible Coeducar En La Actual Escuela Mixta?*. Bilbao. Ed. Maite Canal.

Papalia, Duskin & Wendkos. (1992). *Desarrollo Psicológico*. Ed. Mc Graw Hill

Parkes. (1972). *Pedagogía De La Sexualidad*. Barcelona. Ed. Uce. Universidad De Barcelona.

Persons. (1980). *Como Hablar Con Tus Hijos Sobre Sexo*. Barcelona. Ed. Granica.

Peters DK, Range, LM. Childhood sexual abuse and current suicidality in college women and men. *Child Abuse Negl* 1995; 19:335-341.

R.W. Ramsey. (1979). *Carpetas Didácticas De Educación Afectivo-Sexual Para La Escuela*. Ed. Las Palmas

Ramos-Lira L, Saldívar-Hernández G, Medina-Mora ME, Rojas-Guiot E, Villatoro-Velázquez J. Prevalencia de abuso sexual en estudiantes y su relación con el consumo de drogas. *Salud Publica Mex* 1998;40:221-233.

Raphael Jean. (1984). Guía Práctica De Información Sexual Para El Educador. Pamplona. Ed. Medusex.

Reacción de duelo; José Ángel Macías, Carmen Parrado Prieto Diagnostico y tratamiento de los trastornos de ansiedad en atención primaria; págs. 3 – 9, año 1999; España. Recuperado en:

Reacciones al Duelo; Joan Altet Torné, Fernando Boatas; Informaciones Psiquiatricas 1º semestre 2000, Nº 159, España. Recuperado en:

Redondo, C., Galdó, G. y García, M. (2008). Atención al Adolescente. España: PubliCan.

Revista del IX Congreso Nacional de Medicina General, Alejandro Carbajal. 2000. Mexico.

Robert Burt. (1994). Sexualidad Y Juventud. Historias Para Una Guía. Ed. Trillas. Madrid.

Rosenblatt. (1976). Manual Ilustrado De Terapia Sexual. Barcelona. Ed. Grijalbo.

Rossello & Bernal. (1999).Sexualidad Y Sexismo. Ed. U.N.E.D. Fundación Universidad Empresa.

Russell. (1983). Guía Sexual Para El Adolescente, Ed. Editorial Y Distribución Multilibros

Rutter, M. Giller,H. y Hagell,A. (2002).- La conducta antisocial de los jóvenes. Madrid. Cambridge.

Shapiro, David. A. Estilos Neuroticos. Ed. Gaia. Madrid 1988.

Solís Josefina. (1996) Autoestima, autoconcepto y salud mental. Psicología y Salud.

Tapia Conyer Roberto (2001). Las Adicciones: Dimensión Impacto y Perspectivas. México: Manual Moderno.

Tizón, Jorge (2009). Pérdida, pena, duelo: Vivencias investigación y asistencia. Barcelona: Paidós.

Torres (2000). Sexualidad De Nuestros Hijos, La. Ed. Ángeles Editores

Urruzola, M.J. (1991) Aprendiendo a amar desde el aula. Manual para escolares. Bilbao. Maite Canal.

Vaugier Y Jiménez. (1994). La Sexualidad Explicada A Los Hijos. Barcelona. Ed. Ate

Vázquez-Barquero José Luis. (1999). El Duelo y las Experiencias de Pérdida, Psiquiatría en Atención Primaria., España: Libros Princeps- Biblioteca Aula Médica

Villatoro. (1998). El Vinculo Del Placer. Barcelona. Ed. Grijalbo.

Viñar, M y M. Fracturas de la memoria. Pedro o la demolición, Ed. Trilce, Montevideo. 1993; 2: 11-12

Viurts. (1990). Guía Para Padres. Madrid. Ed. Cultural S.A. De Ediciones.

Walker (1989) Orientación Sexual Paidós Mexicana

Worden.(1997). Penelope O Las Trampas Del Amor. Madrid. Ed. Mare Nostrum.