

Por otra parte hay que reseñar que la Consulta Joven, o en su defecto la Clínica Escolar de Adolescentes, son dos pilares básicos en la moderna atención integral y se diferencian de los clásicos Servicios de Salud Escolar en que en aquellas no solo se hace detección de problemas sino también seguimiento y tratamiento, aportando un enfoque global en educación y atención sanitaria.

Recordemos a modo de ejemplo que la Academia Americana de Pediatría incluye entre las actividades del pediatra tareas impensables hasta hace poco tiempo como la prevención de la violencia, y que su papel como asesor sanitario-social será cada vez más importante en una sociedad cambiante, en la que es necesario fomentar el desarrollo de los factores protectores, de la resiliencia, como medio para evitar importantes conflictos en los adolescentes.

BIBLIOGRAFÍA

1. Elster AB, Kuznets NJ. Fundamentos y recomendaciones: prestaciones de servicios sanitarios a los adolescentes. Guía de la AMA Para Actividades Preventivas en el adolescente (GAPA). Madrid: Díaz de Santos; 1995.
2. Navarro González J. Estudio sobre la situación actual y posibilidades futuras de la asistencia al adolescente. *An Esp Pediatr* 1996; Supl. 80: 69-70.
3. Brañas Fernández P. Unidad de Formación Insalud y SCCALP. Santander 1996.
4. Sam Yancy W. Práctica en el consultorio. Medicina del adolescente. Mc Anarney, Kreipe, Orr, Comerci. Edit. Panamericana; 1994. p. 186-189
5. Kaplan AW. Centros de Salud escolares: Atención Primaria en la escuela secundaria. *MTA Pediatría*, vol XVII. nº 8.

3. INTERVENCIÓN EN LA SEXUALIDAD INFANTIL Y ADOLESCENTE

Félix López Sánchez

Catedrático de Psicología de la Sexualidad. Universidad de Salamanca

INTRODUCCIÓN

En nuestras dos ponencias vamos a exponer de forma muy breve los principales conocimientos de la sexualidad

infantil y adolescente poniendo el énfasis en la intervención. Para ello indicaremos los principales problemas que pueden plantearse en cada una de estas etapas y ofreceremos consejos para padres, educadores y profesionales.

SEXUALIDAD INFANTIL PREPUBERAL

Estudios realizados

Aunque algunos aspectos de la sexualidad infantil, como la adquisición de la identidad sexual y el rol de género, han sido muy estudiados (López 1988; Fernández, 1996), otros aspectos como las conductas sexuales infantiles han sido y siguen siendo muy poco investigados. Las razones de esta ausencia de estudios son numerosas, pero queremos destacar dos de ellas: estamos en una cultura que niega la existencia de la sexualidad infantil por considerar peligrosas sus manifestaciones y hay dificultades éticas para estudiarlas de manera experimental, a través de observaciones o a través de preguntas directas a los menores.

De hecho, los pocos estudios que se han realizado tienen numerosas limitaciones:

a) Los estudios psicoanalíticos, a partir de recuerdos reelaborados en situación de análisis, permitieron descubrir la existencia de la sexualidad infantil y su posible importancia para el resto de la vida, pero se basan en presupuestos discutibles, como el complejo de Edipo o el periodo de latencia y, en todo caso, nos ofrecen datos de sujetos clínicos.

b) Los estudios antropológicos, como los de Malinowski, tienen la ventaja de basarse en observaciones de conductas hechas en un contexto natural y sin prejuicios pero pertenecen únicamente a algunas culturas. Nos indican más cómo podría ser la sexualidad infantil, si se dieran ciertas condiciones, que cómo es entre la mayoría de los pueblos actuales (Malinowski, 1929).

c) Los datos obtenidos a través de cuestionarios o entrevistas de muestras de la población no clínica, como los obtenidos por Kinsey y Ramsey tienen la ventaja de ofrecernos datos no clínicos, ofrecidos por los propios actores de las conductas, pero plantean problemas sobre la veracidad de la memoria y sobre el verdadero significado de estas conductas (Broderick, 1973; Kilpatrick, 1992; Kinsey, 1948, 1953; López, del Campo, Guijo, Palomo, 1997; Ramsey, 1943).

d) El uso de los padres (Friedrich, Grambsch, Brough-

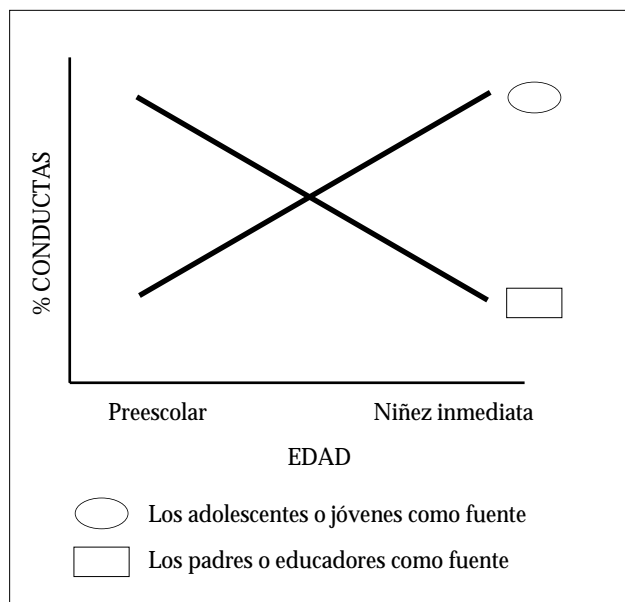


Figura 1. Diferencias según la fuente de información (gráfico conceptual)

ton, Kuiper y Beolke, 1991) y de los educadores (Lindblad, Gustafsson, Larsson y Lundin, 1995) tienen la ventaja de ofrecernos datos de observación referidos al presente, pero nos muestran observaciones muy limitadas a pesar de tratarse de personas que pasan mucho tiempo con los niños. En efecto, los niños aprenden pronto a ocultar su sexualidad a los padres. Por ello, cuando se pregunta a los padres y educadores los resultados parecen demostrar que las manifestaciones sexuales disminuyen con la edad mientras que cuando se pregunta a los actores, el resultado es el contrario, como refleja el gráfico conceptual de la figura 1.

MANIFESTACIONES Y PROBLEMAS DE LA SEXUALIDAD INFANTIL

La masturbación

Algunos datos

Cuando el niño y la niña nacen tienen una anatomía y fisiología sexual perfectamente definida, que no va a sufrir cambios importantes hasta la pubertad. Aunque la anatomía es infantil (de menor tamaño, sin vello púbico y sin desarrollo de las mamas) y aunque las capacidades de eyacuación y ovulación (y, por tanto, de reproducción) no apare-

cen hasta la pubertad, la fisiología del placer sexual está claramente desarrollada: tienen sensibilidad sexual especialmente de los órganos genitales y la capacidad de erección en el varón y vasocongestión en la mujer. Algunos niños y niñas descubren muy pronto estas capacidades y se autoestimulan, como veremos. Para algunos autores incluso se debe reconocer que los niños, desde el primer año de vida, tienen capacidad de tener una respuesta sexual humana que puede llegar, en algunos de ellos, al orgasmo, porque pueden reconocerse los cambios propios de éste: respuesta a la autoestimulación, erección y vasocongestión, movimientos rítmicos de la pelvis, cambios en el ritmo cardiaco y respiratorios, cambios en la coloración de la piel, pérdida de atención al entorno, contracciones pélvicas y relajación posterior (Masters, Johnson y Kolodny, 1992).

La frecuencia de la masturbación es mucho mayor de lo que se suele creer, tanto en niños como en niñas aunque las fuentes de investigación no son muy precisas. En una investigación reciente (López, Guijo, Del Campo y Palomo, 1997) en la que usamos tres fuentes de información, padres, educadores y jóvenes, referidas a los 11 primeros años de vida, encontramos que:

- El 28% de los jóvenes recuerdan haberse masturbado con la mano y el 16% con un objeto.
- Los padres han observado en el 13% de los hijos masturbación con la mano y en el 5% con un objeto.
- Los educadores han observado en el 20% de los alumnos masturbación con la mano y en el 8% con un objeto.

Otras investigaciones apuntan en la misma dirección. Estas conductas tienen para los niños un claro significado sexual hasta el punto que el 5% de ellos cree haber llegado a tener orgasmos antes de la pubertad.

Masturbación saludable y masturbación como problema

Descubrir el placer sexual con conductas autoeróticas y repetirlas debe considerarse una conducta saludable y de buen pronóstico. Esta conducta se autorregula con diferencias individuales muy importantes, y se aprende a practicar en la intimidad. Los indicadores de masturbación saludable más importantes son:

- La capacidad de autocontrol, de forma que puedan posponer la conducta si lo desean.
- El practicarla en la intimidad (no en público, ni de forma exhibicionista), a partir de los tres o cuatro años.

- c) El que resuelvan la tensión excitación-sexual, de forma que no necesiten repetir una y otra vez esta conducta durante largos periodos de tiempo.
- d) El que lo hagan en condiciones de higiene y sin usar objetos que entrañen peligro.
- e) El que no instrumentalicen sus fines para llamar la atención o como respuesta que sigue a los conflictos.
- f) El que no sea la respuesta a un prurito o infección.
- g) El que no vaya acompañada de sentimientos de culpa.
- h) El que no haya sido aprendida en una situación de abuso sexual, problema del que hablaremos más tarde.

Por consiguiente, si el niño o la niña no pueden contener el deseo de masturbación, la practican en público o con fines exhibicionistas, no resuelven la tensión, usan objetos peligrosos, sufren algún problema médico que les lleva a tocarse una y otra vez, la instrumentalizan, se sienten culpables o han sido inducidos en una situación de abusos se debe intervenir.

La intervención debe cumplir siempre una precondición: dejarle claro al menor de que se trata de una conducta que puede practicar con libertad, si aprende a cumplir los criterios de salud antes señalados. Por ejemplo, diciéndole "veo que te gusta, está bien, puedes hacerlo cuando quieras, pero no en la clase".

En algunos casos es posible que haya que recurrir a técnicas de autocontrol e incluso a sacarle de clase o del salón de estar, por ejemplo, para que aprenda a hacerlo en la intimidad. En otros, es importante enseñarles a afrontar los conflictos de forma ética, dedicarles atención sin necesidad de que recurra a esta conducta, enseñarles normas elementales de higiene (especialmente necesario en el caso de discapacidades psíquicas), descartar una infección, indicarles que no lo hagan con un objeto peligroso y detectar posibles casos de abuso. Más difícil es que los padres y educadores puedan llegar a dar instrucciones en positivo (sobre como hacerlo mejor) en aquellos casos que los niños sean poco hábiles (por discapacidad u otras razones).

Debe tenerse en cuenta que, por lo que se refiere a la sexualidad infantil prepuberal, en torno al 70% de los menores no descubre el placer del autoerotismo o, por otras razones, no practica la masturbación. Es importante señalar que esta historia sexual prepuberal no tiene tampoco mal pronóstico. Por ello los menores no deben ser alentados directa o indirectamente a que se masturben. Aceptar el mode-

lo biográfico-profesional (López y Oroz, 1999) es lo más indicado. Es decir, aceptar con benevolencia las biografías posibles en este sentido: descubrir la masturbación y practicarla, no descubrirla o descubrirla y decidir no practicarla.

Los niños hacen preguntas

Las preguntas que hacen

Los deseos de conocer e interpretar las diferencias corporales y las conductas sexuales propias y de los demás les lleva a hacer numerosas preguntas y a formular algunas teorías infantiles.

Las preguntas se suelen referir a las diferencias anatómicas y el vestir de los varones y mujeres; al origen de los niños, lugar por donde nacen, como se hacen, desarrollan y alimentan y respiran; el significado de las conductas sexuales que observan y que no pueden entender: besos largos, caricias sexuales, etcétera.

Estas preguntas son muy espontáneas y reiteradas entre los tres y seis años de vida. Posteriormente depende de la actitud de los padres y educadores el que continúen planteándolas o el que se limiten a hablar de estas cosas con sus compañeros ocultando sus inquietudes a los adultos

Criterios de respuesta

Las respuestas a las preguntas deben hacerse tanto en la familia como en la escuela. Los criterios para hacerlo son los siguientes:

- a) Contestar cuando preguntan, no postergando la respuesta, especialmente con los más pequeños. Si en educación sexual escolar se va a tratar el tema posteriormente, puede darse una respuesta corta, indicándole que se tratará más en profundidad.
- b) Responder con naturalidad, en la misma situación que se plantea la pregunta sin darle especial énfasis o misterio, es decir como una pregunta más.
- c) Puede responderse delante de menores de diferente edad, porque no hay que dosificar la información, sino adaptar la respuesta al que pregunta. Los demás podrán hacer nuevas preguntas, si lo desean.
- d) Usar un vocabulario popular (si no expresa sexismo, agresividad o es malsonante) en la familia con los más pequeños y, posteriormente, se debe ir introduciendo el vocabulario técnico, especialmente en la escuela. El voca-

bulario popular y técnico pueden coexistir y favorecer el realismo de las respuestas.

- e) No ocultar información en la respuesta, sino adaptarla a cada edad. Y es preferible que no entiendan bien ciertas cosas a que los ocultemos informaciones.
- f) Procurar dar respuestas correctas y buscar la información si no se dispone de ella.
- g) Conseguir dar una visión positiva de la sexualidad en todas las respuestas.

Por ejemplo, aplicado a los diferentes tipos de preguntas:

- Hablar positivamente del hecho de ser niño o niña, de forma que se queden satisfechos con respecto a su identidad. No se trata de comparar sino de dar una visión positiva de las dos identidades.
- Indicar que tienen el hijo porque se quieren y lo desean, que están encantados con el embarazo y que el parto aunque cuesta, es una gran alegría.
- Señalar que tienen las conductas sexuales (besos, por ejemplo) porque les gusta, lo desean, se lo pasan bien y se expresan cariño.

Juegos de imitación

Los juegos

Las conductas sexuales que observan los niños son muy numerosas especialmente a través de los animales, la familia, el entorno y los medios de comunicación. Los niños reproducen con frecuencia algunas de estas conductas en los juegos y primeras experiencias sexuales. En los juegos reproducen conductas concretas o secuencias amplias propias de los diferentes roles. A través de los juegos pueden tocarse, explorar el cuerpo de los demás, reproducir conductas de los adultos, divertirse, aprender a relacionarse, etcétera.

Los padres y educadores afirman haber observado juegos de contenido sexual en aproximadamente el 80% de los menores (López y Otros, 1997). Aunque éstos son muy diversos y van desde juegos de la imitación de algunos roles (de médico, novios, padres, por ejemplo) o la explicación de cuerpo del otro, hasta intentos de conducta coital.

La mayor parte de ellos son juegos de imitación, aunque también están motivados por la curiosidad y, en algunos casos, incluso es una forma de buscar contactos sexuales con una motivación de placer.

Los criterios de intervención

Los juegos sexuales entre menores de similar edad, si participan voluntariamente son, en general, saludables y tienen buen pronóstico para la salud sexual posterior.

Sólo tiene sentido la intervención de los adultos si:

- a) Hay una clara asimetría de edad o nivel de desarrollo entre los menores, de forma que unos puedan ser manipulados por los otros.
- b) Unos menores imponen estos juegos a otros que no desean participar. En este caso siempre tiene razón el que no quiere.
- c) Van acompañados de obsesión continua con la sexualidad, que se transfiere de unos menores a otros.
- d) Imitan conductas sexuales claramente propias de adultos (sexo oral, por ejemplo), que han debido aprender de la pornografía o en situación de abusos.
- e) Entrañan peligro de daño físico (por ejemplo introducción de objetos en la vagina).
- f) El contenido es sexista o agresivo (por ejemplo, imitar una violación).

La intervención debe dejar siempre claro que se reconoce y acepta la sexualidad infantil, salvo en los casos indicados. En general los adultos deben limitarse a ser benevolentes no prestando demasiada atención a los juegos de contenido sexual de los menores, salvo los casos afectados por los criterios señalados en los que se debe intervenir para evitar las situaciones asimétricas, la obsesión y el abuso.

OTRAS MUCHAS CONDUCTAS SEXUALES. EL PROBLEMA DE LOS ABUSOS

En la Tabla I se resumen las conductas que recuerdan los jóvenes haber realizado antes de la pubertad (López y otros, 1997).

Los recuerdos de los jóvenes, tal y como expresa este cuadro, son más ricos que las observaciones de los maestros y de los padres, lo que viene a demostrar que la conducta sexual es, en buena medida, ocultada, especialmente a partir de los seis años.

La variable sexo es la que tiene mayor poder de predicción de los resultados, casi siempre en el sentido de más frecuencia de manifestaciones sexuales en los chicos.

En preguntas complementarias afirman que los moti-

TABLA I. FUENTE: JÓVENES. CONDUCTAS SEXUALES PREPUBERALES RECORDADAS

% de conductas observadas recordadas (antes de los 11 años)				
Items	Nunca	De 1 a 5 veces	De 6 a 20 veces	Más de 20
1. Hacer preguntas	20	47	8	5
2. Hacer comentarios	12	52	27	9
3. Participar en juegos	3	39	38	20
4. Tocarse los genitales delante de los demás	82	13	4	1
5. Tocarse los genitales cuando cree estar solo	42	30	19	9
6. Masturbarse con la mano	72	14	9	5
7. Masturbarse con objeto	84	10	4	2
8. Ver zonas sexuales de otros	27	46	18	9
9. Palabras de contenido sexual	39	39	15	8
10. Tocar los pechos	64	26	8	2
11. Tocar los genitales	76	17	6	2
12. Mostrar genitales a niños	71	23	3	2
13. Mostrar genitales a adultos	77	17	4	2
14. Imitar con juguetes conductas sexuales	51	28	15	6
14. Imitar besos	37	36	20	7
15. Imitar coito	80	14	6	1
16. Caricias con niño o niña	71	19	8	2
17. Intentos de coito	91	7	2	0
18. Seducir niño	46	36	14	4
19. Seducir niña	91	4	4	1
20. Excitación sexual	53	27	15	5
21. Enamorarse de niño	30	39	24	7
22. Enamorarse de niña	86	8	4	2
23. Interés por pornografía	52	32	9	7
24. Fantasías sexuales	49	30	14	7
25. Observar cond. de padres	67	23	7	3
26. Conductas con adultos	94	3	2	1
27. Cond. sexuales impuestas	94	4	1	1

vos de estas conductas sexuales fueron la curiosidad (75%), imitación (29%), juego (76%), placer (34%) y abuso sexual (4%). Numerosos niños y niñas tuvieron una clara experiencia de excitación sexual (31% no tuvo experiencia de la excitación sexual, 41% se excitó poco, 22% mucho y 5% tanto que cree que llegó alguna vez al orgasmo). Un número importante de menores se sintió muy (10%) o un poco (42%) culpable; mientras casi la mitad (48%) no tuvo sentimiento de culpa.

Hay que destacar que el 52% asegura que sentía algún grado de culpabilidad y que el 25% afirma haber tenido una

historia sexual bastante o muy inadecuada. Algo que no puede extrañarnos si tenemos en cuenta que el 40% dice que tuvo bastante o muy mala información por parte de los padres y el 56% afirma también que tuvo bastante o muy mala información de los maestros.

De todas estas conductas el mayor problema son los abusos sexuales a menores: lo veremos de forma globalizada al analizar la adolescencia.

PROCESOS BÁSICOS Y PROBLEMAS

Además de las conductas y problemas señalados, hay dos procesos básicos prepuberales que condicionan la sexualidad infantil y adulta: las relaciones afectivas con los padres, la adquisición de la identidad sexual y la moral sexual.

Las relaciones afectivas y la sexualidad

Los niños necesitan establecer vínculos afectivos muy fuertes e incondicionales con algunas personas. Es imprescindible que al menos, se vinculen a una persona, pero es mejor que se vinculen con varias. Sea cual sea el tipo de familia en el que el menor nace, es fundamental que pueda vincularse para sentirse seguro, que le cuiden y que pueda disfrutar de las relaciones afectivas íntimas.

En estas relaciones afectivas incondicionales e íntimas, los niños y niñas se juegan dos cosas fundamentales:

a) El grado de confianza o desconfianza con que se van a relacionar con los familiares, el resto de las personas, especialmente con sus amistades y, cuando sean mayores, con las personas con las que tengan intimidad sexual.

Si las relaciones afectivas en la familia han sido adecuadas se sentirán dignos de ser queridos y capaces de querer, es decir, con autoestima y seguridad suficiente para abrirse a las relaciones con los demás, disfrutar de la intimidad y adoptar compromisos si lo desean.

Si las relaciones han sido inadecuadas se sentirán inseguros, con dudas sobre su valor y capacidad desconfiando de sí mismo y de los demás, lo que les llevará a sufrir ansiedad en las relaciones o miedo a la intimidad.

Por ello, es fundamental que todo niño o niña sea deseado, aceptado, querido, protegido, cuidado y acariciado, estando los padres disponibles para consolarlos en la aflicción y gozar de la intimidad afectiva con ellos.

b) La capacidad de comunicarse, apoyarse emocionalmente y acariciarse en la intimidad sexual.

Durante los primeros años aprenden a tocar y ser tocados (sin otro límite que el del incesto y el abuso sexual), mirar y ser mirados confiadamente, acariciar y ser acariciados, abrazar y ser abrazados, decir palabras de amor y escucharlas. Y, por último, estar próximos físicamente al otro. Estas experiencias nos enseñan el código que después, de mayores, usaremos en la intimidad sexual.

Si uno no lo aprende tendrá dificultades para disfrutar y hacer disfrutar a la otra persona de la intimidad sexual.

Por eso, lo más importante son estos dos aprendizajes fundamentales: la confianza -autoestima- y los instrumentos, el código, de la comunicación íntima. Después de la infancia es muy difícil suplir estas deficiencias, aunque seguramente no es imposible.

Si los niños y niñas no tienen la suerte de tener padres adecuados, serán inseguros y desconfiados, tendrán miedo a involucrarse en relaciones de intimidad o miedo a ser abandonados.

Por eso, hay padres que han ofrecido los elementos esenciales a los hijos a pesar de haberles informado poco o nada sobre la sexualidad (los padres que han sabido quererse y querer a los hijos) y otros que pueden haber dado muchas informaciones sobre sexualidad, pero no han conseguido demostrarle que la vida y las relaciones íntimas valen la pena. Naturalmente lo mejor es hacer las dos cosas a la vez.

La adquisición de la identidad sexual y el rol de género

La identidad sexual debe ser entendida como en juicio -basado en una convicción- por el que cada persona sabe que pertenece a la categoría de mujer (soy mujer) o de varón (soy varón) basándose en sus características biológicas. El rol de género son las asignaciones (características en el vestir, manera de ser y comportarse en los distintos ámbitos) que la sociedad considera como propias de la mujer o del varón.

a) *Hasta los dos años.* En el momento del nacimiento, hoy incluso antes, la sociedad, a partir de las diferencias biológicas sexuales, fundamentalmente los órganos genitales externos, pone un nombre y asigna un rol sexuado que afecta a todos los aspectos de la vida del niño o niña: los vestidos, los adornos, la ropa de la cuna y el carrito, la habitación, los juguetes y juegos, las aficiones, las características de personalidad esperadas, la conducta deseable y las fan-

tasías sobre el futuro profesional. Antes de que el menor sepa quién es el mismo, la sociedad le asigna un rol que condicionará todo su desarrollo social. La identidad sexual de los menores es un regulador de la conducta tan importante que los adultos no saben interactuar con ellos sin antes conocer si se trata de un niño o una niña

b) *Entre los dos y los cinco o seis años.* En torno a los dos años de vida, los niños y niñas se dan cuenta de que hay dos tipos de personas diferentes (los varones y las mujeres: las niñas y los niños), que visten de forma diferente, tienen el cuerpo diferente y actúan en casi todos los contextos de forma diferente. Inmediatamente después, casi a la vez, se dan cuenta de que pertenecen a una u otra categoría. Entre los dos y tres años, salvo deficiencias específicas, todos saben con precisión que hay dos tipos de personas y que pertenecen a uno de ellos. Pero este primer juicio de autoasignación a una categoría no distingue, al menos de forma clara, entre identidad sexual y rol de género. De hecho, hasta los seis u ocho años, es fácil comprobar como por ejemplo, una niña a la que decimos que la vamos a vestir con zapatos, calcetines, pantalones, camisa, etcétera.. de niño, acaba diciendo que entonces ella se convertiría en un niño.

A pesar de que los niños y las niñas saben con toda certeza que son niños o niñas, no adquieren la permanencia de su identidad hasta los cinco o siete años. A lo largo de toda la primera infancia pueden pensar que de mayores tendrán otra identidad y que ésta depende de su voluntad. De forma que, por ejemplo, un niño de tres años puede creer que de mayor será "una mamá".

Pero a pesar de estas limitaciones, la identidad sexual y el rol de género se convierten para los menores, desde los dos años, en un esquema que condiciona las percepciones, la interpretación de la realidad, los recuerdos y su significado, la recuperación de lo recordado y, sobre todo, los comportamientos. Toda la realidad, la de los objetos, el lenguaje y las relaciones sociales, es sexuada y los menores aprenden lo propio de cada uno de ellos, usando constantemente como regulador el esquema de género aprendido.

c) *A partir de los cinco o seis años.* La adquisición de la permanencia en la identidad y la diferenciación entre características anatómicas estables e incambiables y de rol (sociales y cambiantes) requiere capacidades de razonamiento que parecen estar asociadas al periodo de operaciones concretas. Cuando un menor sabe que tiene una identidad para siem-

pre, que no depende de su voluntad, que ésta se fundamenta en las características de su cuerpo y no del rol social asignado podemos hablar de permanencia de la identidad sexual y diferenciación entre identidad sexual y rol de género.

El problema mayor que puede presentarse en este campo es el "problema de identidad en la infancia": cuando un menor dice pertenecer al sexo contrario del que realmente tiene, es decir, cuando teniendo una biología de varón se muestra convencido de ser una niña y a la inversa. Aunque en estos casos también suelen preferir jugar con las personas del sexo distinto al suyo y vestir como ellas, el que esto ocurra no es suficiente para definir un problema de identidad en la infancia; es decir, éste se produce cuando dice estar convencido de pertenecer al sexo distinto al que realmente tiene. Si esta convicción la mantienen durante algunos meses y no tiene su origen en delirios psiquiátricos, estamos ante un verdadero problema de identidad. Este debe ser consultado con un especialista, a la par que padres y educadores no deben:

- Castigar al menor por este motivo, ya que es un problema que depende de la voluntad del menor.
 - Tampoco premiar de una u otra forma (por ejemplo dándole demasiada atención o haciendo bromas del tema).
- Por el contrario, sí deben:
- Etiquetarle correctamente, señalándole su verdadera identidad "eres un niño o eres una niña".
 - Decirle que está, además, muy bien hecho o hecha.
 - Y que podrá vivir muy bien conforme a su identidad.
 - Reforzándole cualquier manifestación que se corresponda con su sexo: vestidos que se pone, adornos, juguetes y juegos.

La moral sexual

Hasta los seis u ocho años tienen una moral preconvencional. En los primeros años son espontáneos y manifiestan su sexualidad sin darse cuenta que puede estar en contradicción con las normas sociales (por ejemplo, masturbándose en público), pero muy pronto, a partir de los tres años aproximadamente se dan cuenta de determinados convencionalismos o normas sociales y empiezan a regular las manifestaciones de su sexualidad por miedo a ser castigados de una u otra forma, aunque no hayan interiorizado el valor de las normas (son preconconvencionales).

A partir de los seis u ocho años van interiorizando la moral sexual convencional haciéndola suya y regulando, por tanto, la conducta sexual no sólo para evitar castigos externos, sino para no sentirse culpables. Es el periodo, hasta la adolescencia, de mayor dependencia de la moral sexual dominante, por cierto hoy muy contradictoria y confusa por el uso que de la sexualidad hace la cultura de masas.

Por ello es fundamental que no se transmitan valores sexofóbicos, ni una moral represiva que pueda condicionar la sexualidad infantil y adulta de forma negativa, generando culpabilidad, miedo y creencias erróneas.

LOS ABUSOS SEXUALES

Las dimensiones del problema

Lamentablemente no podemos dejar de hablar de otro problema que afecta a toda la infancia: los abusos sexuales de menores. Este problema ha sido silenciado (aún hoy muchos profesionales no le dan la importancia que tiene) o instrumentalizado (creando alarma y rechazando de paso la sexualidad infantil). Ambas actitudes son erróneas y ejemplos de prácticas profesionales inadecuadas

Los abusos sexuales a menores se dan cuando un adulto involucra a un menor en actividades sexuales o cuando un menor obliga, bajo alguna forma de coerción a otro menor a prácticas sexuales. Es decir, la asimetría de edad entre adulto y menor (a los políticos les concierne fijar en el código penal que grado de asimetría) y la coerción entre menores para implicar en conductas sexuales a un menor, se considera un abuso.

Este problema es tan amplio que teniendo en cuenta todas las formas de abuso (desde las caricias hasta las más implicativas de coito), entre el 20-25% de las chicas y el 10-15% de los chicos menores de 17 años han vivido este tipo de experiencias (López, Fuertes, Hernández y Carpintero, 1994). Experiencias que a corto plazo provocan claros síntomas en la mayoría de las víctimas y que a largo plazo pueden dejar secuelas, en este caso en una minoría de ellas.

Líneas de intervención

Los abusos sexuales son una forma de maltrato infantil y como tales deben ser:

- a) Prevenidos.
- b) Detectados.

- c) Denunciados.
- d) Apoyadas las víctimas.
- e) Ayudados los agresores.

Los programas de prevención (López, 1995) tienen que estar dirigidos a padres, profesores y alumnos de los tres ciclos educativos. En ellos se ofrecen conocimientos básicos sobre el tema y se entrena a los padres y profesores a proteger, detectar y reaccionar adecuadamente ante los casos de abuso y a los menores a discriminar situaciones, decir "no", pedir ayuda y ofrecer ayuda a los compañeros. En el caso de los varones adolescentes, el programa debe tener en cuenta no sólo que pueden haber sido o ser en el futuro víctimas, sino también que pueden haber sido o ser agresores.

Estos programas deben ofrecerse, en el contexto de programas más amplios sobre educación sexual, en los que se de una visión positiva de la sexualidad. En efecto, estos programas deben evitar el fomentar la idea de que la sexualidad es peligrosa y el miedo al contacto afectivo entre familiares.

La detección corresponde sobre todo a los padres y educadores, aunque también a todos los profesionales que reciben niños en sus consultas. Los padres y profesores deben estar atentos a los indicadores de los abusos y, sobre todo, a los cambios bruscos e inexplicables. Los profesionales deben conocer bien los indicadores e incluir en sus entrevistas y exploraciones este problema. Unos y otros deben crear condiciones para que el abuso sea comunicado.

La denuncia de los abusos está justificada por razones sociales (evitar que ese mismo agresor cometa más agresiones), para favorecer el afrontamiento de la víctima y para conseguir que el agresor reciba ayuda y no cometa delitos más graves y repetitivos.

La ayuda a las víctimas y a su familia es fundamental. Esta consiste, sobre todo, en que sean creídas las víctimas, valorada su valentía por comunicarlo, eliminado su sentimiento de culpa y protegidas de la posibilidad de que se repitan. En algunos casos, cuando los síntomas iniciales no se superan, esta ayuda debe incluir terapia.

Los agresores además de denunciados y controlados, con la cárcel si fuera preciso, deben ser tratados como personas que necesitan ayuda, en este caso, ayuda terapéutica específica que suele incluir estrategias para evitar situaciones de riesgo, promoción de valores éticos, empatía hacia la víctima y control de sus impulsos.

Los afectos y sus posibles problemas

Los adolescentes están muy necesitados de sentirse seguros de sus figuras de apego, a pesar de que, cuando no están afligidos o tienen problemas, pueden hacer demostraciones de autonomía que superficialmente dan la impresión de que ya no necesitan a los padres. Nada más lejos de la realidad: bajo la ambivalencia hacia los padres e incluso bajo el aparente rechazo, los adolescentes necesitan figuras de apego que les sean incondicionales. Eso sí, que también les concedan autonomía, toda la que sean capaces de usar con responsabilidad.

Los problemas mayores a este nivel son los de "soledad emocional" o carencia de vínculos con personas que se representan, sienten y actúan como incondicionales. Esta carencia es vivida con sentimientos de abandono, pérdida, inseguridad, falta de base a la cual recurrir en la aflicción.

Los adolescentes están también muy necesitados de los iguales. Con ellos se identifican y conforman su identidad de jóvenes, se comunican en aspectos que les son conflictivos con los padres, resuelven sus necesidades lúdicas, ensayan y estrenan relaciones íntimas. Necesitan, por ello, disponer de una red de relaciones sociales dentro de la cual establecer fuertes vínculos de amistad.

La falta de esta red de relaciones sociales y de amigos íntimos les hace sufrir de "soledad social" que conlleva la imposibilidad de resolver las necesidades antes descritas y sentimientos de marginación, aburrimiento y aislamiento.

Los adolescentes sienten también cada vez más la necesidad de contacto sexual íntimo y del establecimiento de relaciones de intimidad sexual con un igual que pasa a ser con menor o mayor duración su pareja. En estas relaciones tienen las primeras experiencias de intimidad sexual, se ven obligados a salir de su egocentrismo y tener en cuenta a los demás, comparten sus problemas, entrenan habilidades sociales de todo tipo: seducción, decir "sí", decir "no", quejarse, alabar o piropear y resolución de conflictos.

En relación a esta necesidad sexual, sin embargo, es preciso decir que caben biografías sexuales muy distintas, pero que son siempre muy significativas. Dar autonomía a los adolescentes para que puedan vivir estas experiencias interpersonales, tomarse en serio sus afectos, especialmente los procesos de enamoramiento, y ayudarles en los desengaños es cuanto podemos hacer. No debemos banalizar estas experiencias, hacerlas objeto de broma, o no dar importancia a

sus gozos y sus sufrimientos. Los padres, especialmente, deben estar a su lado, para que puedan comunicar sus buenas y malas noticias y para, en definitiva, disfrutar con sus logros y socorrerles en sus aflicciones.

PUBERTAD Y ADOLESCENCIA

La pubertad, como conjunto de cambios anatómicos y fisiológicos, y la adolescencia como periodo que se inicia en la pubertad y acaba conectando con la juventud, suponen un cambio profundo y generalizado en la sexualidad. Dando por supuestos los conocimientos generales sobre la evolución normal referidos tanto a la pubertad como a la adolescencia, vamos a centrarnos en aquellos aspectos o problemas que pueden requerir intervenciones especiales (no grupales), a través de la educación sexual, no propiamente terapéuticas.

La pubertad y sus posibles problemas

La pubertad normal y su gran variabilidad

La pubertad se refiere a todos los cambios anatómicos y fisiológicos que dan lugar a la maduración sexual. Supone cambios en el funcionamiento hormonal, tamaño de los órganos sexuales, aparición de los llamados rasgos sexuales secundarios, adquisición de la capacidad reproductora y desarrollo de una nueva figura corporal.

En general, los chicos obtienen ventajas sociales de una pubertad temprana dentro de la normalidad, mientras las chicas suelen vivirla de forma más problemática. La pubertad más tardía suele ser desventajosa, desde el punto de vista social para ambos sexos especialmente para los varones.

En todo caso, desde el punto de vista de la intervención, en los casos de pubertad normal, ninguna chica debería verse sorprendida por la primera menstruación sin haber sido informada: conocer su mecanismo y significado funcional, ayudarles a entender que es un indicador del funcionamiento fisiológico adecuado, hacer un enfoque positivo del significado de esta nueva capacidad desde el punto de vista de la posibilidad de procreación y de la maduración sexual general, darle instrucciones para la higiene o indicarles con precisión lo que son las prácticas de riesgo. Las chicas deben conocer también los cambios que pueden sentir a lo largo del ciclo y los casos en los que conviene que pidan ayuda

sanitaria, por sangrado excesivo o molestias que no le permiten hacer la vida normal.

Los chicos suelen aceptar sin problemas la eyaculación, pero deben recibir informaciones precisas y positivas de esta nueva capacidad, así como conocer su responsabilidad en relación a las posibles prácticas de riesgo.

Los problemas de imagen corporal

Otro aspecto esencial en la intervención en la pubertad, aun en los casos de pubertad normal, es el referido a la nueva figura corporal y su significado.

La figura corporal es objeto de atención continua en la familia y en las relaciones con los iguales. Los púberes ven cambiar su cuerpo de forma rápida, general y muy significativa, continuamente. La presión de los modelos de belleza dominantes, los comentarios de la familia y de los iguales y sus propias experiencias en las relaciones entre iguales, los hacen darse cuenta de la importancia social de la figura corporal. Por ello, la imagen corporal se convierte en la máxima preocupación para muchos púberes y adolescentes. La mayoría tiene alguna preocupación específica que les hace sufrir o sentirse inseguros hasta el punto de que la mayoría de ellos modificaría una característica corporal si pudieran cambiar algo de sí mismos.

Los modelos dominantes de belleza se convierten en una amenaza para la salud corporal y psíquica de muchos adolescentes. De hecho, los problemas de anorexia, bulimia, dimorfia y vigorexia, no dejan de aumentar tanto en chicas como en chicos adolescentes y jóvenes.

En relación más específicamente con la sexualidad, los problemas de imagen corporal pueden llevar a las personas a no atreverse a intentar seducir, rechazar, el contacto o el desnudo corporal y negarse a toda forma de intimidad corporal.

Ayudarlos a entender (López y Orzo, 1999) sus preocupaciones y sufrimientos, analizar los modelos sociales que los hacen sufrir, criticando con dureza su sin sentido, y educarles en valores positivos sobre el cuerpo y la figura corporal que sean compatibles con la salud corporal y la autoestima es fundamental. Entre estos valores venimos proponiendo formas de trabajo que fomenten el valor del cuerpo sano (cuidando la alimentación, el ejercicio, el sueño, la higiene, la prevención de accidentes, las bebidas y drogas), las habilidades sociales para las relaciones íntimas (comunicación, empatía y asertividad), la capacidad de dar y reci-

bir placer que no está vinculada a una determinada figura corporal y la estética de la diversidad (en la que cada persona pueda cultivar sus gustos y su forma personal de ser atractiva (López y cols., 1995).

Las preocupaciones más concretas en el campo sexual se refieren al tamaño o aspecto de los genitales, especialmente de los pechos y del pene, la distribución del vello, la estatura y forma corporal. Insistirles en la variabilidad, en las diferencias entre los genitales en reposo y en estado de excitación, informarles que la satisfacción sexual no depende del tamaño del pene, están entre los aspectos más importantes de la intervención. Ofrecer una visión positiva del cuerpo sexuado, usar vocabularios adecuados y positivos sobre las partes más sexualizadas del cuerpo y aceptar, si se desea, el desnudo en la intimidad, son también aspectos positivos de la intervención. Se trata, en definitiva, de hacer un discurso positivo de la sexualidad y del cuerpo sexuado ayudando a aceptar las características personales como una diversidad positiva, frente al modelo uniforme de la moda y otras expresiones culturales y sociales.

En todo caso prevenir y detectar lo antes posible sufrimientos y problemas (incluidos aquellos que se traducen en conductas alimentarias inadecuadas) es una función de padres y educadores.

La identidad sexual y sus posibles problemas

Identidad sexual y rol de género

Ya hemos descrito el proceso de adquisición de la identidad previo a la adolescencia. Cuando llega la adolescencia, los chicos y las chicas ya hace tiempo que han adquirido los elementos esenciales de la identidad. En este periodo se consolida y generaliza aún más su influencia como esquema regulador de la conducta sexual y de la conducta en general. Incluso se enriquece esta identidad no sólo por las nuevas capacidades intelectuales, sino porque se sienten perteneciendo a un grupo de iguales (chicos o chicas primero y, chicos y chicas después) que refuerza su identidad sexual de joven, frente a la familia y los adultos. Los cambios en relación con el deseo sexual, que veremos más adelante, y su seguridad en la identidad de chico/chica les empujan a acabar formando grupos mixtos de chicas y chicos, después de un largo periodo, el de la escuela primaria e inicio de la pubertad en el que tienden a encontrarse mejor en grupos separados por sexos.

Aunque la regulación social a través de los roles de género sigue teniendo mucha importancia, los adolescentes, especialmente en la medida que avanzan en edad, tienen más capacidad de analizar críticamente los roles y descubrir sus aspectos discriminatorios. Por eso, debe aprovecharse la adolescencia para que adquieran a través de modelado, el curriculum oculto y la educación sexual formal, roles igualitarios.

Dos identidades y derecho a la diversidad

Reforzar las dos identidades de varón y mujer como un hecho de diversidad que nos enriquece, de forma que chicos y chicas están satisfechos con su identidad, debe ir unido al análisis de la importancia social de los roles, la crítica de toda forma de discriminación por sexo y el reconocimiento del derecho a expresarse como cada cual lo considere más oportuno. En este sentido, somos más partidarios de defender la diversidad no discriminatoria en todas sus formas, frente a quienes para combatir el sexismo, apuestan por la androginia. Nos parece educativamente más acertado dejar que varones y mujeres, cada persona, se expresen en gustos, gestos, emociones, conductas personales e interpersonales, vestidos, adornos, actividades, juegos y profesiones, como consideren más oportuno, siempre que no haya discriminación entre los sexos. De esta forma se preservará mejor la diversidad y cada persona se sentirá más libre para acercarse a una expresión cultural considerada más masculina o más femenina o más andrógina o tan diversa que, en realidad, no pueda ser clasificada en estos términos.

Los problemas de identidad sexual

El problema mayor que puede plantearse en este sentido es el de transexualismo.

Hablamos de transexualismo en la adolescencia y en la vida adulta cuando hay (según se indica en la DSM IV):

- a) Identificación persistente y fuerte con el otro sexo (no el mero deseo de obtener las ventajas culturales asociadas al otro sexo).
- b) Malestar con el rol de género asignado o sentimiento de que es inapropiado para el/ella este rol.
- c) No estar asociado a una condición de intersexualidad física.
- d) El problema les causa ansiedad o dificultades sociales, profesionales o en otras áreas significativas.

Este problema puede haberse presentado ya en la infancia o aparecer por primera vez en la adolescencia. Con frecuencia pasan por un periodo en el que niegan la importancia de las manifestaciones de este problema o se sienten muy confusos. No es infrecuente que se sientan solos e incómodos con sus compañeros del mismo sexo, que pueden resultarles sexualmente atractivos. Es también habitual que rechacen la idea de ser homosexuales o lesbianas, puesto que se sienten con otra identidad, aunque pueden recurrir a los homosexuales para conseguir tener relaciones sexuales con personas que, desde su identidad, son del otro sexo.

Normalmente se sienten más cómodos con los compañeros del otro sexo, apreciando e imitando su rol. Es frecuente que durante un tiempo, muy variable de unos a otros oculten sus sentimientos a los demás.

No es infrecuente que crean que en realidad son hermafroditas y que si los estudian descubrirán su verdadera identidad.

El problema puede tener tal consistencia que una chica puede manifestarse absolutamente segura de que no puede quedarse embarazada en ningún caso, disimule su menstruación, se ponga objetos que simulen el pene y faja en los pechos. En el caso de los chicos el rechazo del pene y los caracteres sexuales secundarios acaba siendo muy consistente.

Si la toma de conciencia de este problema es previa o concomitante a los cambios puberales, la angustia y el rechazo de estos cambios es muy intensa.

Cuando llegan a la conclusión, con ayuda o sin ella, de que deben resolver su problema de identidad con una operación, suelen mostrarse impacientes y muy decididos, sean cuales sean las dificultades.

Todo este proceso puede ir acompañado de otros problemas asociados como ansiedad, depresión, ideas de suicidio, huida de casa y fracaso escolar.

La evolución de los adolescentes con este problema no está claro, porque ha habido pocas y limitadas investigaciones (Zucker y Bradley, 1995). Estos autores describen que de sus 44 adolescentes con problemas de identidad, el 43% habían acabado operándose, permaneciendo el resto en diferentes situaciones (esperando ser aprobados para la operación y dudas entre autclasificación como transexual u homosexual).

La **intervención** en este caso debe ir orientada a ayudar

al adolescente a clarificar su identidad y apoyarle hasta que sea mayor de edad. Los campos en los que necesitará mayor ayuda son el control de la ansiedad y el resto de los problemas antes descritos, así como sus relaciones con los padres y los compañeros. Los padres deben aceptar a su hijo/a como una persona con independencia de su identidad. Ésta, deberán ir clarificándola en la propia familia, hasta aceptar, si la transexualidad se confirma, un cambio de identidad social en la familia y en la sociedad. Durante la adolescencia el trabajo con la familia es tan importante como con el propio adolescente. Los educadores y los compañeros deben conocer la naturaleza de este problema y la necesidad de aceptar a la persona con independencia de la identidad que asegura tener. Si este proceso social se hace de forma adecuada se le ahorrarán numerosos sufrimientos al adolescente, esperará de forma más tranquila el paso del tiempo y estará, personal y socialmente, preparado (pudiendo manifestarse ya como del otro sexo en ropas, adornos y otras características), para comenzar las ayudas hormonales y quirúrgicas, cuando tenga la mayoría de edad. En todo caso, la aprobación final de la terapia hormonal y quirúrgica requiere estudios específicos y controles que son más exigentes que los elementos diagnósticos señalados más arriba, porque se trata de medidas irreversibles que afectan a todas las esferas de la vida.

Las prácticas sexuales y sus posibles problemas

En nuestra cultura se funciona con el supuesto de que los adolescentes no tienen prácticas sexuales, especialmente en relación a las relaciones coitales. Por eso las familias, la escuela y los servicios sanitarios han actuado hasta hace poco tiempo, y aun hoy en numerosos casos, como si nada hubiera cambiado. Mientras tanto, las actitudes y las conductas de bastantes adolescentes han cambiado radicalmente. Nos preguntamos en este apartado: cuáles son los hechos, qué precio pagamos, cuáles son las causas de estos hechos y qué líneas de intervención consideramos más adecuadas.

Los hechos

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

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

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

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

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

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

f) De hecho, los adolescentes tienen muchas prácticas de riesgo. Numerosos estudios señalan que éstas se dan especialmente en la primera relación y en las relaciones esporádicas. Aunque los estudios ofrecen resultados muy diversos, en torno a la mitad o más tiene la primera relación en condiciones de riesgo, ya que no usan ningún método o recurren a "la marcha atrás".

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

El precio que pagamos

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

TABLA II. LAS CAUSAS

-
1. **Causas generales:**
 - 1.1. Permisividad y no aceptación.
 - Contradicción cultural
 - Contradicción de los adolescentes.
 - 1.2. El alcohol como mediador de ocio
 - 1.3. La naturaleza de la conducta sexual
 - 1.4. Prejuicios ante el preservativo y la planificación
 - 1.5. Características de los adolescentes
 2. **Características personales.**
-

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

Un problema especial del que ahora hemos tomado verdadera conciencia es el de los abusos sexuales a menores, de él hablaremos más adelante de forma específica.

Las causas

Las causas son muy complejas como hemos analizado con detalle en otros escritos (López y Oroz, 1999). Tienen que ver con los planteamientos contradictorios de nuestra sociedad sobre la sexualidad de los adolescentes (a los cuales permite, incita y sobreestimula, a la vez que les niega informaciones y ayudas), las características de los propios adolescentes (su tendencia a asumir riesgos, minusvalorar lo que dicen los adultos, dejarse presionar por los compañeros y buscar nuevas experiencias), la naturaleza de la pulsión sexual (que provoca una alta motivación y un refuerzo inmediato muy grande, frente a posibles riesgos, que no son seguros y se manifestarían, en todo caso, en el futuro) y la tendencia a consumir alcohol como mediador de ocio (desinhibiendo los deseos sexuales, disminuyendo la conciencia de riesgo, haciendo más improbable las prácticas seguras, fomentando el descontrol y hasta la posibilidad de recurso a la agresión sexual). (Tabla II).

La intervención

Teniendo en cuenta los factores señalados, no es fácil conseguir llevar a cabo intervenciones eficaces porque en muchos casos no se dan las condiciones sociales para el éxito de éstas:

la no aceptación de que los adolescentes puedan ser sexualmente activos, como causa general, y el silencio familiar y escolar, y la falta de asistencia en planificación sexual específica para jóvenes, como factores más concretos, condenan al fracaso la mayor parte de las intervenciones.

Para que las intervenciones puedan tener un alto grado de eficacia se necesitan varias precondiciones:

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

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

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

- Informales de cuales son las prácticas seguras

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

- Adecuadas informaciones.
- Una visión positiva de la sexualidad.
- El reconocimiento de las diferentes biografías sexuales (unos sin relaciones y otros con ellas).
- Conocer los riesgos reales de embarazo, SIDA, ETS y aumentar la conciencia de riesgo con testimonios reales.
- Entrenarles, en situaciones simuladas, en las prácticas de sexo seguro.
- Poner a su disposición informaciones sobre los recursos materiales como el preservativo y asistenciales como los centros de asesoramiento a jóvenes.

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

Los adolescentes deben aprender que tienen derecho a tener biografías sexuales diferentes, sin relaciones sexuales o con ellas, que la familia, la escuela y la sociedad están dispuestas a ayudarles a vivir su biografía sexual sin riesgos, que éstos riesgos son difíciles de evitar si no se reconocen como sexualmente activos (siempre que haya alguna posibilidad de que lo sean), aumentan su conciencia de riesgo, aprenden a decir "no" cuando esto es lo que quieren (reconociendo el derecho a ser diferente, distinto de los demás,

si es el caso), sepan ser asertivos con sus posibles parejas (no dejándose presionar y exigiendo condiciones de sexo seguro) y dejen de usar el alcohol como mediador de ocio.

La orientación del deseo y sus posibles problemas

La orientación del deseo heterosexual

La orientación del deseo, aunque puede tener antecedentes más o menos claros, se especifica y consolida en la adolescencia. En la mayor parte de los casos no causará sorpresa dado que chicos y chicas suelen tener la orientación del deseo que la sociedad y ellos mismos esperaban tener: la orientación heterosexual. Esta orientación le lleva a deseos de tener contactos sexuales con el otro sexo, fantasear relaciones románticas y sexuales con personas del otro sexo, buscar la compañía de las personas del otro y hasta, en bastantes casos, sentirse enamorado de alguien del otro sexo.

Los posibles problemas

Si incluimos aquí la homosexualidad o el lesbianismo como posible problema en la adolescencia es porque con frecuencia causa sufrimientos a estas personas y de hecho muchas veces los profesionales son consultados por los propios adolescentes o los padres.

- *Situaciones de cierta confusión, duda, miedo o culpa por tener o haber tenido actividades sexuales con personas del mismo sexo.*

En los juegos sexuales prepuberales o puberales es frecuente que aparezcan algunas formas de contacto sexual con personas del propio sexo. Cuando esto es vivido o recordado puede crear alguna duda, confusión o miedo en chicos y chicas que, sin embargo, son heterosexuales.

En estos casos, informales de esto hecho y comunicarles que es perfectamente normal y, sobre todo, aclararles que no hay ninguna razón para temer la homosexualidad o el lesbianismo, como veremos más adelante, es lo fundamental.

- *La homosexualidad o el lesbianismo en la adolescencia.*

Muy distinta es la situación que se crea en los chicos y chicas que se ven sorprendidos con una orientación del deseo que no se esperaban y que, en muchos casos, acepta mal su entorno. Incluso, a veces, tardan tiempo en saber lo que les pasa, especialmente si no están bien informados.

Los adolescentes suelen contar sus dudas en primer lugar a los amigos. Pero no es infrecuente que acaben haciendo

una consulta ellos mismos o sus padres, si llegan a conocer estos hechos. Las consultas y los problemas se presentan con mayor frecuencia y más pronto en los homosexuales que en las lesbianas, seguramente porque los chicos homosexuales se interesan más abiertamente por la sexualidad que las lesbianas. En efecto, las chicas lesbianas suelen retrasar más la manifestación de sus intereses sexuales. Otras veces el motivo de la consulta se presenta por otros motivos, como ansiedad, depresión, fracaso escolar o huida de casa, que ocultan una homosexualidad no aceptada.

Estos problemas no son inherentes a la homosexualidad y al lesbianismo sino que son la consecuencia de la dificultad que plantea la "toma de conciencia" de que se tiene una orientación del deseo minoritaria, inesperada, rechazada por buena parte de la sociedad, en un mundo en la que la única orientación del deseo que se expresa públicamente es la heterosexualidad.

De hecho es muy frecuente que pasen por un periodo de negación, confusión o sentimiento de rareza. Incluso no es infrecuente que, especialmente los varones, intenten ponerse a prueba con las chicas para autodemostrarse que son heterosexuales.

Troiden (1989) y entre nosotros en una tesis que hemos tenido la fortuna de proponer y dirigir, Soriano (1996) han demostrado que pueden distinguirse fases, con frecuencia conflictivas, en el proceso que tienen que hacer los homosexuales y lesbianas:

- a) Sensibilización: sensaciones y sentimientos de atracción homosexual.
- b) Confusión: dudas, inseguridad, miedos y autoconocimiento inadecuado.
- c) Asunción: la autodesignación como homosexual o lesbiana y la aceptación de este hecho como indudable.
- d) Confirmación o aceptación que puede incluso permitirlos definirse ante los demás como homosexuales o lesbianas.

En relación a la sexualidad prototípica de homosexuales y lesbianas, es bien significativo que los homosexuales, como indicábamos más arriba, estén más y más pronto motivados por la actividad sexual, mientras las lesbianas suelen ser más románticas. Entre los problemas prácticos que se les plantean están: ser una minoría y, por tanto, resultarles más difícil encontrar pareja, no poder manifestar públicamente sus conductas, tener que recurrir a "ambientes espe-

ciales" donde encontrar personas con la misma orientación, no haber sido modulados por el aprendizaje social tan manifiesto en el caso de la heterosexualidad, tener que vivirlo en secreto o con grandes tensiones familiares o escolares. De hecho, son aún muchos los padres que tienen dificultades para aceptar en sus hijos esta orientación del deseo, llevándoles, en los casos más extremos, a marcharse de casa, tomar alcohol o dedicarse a la prostitución.

La **intervención** en este caso tiene que ser múltiple:

- Informar a los prepúberes, púberes y adolescentes de la existencia de esta orientación del deseo minoritaria pero compatible con la salud, para que no sean sorprendidos o acepten bien a estas personas.

- Ayudar a los adolescentes a conocerse a sí mismos, analizando sus fantasías, conductas y preferencias sexuales. Es decir, ayudarles a hacer un autodiagnóstico teniendo en cuenta la multidimensionalidad de la orientación del deseo.

Si el deseo no está claramente especificado o muestra claras contradicciones en sus dimensiones, es muy importante ayudarles a aceptar la duda y esperar, sin temor a que se especifique el deseo en cualquiera de sus formas heterosexual, homosexual/lésbico o bisexual (salvo el caso de las parafilias, claro está). No debe pedirse prisa, ni afrontarse el tema con una cierta militancia en un sentido u otro. Caben diferentes biografías sexuales en cuanto a la orientación del deseo, biografías que, además, podrían llegar a cambiar con el tiempo, aunque no sea lo habitual.

- Si la orientación del deseo es homosexual o lésbica, es bueno ayudar a los adolescentes a avanzar en las etapas descritas, para que acaben aceptándose como son.

Esta ayuda es especialmente importante cuando se puede incorporar a los padres y amigos a este proceso de aceptación. Trabajar con los padres para que acepten a los hijos sea cual sea su orientación del deseo es fundamental para los adolescentes. Incluso a aquellos padres que les sea difícil, es útil enseñarles a darse cuenta de que el problema lo tienen ellos -su actitud negativa- y no su hijo -porque la homosexualidad no es un problema-.

- Ayudarles a entrar en contacto con las asociaciones de homosexuales y lesbianas puede serles de gran ayuda a quienes pertenecen a estas minorías.

En todo caso, es muy importante tener en cuenta que debe perder carga social y dramatismo el tema de la orientación del deseo, de forma que aceptemos toda diversidad

que es compatible con la salud, sin presionar en uno u otro sentido. La orientación del deseo no la elegimos sino que, sin saber al día de hoy por qué, nos viene dada: reviste formas y grados muy distintos y puede cambiar en algunos casos. Demos libertad a los individuos para que puedan autoconocerse y vivir como son sin presionarlos en uno u otro sentido. Favorecer a todos para que resuelvan sin discriminación legal, ni social, sus necesidades de contacto y vinculación, es fundamental. Pero, como queda mucho camino por recorrer, es necesario que la minoría de homosexuales y lesbianas sean atendidos educativamente y ayudados psicossocialmente, si fuera preciso.

4. TRIBUS URBANAS

G. Galdó Muñoz

Catedrático de Pediatría. Universidad de Granada

INTRODUCCIÓN

Para conocer a los adolescentes y sus características de desarrollo biopsicosocial que pueden influir en su integración en las tribus urbanas es conveniente recordar la evolución que tiene el niño en su comportamiento. Durante la infancia, el niño desarrolla su vida en un ámbito social reducido: el de su familia y el de la escuela. En el grupo de edad comprendido entre ocho a diez años, generalmente, el niño confía en sus padres, le gusta estar con ellos y tiende a imitarlos, buscando su aprobación. Esa dependencia de los padres la considera algo bueno y normal. En este periodo de la vida suele tener buenos modales, se muestra como un ser dócil, respetuoso, solidario, servicial, ordenado, cariñoso, etc., no obstante, en casos particulares encontraremos siempre excepciones.

LA ADOLESCENCIA

Con la llegada de la adolescencia los niños cambian la casa por la calle y los padres por los compañeros de su grupo. Ello hace pensar a los padres que su hijo ha dejado de necesitarles o lo consideran como un cambio inexplica-

ble, anormal y preocupante, intentando buscar una causa: la influencia de un mal compañero de clase, alguna mala lectura, algún programa de la televisión, algún fallo de los propios padres, etc. Es un cambio propio de la edad y expresión de la maduración personal del hijo.

A esta etapa (llamada la edad ingrata, de las impertinencias, de los malos modales o de la mala educación) se le atribuye, tradicionalmente, el denominado comportamiento antisocial o comportamiento negativo. Algunos de esos comportamientos están relacionados con el desorden, la indisciplina, los excesos, la excentricidad ruidosa, la falta e respeto, etc. Ello es consecuencia de: a) la necesidad que tiene el adolescente de autoafirmarse como persona mayor; b) de la potenciación de la autoafirmación individual y la radicalización de la autoafirmación grupal; c) la inadaptación y el desequilibrio emocional generados por la rapidez de las transformaciones físicas, por la incertidumbre ante el desarrollo sexual y por las frustraciones de la edad que favorecen los comportamientos de simple descarga y desahogo, desprovistos de moderación; d) la postergación de la cultura familiar y escolar en beneficio de la subcultura del grupo de iguales.

A los doce o trece años se sienten inclinados a buscar un espacio de relación social extrafamiliar, sobre todo el formado por personas de la misma edad. Esto le conduce a un distanciamiento de la familia, que se puede manifestar, en algunos casos, de varios modos: considerable disminución de su presencia en casa, descenso de la interacción con los padres, dificultades de comunicación y conflictos entre padres e hijos. El adolescente apenas aparece por casa y cuando aparece se encierra en su habitación; cuando sale de la habitación permanece callado. Si le hacen algunas preguntas se limita a contestar con monosílabos. Si se insiste se enfada y contesta con alguna impertinencia.

El adolescente con esa actitud pretende escapar de la tutela ejercida por los padres, de la sumisión propia de la infancia, y busca un nuevo marco social, el grupo de iguales, que le permita actuar con mayor autonomía. Pero ¿es el atractivo del grupo de iguales lo que hace que él se distancie de la familia o, por el contrario, es el deterioro de los vínculos familiares lo que le hace recurrir al grupo?

Las opiniones de los autores, que han estudiado este problema, están divididas entre las dos posibilidades. Inicialmente suele estar presente la necesidad psicológica que tiene