

Aproximación teórica a la sexualidad infantil

Molina M., Baeza E., Corbella A., Bassas N.

La sexualidad humana es tan antigua como la raza humana. Pero las manifestaciones sexuales están sometidas a la influencia de múltiples factores; tales como: a) las ideas más o menos fatalistas que se reciben a través de generaciones sobre el sexo, b) las descripciones sobre la sexualidad en los medios de comunicación, c) el miedo a las enfermedades venéreas (especialmente el SIDA), d) el cambio de situación social y las modificaciones en el rol cultural de la mujer, e) los progresos médicos, así como, también, por f) el control de la natalidad y la fertilidad in vitro.

1. HISTORIA:

A principios del s. XVI, las familias no podían disfrutar de la privacidad que tenemos hoy en día. Todos los miembros de las familias, empleados y criados, comían y dormían bajo el mismo techo, y muy a menudo en grandes grupos de la sociedad, debían hacerlo en la misma habitación. Los niños se consideraban como seres socialmente inferiores a los adultos. Observaban libremente los actos sexuales de los adultos y oían las discusiones sobre lo correcto o lo incorrecto. Se masturbaban y realizaban otros juegos sexuales con otros chicos, prácticamente a la luz del día y a la vista de los demás. Aunque, como es lógico suponer, había delitos por abusos sexuales infantiles, los efectos emocionales en el niño ni se daban a conocer, ni siquiera, tan sólo, eran tenidos en cuenta. El desarrollo sexual, pues, no se vivía como problemático.

Desde el s. XVI hasta el XIX las familias empezaron a tener que desplazarse por los cambios económicos y sociales que se produjeron en estos tiempos y se vieron obligados a vivir en lugares distintos de los que trabajaban. **La habitación comunitaria empezó a dividirse en partes por tabiques, quedando los dormitorios a parte de las áreas de trabajo y de comer. Las relaciones sexuales se daban detrás de las puertas cerradas. Los criados tienen sus propias habitaciones. Con la llegada del Puritanismo, la sexualidad se identifica con algo pecaminoso si se separa del contexto estricto de la procreación. Las relaciones sexuales se vuelven más o menos secretas. En las conversaciones las cuestiones sexuales se discuten solo en privado. Los padres intentan criar unos hijos recatados, notablemente asexuales, es necesario explicarles como tapar su cuerpo y que no miren ni toquen objetos potencialmente sexuales. Los hijos se avergüenzan de su cuerpo. Ya no se refieren a las partes del cuerpo con naturalidad sino que empiezan a utilizar "términos correctos", como puede ser por ejemplo: las partes bajas.

En el s. XIX los padres tenían miedo de que sus hijos se masturbasen, se consideraba insano, pensaban que causaba enfermedades como la tuberculosis, la sífilis, la impotencia o la esterilidad, hijos deformados o incluso epilepsia. Los niños que eran sorprendidos masturbándose eran castigados. A mediados del s. XIX bajo la influencia de la literatura

romántica las actitudes alrededor de los niños y la sexualidad se van suavizando. Los padres liberales empiezan a ver a los niños como inocentes, asexuales y necesitados de protección. Como los niños son vulnerables, la responsabilidad de la familia es protegerlos de los peligros, especialmente de su “natural” estado de inocencia.

Durante el s. XVIII y XIX el uso de anticonceptivos eran considerados como sospechoso, era indicador de un intento inmoral. El único contraceptivo que se aceptaba era la abstinencia. En efecto, muchas mujeres evitaban las relaciones sexuales por miedo a quedar embarazadas. No es hasta la segunda mitad del s. XX que se empiezan a utilizar medios anticonceptivos efectivos, como los preservativos de látex. Esto marca el final de una época.

El control de la natalidad permite la emancipación de la mujer, ésta empieza a explorar nuevos roles que no sean los de criada o cuidadora de niños. La estructura familiar empieza a cambiar.

Las décadas de 1930 a 1950 marcan un descenso de la severidad de las sanciones de los juegos sexuales y la masturbación de los niños. Los padres empiezan a disuadirse de castigar a los niños por sus juegos o intereses sexuales. En 1950 surge un nuevo tema: los padres deben hablar (que no preocupar) con sus hijos de sus intereses sexuales. Es perfectamente normal que los niños exploren su cuerpo, y que lo aprendan, que muestren curiosidad. Algunos padres aceptan los juegos sexuales como “probablemente normales”. Los padres de clases socioeconómicas altas empiezan a nombrar el pene de los niños pero continúan evitando nombrar los genitales de las niñas.

Desde los años 70 a los 90 la sexualidad infantil se ha estado viendo como un problema en aumento que implica a la política y a la sociedad en lo que se refiere a los abusos sexuales, vejaciones, embarazos adolescentes no deseados, homosexualidad y SIDA. Esto intensifica la necesidad de protección de los niños inocentes ante los peligros. En la actualidad los niños que muestran un gran interés sexual continúan siendo juzgados como desviados o anormales. La cultura persiste en proteger a los niños del sexo, los efectos sobre la función y disfunción sexual en el futuro aún están por determinar. Al mismo tiempo que se explica a los niños que el sexo es peligroso, están expuestos a un creciente aumento de las producciones televisivas en las que los eventos sexuales frecuentemente se muestran como placenteros o intrigantes.

El desarrollo sexual infantil debe ser evaluado y tratado como otra faceta del desarrollo, pero desgraciadamente esto no es posible todavía en el ambiente actual. La mayoría de los padres no quieren que sus hijos les hagan preguntas sobre sexo, y, ante las reacciones de los padres, los colegios no conceden aún demasiado permiso para el estudio de estas conductas. En la actualidad, nuestra cultura es disonante en lo que se refiere a lo standard de la conducta sexual en los niños, no se facilita el camino que permitirá la asunción del rol sexual adulto. La mayoría de los períodos históricos muestran un mayor grado de concordancia en este aspecto. Los niños tenían más claro cual sería su papel una vez fuesen adultos. Hoy en día los niños inhibidos pueden tener experiencias problemáticas para convertirse en adultos sanos en lo que se refiere al aspecto sexual.

Las civilizaciones han dedicado un tiempo y un esfuerzo considerable a reprimir y redirigir los intereses sexuales y actividades de los niños y adolescentes. Si nos basamos en la actitud ante la educación sexual podemos distinguir diferentes tipos de culturas:

- A. Culturas represivas:** como por ejemplo la Victoriana. En estas culturas la actividad sexual es vista como peligrosa, lo ideal es el celibato. Los chicos son separados de las chicas y los intereses sexuales y las actividades eróticas son severamente reprimidas.
- B. Culturas restrictivas:** son frecuentes en los países desarrollados. En estos, el sexo es valorado pero se tiene miedo de los problemas que pueden resultar de la actividad sexual. Existe una doble moral, aunque a la mujer se le conceden derechos y se considera que tiene un acceso libre al sexo, hay ciertas prácticas como la segregación de los sexos o el excesivo valor que se da a la virginidad que lo desmienten. A la vez los niños no son reprimidos por sus intereses sexuales, pero se les inhibe por otros caminos, los padres ven la actividad sexual de los niños como problemática. La educación sexual enfatiza los peligros de las enfermedades venéreas, las vejaciones sexuales y los embarazos no deseados.
- C. Culturas permisivas:** toleran o perdonan una gran cantidad de intereses y conductas sexuales. Culturas como estas se dan en África y Oceanía. El sexo se considera normal, natural y un aspecto valioso de la existencia humana. Los adultos esperan que los niños participen de los juegos sexuales y los adolescentes tienen una actividad sexual agradable. La latencia no existe como en las culturas represivas o restrictivas. Las relaciones prematrimoniales son frecuentes.
- D. Culturas de refuerzo sexual:** ven la experiencia sexual como una parte necesaria del crecimiento. Se dan en África Ecuatorial, al sur de Asia y en el sur del Pacífico. Los niños se introducen activamente en situaciones donde ellos pueden sentir y aprender las actividades sexuales. Es el único grupo de culturas donde se da una participación intergeneracional para aprender estas conductas. El placer sexual se valora mucho, las relaciones, incluida la de matrimonio pueden darse por acabadas por una insuficiente gratificación sexual. Los niños llevan los genitales descubiertos y hay un gran contacto piel a piel con los adultos, es frecuente la estimulación de los niños por parte de los adultos (a menudo mujeres) esta puede darse manual o bien oralmente.

Nuestra cultura presenta una alta incidencia de disfunción sexual en los adultos. Algunos estudios sugieren que el aprendizaje de la sexualidad restringirá o permitirá al adulto disfrutar de su actividad sexual. Si los niños no tienen la oportunidad de disfrutar de juegos sexuales no estarán emocionalmente preparados para experiencias sexuales cuando crezcan. Las experiencias tempranas juegan un papel significativo en el desarrollo de la sexualidad del adulto. Cuando los niños son ayudados están más interesados después en establecer relaciones sexuales. En la sociedad actual ha aumentado el número de mujeres que trabajan fuera de casa, a menudo los niños son cuidados por canguros. Las mismas madres continúan con las responsabilidades de las tareas domésticas cuando llegan a casa,

hecho que provoca que cada vez tengan menos tiempo o interés en tener un contacto físico y afectivo con sus hijos.

Los cambios recientes que se han dado dentro de nuestra cultura han afectado el desarrollo sexual de los niños. Un cambio importante es la tendencia a que las familias sean más pequeñas, con menos hijos, esto hace que los padres depositen grandes expectativas sobre sus hijos, especialmente en el caso de hijos únicos, estos padres se vuelven intrusivos y restrictivos en el intento de que estas expectativas se cumplan. El uso de proyectos por ordenador, guarderías elitistas y escuelas con programas de alto rendimiento son fenómenos frecuentes y los niños son sometidos a programas de trabajo y control cuando están creciendo. Los niños se convierten entonces en la extensión de los sueños y aspiraciones de los padres y se convierten en una proyección del narcisismo de los padres. Cuando el ideal es difícil de conseguir, la depresión, el abuso de sustancias o los trastornos de la alimentación pueden ser el resultado. Ocupados en estos aspectos los padres frecuentemente olvidan aspectos sexuales del desarrollo infantil.

Otro cambio cultural es el énfasis en la independencia. Esto empieza cuando el niño es pequeño, a los niños se les enseña a ser independientes de ambos padres. En casa se les anima a jugar solos, así, los padres pueden dedicarse a otras tareas. El alto índice de divorcios, la incidencia de las disfunciones sexuales y el incremento de adultos que quieren vivir solos, en parte refleja la sobrevaloración que se da a la independencia.

2. DESARROLLO SEXUAL NORMAL:

a) El recién nacido:

La primera experiencia sexual del niño se da con el pezón, y, por extensión, con el primer cuidador, cuando se aproxima la hora de comer y el niño nota la proximidad del pecho o del biberón, su actividad se organiza rápidamente hacia una finalidad: el niño llora, cierra los puños, abre la boca, busca y empuja hacia el pecho, se agarra y succiona vigorosamente. La cara del niño se pone roja y muestra ansiedad, cuando la leche empieza a bajar los rasgos se relajan, los ojos se abren y se cierran, el cuerpo del niño se acopla al de la madre. Durante unos momentos la ansiedad se transforma en paz, en un estado de placer. El bebé continúa succionando hasta que se siente saciado, va tocando el pezón con la lengua hasta que aparentemente está dormido. La madre lo nota y da por acabada esta experiencia erótica.

Conforme el niño crece se van desarrollando sus intereses eróticos a parte del pecho de la madre. Estos intereses marcan el principio del proceso de separación y de individuación. Después de las primeras doce semanas de vida el niño debe comenzar a utilizar el pulgar como objeto autoeróticos. La succión del pulgar no se da en culturas en las que el pecho está realmente al alcance del niño, parece ser que en esta cultura se precipita el cambio del pezón por el pulgar, dada la relativa inaccesibilidad del pecho.

Durante los primeros cuatro meses de vida, los niños de ambos sexos aprenden a apreciar

las sensaciones asociadas con la limpieza de los genitales. Es relativamente frecuente que los niños empiecen a jugar con sus propios genitales. Es más frecuente que las niñas se autoestimulen durante este periodo, mientras que los niños lo hacen entre los 2 y 3 años. Los bebés empiezan a tocarse con la finalidad de explorar su cuerpo y determinar sus límites, pero progresivamente el placer se convierte en el motivo principal. Esto le confiere un principio de identidad mucho más independiente, ayudando al proceso de separación e individuación.

Las diferencias anatómicas entre los genitales masculinos y los femeninos son importantes para un desarrollo sexual correcto. A los niños les resulta mucho más fácil conseguir gracias a la erección del pene una focalización de placer. Ya que éste es visible, es una función observable y frecuentemente recibe un nombre, dado por sus compañeros.

Por eso a los varones les es más fácil integrar sus genitales dentro de la noción de su propio cuerpo. Para las niñas existe la dificultad de diferenciar el clítoris de las áreas "sucias" asociadas con el olor y los excrementos, especialmente en una cultura que enfatiza la higiene y el control de los genitales en ambos sexos. Como los genitales de las niñas están escondidos, su experiencia sexual está orientada internamente y permanece más como una sensación visceral que como una sensación externa al cuerpo. En contraposición, la experiencia sexual del niño es exterior y se focaliza en las sensaciones ligadas a la estimulación del pene. Debido a la falta del erotismo que proporciona el desarrollo genital masculino, fácil y externo, las niñas centran más su atención en el interior; y se vuelven más conocedoras de sí mismas, más intuitivas, expresivas y pacientes, pero con una mayor dificultad práctica que los niños para llegar a una finalidad determinada.

Un interés precoz en los genitales se asocia con una saludable relación emocional entre el cuidador y el niño. Relaciones problemáticas acostumbran a producir desordenes en los niños como puede ser la rumiación, el balanceo, golpearse la cabeza (head banging o jactatio capitis), o trastornos inusuales de la alimentación, como la pica. Ciertos estudios ponen de relieve que los juegos genitales no aparecen cuando los niños no gozan de una atención adecuada.

El desarrollo lineal ha de seguir a través de la diferenciación y apreciación de los genitales, la incorporación de las partes sexuales dentro del concepto de cuerpo, el "exhibicionismo" para probar las reacciones de los adultos, el dominio de las sensaciones autoprovocadas, la expansión del interés sexual debe incluir a los padres y a los otros niños y la integración final de los genitales y su función dentro del concepto de sí mismo.

b). El bebé:

Los estudios de observación indican que los niños empiezan a interesarse en los lavabos, en observar a los otros mientras defecan y en notar el movimiento de sus propios intestinos alrededor del principio del segundo año. Esto se denomina "erotismo anal". Al mismo

tiempo el niño se vuelve más opositor, tozudo y negativista. Todo esto se intensifica si el cuidador actúa de forma imperativa.

El erotismo urinario aparece un poco más tarde, alrededor de los 12-14 meses. A los 15 meses la mayoría de los niños conocen la diferencia entre los dos sexos. Este proceso es más fácil si el niño tiene la posibilidad de ver los genitales del otro sexo. El exhibicionismo genital a menudo es notorio. Las niñas suelen presentar un comportamiento de mayor

agradabilidad y afectividad con sus padres alrededor de 18 meses de edad, de tal forma que algunos autores, afirman que esto constituye en sí mismo una manifestación primaria de erotismo ya que indicaría la identificación de la madre como una persona del mismo género.

El cambio del juego genital hacia la masturbación intencional es gradual, es un proceso discontinuo que se extiende dentro del segundo año de vida. Entre los 15 y 24 meses las niñas se autoestimulan menos que los niños; estos lo hacen con menos intensidad y menor frecuencia. La autoestimulación se acompaña de rubor, sofocación y aceleración de la respiración. Al principio los niños intentan mantener un contacto afectivo con el cuidador durante la autoestimulación. Esto incomoda a los adultos que tienden a reprimir su contacto, con lo cual el niño continúa haciéndolo pero distanciándose de los padres. El patrón de la masturbación se establece durante el segundo año. Las niñas frecuentemente aprenden técnicas indirectas, utilizando las piernas, los muslos o cosas duras para autoestimularse, muchas veces deben parar la masturbación sin placer, las reacciones de frustración son casi universales y a menudo severas para las niñas durante la segunda mitad del segundo año. Algunos niños disfrutan del mismo patrón. Los psicoanalistas lo denominan "reacción de castración pre-edípica". Estas reacciones incluyen regresión, miedo, pérdida del entusiasmo, tristeza, y el desplazamiento de los intereses por la masturbación hacia otras partes del cuerpo y hacia otros objetos inanimados, como muñecos de peluche. Algunas niñas aparecen interesadas eróticamente en su padre mientras que otras muestran un aumento de la hostilidad en la dependencia de la madre. Las reacciones de frustración parecen intensificar el pensamiento simbólico de las niñas y la complejidad interna. A veces las niñas más severamente afectadas muestran una imaginación constreñida y una represión emocional. Los niños muestran menos perturbaciones, a menudo desplazan su ansiedad hacia una actividad física.

Hacia los 2-3 años las niñas muestran signos de envidia hacia el pene. Acostumbran a insistir en que ellas tienen pene e intentan orinar de pie. Estas reacciones muestran que se sienten incompletas, es una distinción narcisista importante. Los niños expresan el deseo de que les crezcan pechos y de poder tener niños.

c) El niño preescolar:

Mientras el niño va creciendo sus intereses eróticos empiezan a incluir a sus pares. Muchos niños de 4 años juegan a juegos como "papás y mamás" o "médicos", las actividades observadas entre los 4 y 6 años incluyen exposición, tocamiento de los genitales y la exhibición de los propios a los otros, tocar los pechos de las mujeres, el gusto por ver a los otros desnudos e intentar poner objetos dentro de la vagina o el recto, estas conductas son

más comunes cuando el niño está desnudo en casa, después de los 4 años menos niñas

que niños están implicados en estas actividades. Los niños empiezan a pensar que han nacido a través de un corte en el estómago de la madre o bien por el ano de ella.

Estos años se conocen como el período edípico y vienen marcados por un interés erótico creciente, a menudo focalizado en el progenitor del sexo opuesto. Los preescolares tienen una imaginación ávida y hacen preguntas sobre las diferencias anatómicas, las relaciones sexuales y la reproducción. En esta época se consolida la identidad sexual.

Si bien los padres participan menos en el cuidado de los niños, acostumbran a jugar más con ellos que las madres. El patrón de juego de los padres suele ser más estimulante y menos convencional que el patrón de juego de las madres. Cuando el cuidado del niño está dividido entre ambos progenitores el niño adquiere una imagen más repartida y real de ambos. Desafortunadamente, el cuidado del niño continúa reservado a la madre como primera responsable en muchas casas, trabajen o no ellas fuera del hogar.

Cuando los padres son nutridores, dominantes y están implicados en el cuidado de los hijos, estos tendrán una mayor expresividad en su masculinidad y femineidad posteriormente. La ausencia paterna reduce el modelo de masculinidad en los hijos y provoca un menor éxito posterior en las relaciones heterosexuales adultas. En general, la privación paterna que se produce en edades tempranas provoca un debilitamiento del desarrollo psicosexual de los niños. Las niñas aprenden a ser femeninas a través de una relación positiva con el padre. Cuando los padres rechazan a las hijas, porque prefieren un hijo, esto es un golpe a la autoestima de ellas y a la adquisición de las habilidades necesarias para relacionarse con los demás. Los padres al valorar los atractivos sexuales de sus hijas las capacitan para aceptarse a ellas mismas como seres sexuados. La confirmación de su atractividad sexual reforzados con una identificación firme con la madre conduce a una mejor integración de sí misma como mujer. Así mismo las niñas que crecen sin padre presentan dificultades para asumir su femineidad. Las adolescentes que no conviven con su padre (o que tienen una relación escasa o pobre con él) serán muy probablemente más precoces en su actividad sexual y consiguientemente tendrán más parejas. Así las chicas que han vivido muchos conflictos familiares suelen ser más promiscuas. Por tanto la ausencia de la figura masculina es tan perjudicial para el desarrollo sexual de las niñas como de los niños.

d) El niño en edad escolar:

Se da una cierta declinación de la actividad sexual en esta edad. Es la edad de "latencia". Va desde los 6 años hasta la pubertad, cuando los niños demuestran un interés sexual más franco. En esta época ya no hay tanto interés en tocar ni en mostrar los genitales, piensan que los juegos sexuales son malos. Aunque a pesar de ello, muchos niños continúan inventando juegos sexuales, que valoran el atractivo sexual del cuerpo y la existencia de intereses sexuales. Estos juegos se van organizando en grupos, como por ejemplo el "strip-poker". Los niños acostumbran a iniciar estos juegos porque son menos inhibidos que las niñas.

La vergüenza o el pudor sexual aparecen hacia los 9 o 10 años a la vez que las relaciones entre ambos sexos se vuelven tirantes. Esta tensión desaparece hacia los 13 o 14 años, cuando aparece una relación afectuosa y amigable pero asexual. Los individuos del mismo grupo no acostumbran a tener una activa relación sexual, ni acostumbran a casarse más tarde entre ellos. Esta evitación es totalmente voluntaria.

Los padres en esta época son más recatados aún que sus hijos. Por ejemplo, es frecuente que dejen de bañar al hijo del sexo opuesto hacia los 8-9 años. Esto es interpretado por el hijo como que este contacto es malo y este concepto persistirá indefinidamente.

La mayoría de padres de clase social alta responden a las actividades sexuales del niño con cuidado, castigando, riñendo y empleando persuasiones no verbales, como advertir con los ojos, cerrar puertas y con tópicos sexuales. A menudo, descalifican o no califican la actividad sexual de los niños. Los padres en raras ocasiones participan en la educación sexual, las discusiones sobre sexo son más frecuentes entre madres e hijas, y estas discusiones se centran en la menstruación y en los aspectos negativos de las relaciones prematrimoniales.

Frecuentemente los niños aprenden sobre el sexo con sus compañeros del mismo sexo, también a través de libros y profesores, a menudo ellos aprenden más pronto y mejor de lo que lo hicieron sus padres y abuelos. Esto parece ser debido a que los padres intentan llevar a cabo una educación sexual (aunque escasa), se da educación sexual en los colegios y también se presenta más material sexual en los medios.

Los padres posponen las discusiones sexuales, cuando éstas se producen ellos se limitan a utilizar tópicos como el amor, el embarazo y las diferencias físicas entre hombre y mujer. Los términos arriesgados como la masturbación, las relaciones sexuales y la homosexualidad no se mencionan.

Hay diferencias entre clases sociales en lo que se refiere a la educación de los hijos. Los educadores y los padres de clases sociales altas están relativamente abiertos a aceptar la sexualidad de sus hijos. Las madres de clase social alta son más aptas para neutralizar los intereses sexuales de los niños, mientras que las madres de clase trabajadora simplemente suprimen este interés e intentan mantener ignorantes a sus hijos. Los padres de clase alta intentan observar a los niños y mantenerlos distraídos de sus intereses sexuales, mientras que los de clase trabajadora los castigan por su curiosidad sexual.

Aunque ha aumentado la flexibilidad en los roles y las actividades entre los adultos de ambos sexos, es evidente que los roles tradicionales estereotipados siguen intactos. La mayoría de libros para niños continúan separando entre niños y niñas a la manera tradicional y los niños continúan prefiriendo los juguetes de acuerdo con su género. La estabilidad de los roles sexuales en niños demuestra la estabilidad de los roles en los padres dentro de casa, donde la madre continúa asumiendo la responsabilidad en lo que se refiere a cuidar y limpiar.

e) El adolescente:

A los 6-8 años la secreción de andrógenos se incrementa, llegando a tener el punto máximo en la adolescencia. Esto prepara el camino para un agudo aumento en la producción de la gonadotropina alrededor de los 9-13 años. El nivel de testosterona aumenta en los adolescentes varones ocho veces por encima del de las mujeres. El mayor nivel de andrógenos dispara notablemente el eroticismo. El índice de testosterona libre se convierte en un marcado predictor de la conducta y la motivación sexual. Los chicos se sienten muy molestos por la persistencia y recurrencia de pensamientos sexuales y continuas erecciones.

Las chicas entran en la pubertad aproximadamente dos años antes que los chicos. Ellas completan sus cambios en tres o cuatro años, mientras que ellos lo hacen en cuatro o cinco. Existe un retraso en la secreción de progesterona, los ciclos anovulatorios son comunes en los dos primeros años antes de la menarquia. Los andrógenos se incrementan alrededor de la pubertad y son erotizantes en las chicas, pero los niveles son inferiores que en el varón. En las chicas puberales las hormonas ejercen solo un débil efecto en la conducta sexual, pero un importante efecto en la motivación.

Los chicos que entran tarde en la pubertad tienden a ser menos populares, menos asertivos y menos confidentes, pero más ansiosos, comunicativos y con tendencia a llamar la atención. Tienen tendencia a tener problemas consigo mismos porque asocian las deficiencias en la masa muscular, los logros atléticos y el esfuerzo sexual, y todo ello es muy valorado por las chicas de nuestra cultura.

Las chicas son más variables en su respuesta a los signos de maduración. Algunas de las que se desarrollan pronto se sienten molestas por ello, mientras que a otras, que lo hacen tarde, se las consuela por no tener la menstruación tan pronto. En todo caso, el principio de la menstruación es una marca importante en la vida de las chicas, establece la identificación con la madre y su maduración. Si la chica utiliza tampones, esta será la primera vez que será consciente o tocará el interior de su vagina.

Se da una crisis real con los cambios biológicos de la adolescencia. Se reviven conflictos incestuosos y bisexuales y la orientación sexual es el principal resultado. Muchos chicos y chicas tienen conductas homosexuales y se plantean su orientación heterosexual. El contacto con los compañeros de mismo sexo es más asequible que el contacto heterosexual. Los adolescentes que tienen menos expectativas de éxito, menos habilidad y peores notas en el colegio, son los que probablemente tengan relaciones sexuales más pronto. A menudo la actividad sexual precoz va ligada a otras conductas de riesgo como la delincuencia o el abuso de drogas.

Ligado al embarazo adolescente indeseado se da el aborto, las chicas que optan con más frecuencia por el aborto, si son jóvenes, acostumbran a ir bien en el colegio y a planificar su futuro, tienen unos padres con una buena educación y con menos creencias religiosas, y sus amigos suelen tener actitudes negativas hacia el embarazo adolescente. Cuando una chica se queda embarazada y no opta por el aborto acostumbra a tener necesidad de rebelarse a sus propios padres, tendencias autodestructivas y marcadas convicciones religiosas, necesita el amor de este hijo.

Los chicos de clase baja ven la masturbación como poco masculina y tienen menos tendencia a fantasear durante la masturbación que los de clases altas. Aunque ésta se acepta más en clases altas suele ir frecuentemente acompañada por sentimientos de culpa y de ansiedad. En la adolescencia los chicos suelen estar más dispuestos a la masturbación que las chicas. El acto de la masturbación es un autoregulator de las tensiones agresivas y sexuales, la excitación sexual va acompañada normalmente de fantasía. El contenido de esta fantasía permanece inconsciente o se expresa en forma de sueños, juegos o relatos con los compañeros. Las fantasías masculinas adolescentes son normalmente explícitas y agresivas, su foco de deseo se sitúa en los genitales. En las chicas las actividades autoeróticas son menos abiertas y es menos probable que vayan acompañadas por fantasía consciente. Las chicas con frecuencia sienten que viven dos vidas, una es secreta y poco reconocida. A diferencia de los chicos las chicas no otorgan a los genitales una posición central. Las fantasías de masturbación de las chicas enfatizan aspectos románticos y afectivos y a menudo contienen temas de exhibición pregenital, sadomasoquista y narcisista. En ambos sexos las fantasías se vuelven más realistas y explícitas con la edad.

3. TEORIAS SOBRE EL DESARROLLO SEXUAL:

Desde el énfasis que hizo Freud en la libido se ha hecho un desarrollo más amplio sobre los conceptos de la energía sexual o el deseo. En parte, esto se debe a los defectos que había en la teoría de la libido, en particular al postulado de que cada individuo ha nacido con una cantidad finita de energía sexual disponible. Una vez que la energía se descarga, la motivación o disponibilidad para actuar de nuevo es mínima. Esta teoría falla al explicar una gran cantidad de fenómenos, como el hecho de que la erección del pene no depende de la expectación de la eyaculación, el orgasmo o el hecho de que muchos individuos tienen más tendencia a disfrutar del sexo si lo han hecho el día antes y menos si no lo han hecho.

Con algunas excepciones los escritores analíticos desde Freud no enfatizan el componente erótico o sensual del desarrollo. La libido a menudo aparece caracterizada como un facilitador de identificación.

El concepto de un conductor inherente de deseo es importante. La energía sexual ha de ser solo un componente de todo el nivel de actividad. Éste viene determinado genéticamente.

La mayoría de las experiencias individuales se corresponden con el deseo sexual si estos sujetos han sido educados en unas circunstancias sociales, culturales y familiares que favorezcan la expresión de la sexualidad.

Las cuatro escuelas mayoritarias: cognitiva del desarrollo, social del aprendizaje, analítica y biológica, frecuentemente se contradicen entre ellas. Cada teoría aporta una única comprensión del desarrollo de la conducta humana. La teoría analítica describe la conducta como el resultado de la lucha entre las fuerzas internas; la teoría cognitiva de desarrollo lo atribuye al encuentro entre las cogniciones individuales del mundo y los sucesos de la realidad exterior, la teoría del aprendizaje atribuye la conducta a la interacción de estímulos y respuestas cuando el niño progresa hacia una serie de interacciones diádicas; la teoría

biologista lo explica mediante la interacción de la genética y las influencias ambientales.

a)1. Teoría del Desarrollo Cognitivo:

Piaget traza el proceso de aprendizaje desde el razonamiento egocéntrico hasta el pensamiento socializado. Este proceso se alimenta del deseo del niño de aprender y el placer de repetir el proceso. La secuencia de conductas repetitivas permite aprender e interiorizar el cambio. De acuerdo con esta teoría el niño primero aprende a diferenciar entre hombre y mujer a través de la formación de esquemas sexuales. Este aprendizaje permite establecer la propia categorización de hombre y mujer hacia los 5 años, entonces el niño se identifica con ciertos aspectos estereotipados que se prescriben a cada género. Hasta esta edad el niño piensa de manera dicotomizada, le cuesta ver diferencias individuales. Hacia los 8 años, el niño puede ya seleccionar internamente propiedades de los padres, cuando pasa esto el niño puede formarse una identificación individual más flexible, seleccionando de entre los modelos de roles aquellas cualidades que le parezcan con el fin de adaptarse a los esquemas.

Los adolescentes tienen la capacidad de tener un pensamiento abstracto. Ellos han de reevaluar su género en el contexto de los valores individuales y culturales. A veces sucede que el adolescente cambia drásticamente sus actitudes hacia la dirección opuesta. Por ejemplo si la chica adolescente tiene una baja opinión de su madre, que es ama de casa, puede querer convertirse en una mujer profesional.

b) Teoría del Aprendizaje Social:

Esta teoría de Sears y Mischel ve el proceso de desarrollo como un proceso en el que cada niño relata secuencialmente el ambiente social, aumentando la habilidad para comunicar con los otros y obtener gratificaciones por comportamientos sociales, cada nueva adquisición se construye sobre la anterior, el proceso gradual marca el futuro del niño. El progreso depende del carácter de las interacciones diádicas entre el niño y sus cuidadores.

Esta teoría ve las diferencias sexuales como una extensión del ambiente que afecta al niño. Los padres responden de diferente manera a un niño que a una niña, esto reforzará su conducta en lo que se refiere a su género sexual, más tarde el niño aprende que él es un niño o una niña y que se asignan características para cada sexo. Los niños escogen modelos con los que identificarse, basándose en las satisfacciones de experiencias anteriores. La identificación con el padre del mismo sexo se da en los años pre-escolares, este proceso se convierte en la base para la adopción de roles estereotipados y se irá reforzando con el comportamiento adecuado de los adultos. Se pueden dar cambios espontáneos en la identificación durante la adolescencia, sobretodo si no existe una buena relación con el progenitor del mismo sexo.

c) Teoría Analítica:

Freud no distinguía entre género y sexo, en sus escritos ambos conceptos están íntimamente interrelacionados y son indistinguibles. Freud describe la libido como una base genética de desarrollo de la personalidad, una fuerza conductora que aparece en la infancia

y en cada subsiguiente estado del desarrollo, también considera la influencia del ambiente.

1. Fase Oral: La libido es el primer conductor dirigido hacia el pecho de la madre por existen otros aspectos de la relación con la madre que muestran amor, esto se convierte en lo que serán más tarde las relaciones objetales. La relación con la madre empieza como un proceso agradable de definir los límites del niño y el conocimiento de sus genitales. El concepto de estado oral se refiere a todas las transacciones que incluyen la boca. El narcisismo se ha definido originariamente como una perversión de las relaciones, invistiendo todas las energías libidinales en sí mismo, las actividades autoeróticas son indicadoras. De hecho el narcisismo parece ser un requisito para disfrutar de la sexualidad y tener una buena respuesta sexual. El narcisismo se define como un afecto positivo asociado a la propia experiencia que formará parte de la propia representación. Si los niños tienen buenas sensaciones sobre sí mismos, incluyendo los genitales e integran todo esto en el ego que está emergiendo, favorecerá los encuentros sexuales posteriores, esperando que sean gratificantes.

2. Fase Anal: Hacia los 2-3 años de vida empieza la fase anal durante la cual las energías libidinales se dirigen hacia las funciones anales y urinarias. Ambivalencia y agresión, lucha por la autonomía y el control, son las marcas de esta fase. El niño no quiere obedecer a la madre, pero le aterroriza la posibilidad de perderla.

3. Fase Fálica: Va desde los 4 a los 6 años. Los niños y niñas están interesadísimos en los genitales como fuente de placer y de excitación en esta fase, que se denomina más correctamente fase genital. Comienza con la autoestimulación repetitiva de los genitales y la exploración visual y táctil de estos, esto va seguido de la emergencia de conductas derivadas de los genitales. En las niñas consiste en desnudar a las muñecas y examinarlas, a menudo las utilizan para masturbarse. Los niños empiezan a utilizar objetos fálicos. También se dan conductas de exhibición que van más encaminadas a buscar la aprobación y admiración que no la seducción de los padres.

4. Complejo de Edipo: Se refiere a la atracción del niño por el progenitor del sexo contrario y la hostilidad hacia el del mismo sexo. Este complejo se resuelve cuando el niño se identifica con el padre del mismo sexo. Para los niños la hostilidad con el padre es una salida natural de su atracción erótica por la madre, el niño se ve a sí mismo como un competidor del padre y empieza a proyectar su propia hostilidad sobre el padre, renunciando a la madre e identificándose con el padre se resuelve el conflicto. Esto se da en la formación del superego, la internalización de la autoridad paterna y la represión de los impulsos sexuales. De acuerdo con Freud la masculinidad es innata, instintiva y no depende de la identificación del niño con el padre. En la teoría analítica clásica la niña también entra en el período edípico cuando descubre la distinción anatómica entre los niños y las niñas, al observar sus genitales ella asume que ha sido castrada y que es inferior, el resto de su vida sufrirá por la envidia del pene, hace responsable a su madre y gira su afecto hacia el padre en un intento de adquirir un pene. Más tarde aprende que es imposible e intenta tener un hijo de su padre como compensación. De acuerdo con Freud, la niña se siente inevitablemente inferior llevándola a mostrarse más pasiva, masoquista y narcisista. Freud no formuló la resolución

final del complejo de Edipo para las niñas. Pensaba que la envidia por el pene continuaba siendo el centro de la psique femenina, mientras que la ansiedad por la castración lo es en la masculina. Si los niños no asumen adecuadamente el complejo de Edipo tendrán problemas en las relaciones objetales.

5. Latencia: De acuerdo con la teoría freudiana el período de latencia va desde los 6 años hasta la pubertad. La ansiedad de castración, la resolución del complejo de Edipo y la formación del superego provocan que el niño haga una represión de sus intereses sexuales.

La Adolescencia de acuerdo con la teoría psicoanalítica tradicional se anuncia por un período de regresión en el cual los jóvenes reviven el conflicto edípico. Es un proceso de liberalización de la internalización de la representación de los padres para pasar a formar parte de otras relaciones, así los chicos se distancian de la omnipotencia parental. Los chicos y las chicas siguen pasos diferentes en esta época. En las chicas se dan más frecuentemente desordenes alimentarios o depresión, mientras que en los chicos es más frecuente el alcoholismo o la delincuencia.

d) Teoría Biologista: La identidad sexual es la identificación prioritaria e individual con un sexo. Esta identidad subraya culturalmente conductas que diferencian varones y hembras, como son los juegos, los trabajos preferentes, las agresiones sociales y la conducta sexual. La orientación sexual describe las preferencias eróticas individuales por un sexo en particular. Los individuos no han de ser necesariamente consonantes en todos los aspectos, alguna variación no implica necesariamente patología.

1) Identidad Sexual: El niño nace con un sexo biológico. El desarrollo de la identidad sexual depende primeramente del ambiente y la asignación de sexo por parte de los padres y las diferentes respuestas de acuerdo con si es niño o niña por parte de los padres en el primer año de vida. Esencialmente, la identidad sexual se forma antes del final del segundo año de vida y cristaliza entre los 4 o 5 años. Los cambios en la identidad sexual son más frecuente cuando un niño ha sido educado de una manera ambigua y cuando han habido conflictos sobre esta identidad.

2) Rol Sexual: Los factores biológicos juegan un papel en la existencia y persistencia de los rasgos específicos de sexo, esto contribuye a las conductas típicas o no de un sexo. En muchas culturas el hombre es más agresivo que la mujer, tiene un status más alto y privilegiado, aparece como dominante y es frecuentemente más celoso y posesivo. En cambio, en los rasgos propios de la mujer se incluye el cuidado de los niños, acostumbra a ser más modesta y a esconder sus genitales. Los hombres y las mujeres perciben el ambiente de diferente manera y procesan la información de manera diferente: las mujeres tienden a hacerlo de una manera más expresiva o emocional, mientras que los hombres lo hacen de una manera más instrumental. Esto comporta que las mujeres tengan más tendencia a una comunicación verbal y afectiva y los hombres más analítica y lógica. La expresión del rol sexual viene influenciada por las hormonas prenatales. Según parece, excepto en pocos casos esta influencia es menos importante que la que hace el ambiente.

3) Orientación Sexual: Se refiere a todo el conjunto individual que corresponden al hombre o a la mujer. Tiene cuatro componentes:

- fantasía (sueños, fantasías de masturbación...)
- uso del eroticismo (como pueden ser las revistas)
- atracción erótica
- experiencia actual

La homosexualidad no es un desorden de género, es una orientación que es común, pero no siempre constante a lo largo de toda la vida, son frecuentes diferentes grados de bisexualidad. El homosexual adulto describe de si mismo que ha tenido diferentes sentimientos que sus compañeros del mismo sexo desde que era niño. Por ejemplo, notaban que tenían menos interés por los deportes. Las lesbianas manifiestan sentirse menos femeninas y menos guapas. Ambos tipos de homosexualidad tienen una historia de conductas atípicas de sexo, como la preferencia de las niñas de jugar con juguetes de niños y al revés.

Se han hecho estudios sobre las concentraciones de testosterona en los homosexuales parece que esto es más claro para los hombres homosexuales que no para las mujeres. Recientemente se han encontrado también diferencia neuromorfológicas en este sentido.

Parece que las influencia genéticas son la mejor explicación biológica para la homosexualidad. De todas formas los factores biológicos no son únicamente los determinantes de la conducta homosexual. Viene determinada también por factores psicosociales.

4. PROBLEMAS DE LA SEXUALIDAD INFANTIL:

a) Trastorno de identidad sexual:

Se refiere al sentimiento individual de ser hombre o mujer, que se consolida típicamente entre los 3 o 4 años. La conducta de **rol sexual** se refiere a los aspectos de la conducta individual que son consistentes con las definiciones culturales de masculinidad y feminidad, es evidente que la emergencia de conductas de rol sexual sigue el desarrollo de la propia etiqueta de varón o hembra. En la mayoría de niños hay un incremento en las conductas estereotipadas de rol sexual acompañadas por un incremento de las ideas estereotipadas sobre roles sexuales hacia la edad de 4 o 5 años. Un cambio gradual hacia una comprensión más flexible de las conductas de rol se da durante los años de latencia, pero la mayoría de niños continúan mostrando una preferencia por las actividades propias de su género y excluyen o rechazan a los niños que se desvían significativamente de la norma.

La **identidad sexual** se refiere a una etiqueta individual de sí mismo como heterosexual, homosexual o bisexual. Esta etiqueta, que normalmente está de acuerdo con lo que es por experiencia más atractivo eróticamente, no se suele consolidar hasta la adolescencia.

La **orientación sexual** describe lo que es atractivo eróticamente para un individuo y normalmente es consistente con la identidad sexual, pero puede divergir para alguien que no acepte sus sentimientos eróticos.

En algún estudio de la literatura retrospectiva se ve una fuerte relación entre la extensión de las conductas transexuales en la infancia y una orientación homosexual al llegar a la edad adulta, tanto en hombres como en mujeres. Sin embargo, a pesar de esta fuerte relación, una parte de los jóvenes en los estudios de seguimiento se identifican como heterosexuales. De la misma manera en la literatura retrospectiva no todos los individuos que después se identifican como homosexuales recuerdan un pasado de trastornos del comportamiento sexual. Este hecho sugiere que la relación entre estos trastornos y la homosexualidad no es perfecta y que no son simplemente la manifestación previa de ésta algunos autores han sugerido.

Solo un pequeño número de chicos con trastorno de identidad sexual (TIS) hacen una reasignación de sexo en la adolescencia o en la edad adulta. Algunos estudios observan que la persistencia de conductas transexuales parece predecir una homosexualidad posterior, parece ser que los padres de adolescentes con TIS muestran más tolerancia hacia conductas de transexualismo que los padres que piden consulta cuando el niño es pequeño y ello podría explicar la persistencia de estas conductas en la adolescencia.

Etiología de los Trastornos de Identificación Sexual.:

En la etiología de los TIS podemos encontrar:

A. Factores biológicos: hablan de que las hormonas prenatales tienen un efecto en la forma y en el tipo de conducta sexual, así como en la posible orientación sexual. Esta ha sido la teoría biológica predominante en los estudios de los últimos años. Los estudios de cerebros intentan encontrar núcleos sexuales dismórficos como predictor de la teoría hormonal explorando las diferencias entre hombres homosexuales y heterosexuales y las semejanzas con las mujeres heterosexuales. Coincidiendo con la teoría de las hormonas prenatales se pueden observar diferencias entre los chicos y las chicas en lo que se refiere a la participación en juegos de lucha. Se puede ver un nivel más bajo de participación en estos juegos en niños con TIS que en el grupo control y en cambio un nivel más alto en niñas con trastorno que en las del grupo control. No obstante ninguno de los estudios es concluyente con la teoría de las hormonas prenatales. Otras áreas de la investigación biológica incluyen estudios genéticos de la orientación sexual, que sugieren un componente de herencia significativo tan importante como el componente ambiental.

B. Factores psicosociales: el sexo de asignación y educación continúa siendo considerado la principal variable para determinar la identidad sexual individual. Aunque estos estudios son interesantes y han causado algún replanteamiento de descubrimientos anteriores, son probablemente los menos relevantes para entender los TIS en casos en los que no son obvias las anomalías psíquicas. La preferencia de los padres por un niño o una niña puede afectar probablemente a como el niño sea educado y valorado por la familia. Aunque no es

evidente que las madres de chicos con TIS prefieran una niña más que las del grupo control, si que es evidente que el deseo maternal por una chica aumenta cuando los otros hijos son solo varones. Aunque el deseo en sí mismo no es suficiente para influenciar el desarrollo del trastorno, la evidencia clínica sugiere que para algunas madres de niños con trastorno su incapacidad por luchar con su desilusión al no haber tenido una niña las lleva a una conducta determinada para relacionarse con sus hijos. La capacidad de los padres para formar la conducta de rol sexual de sus hijos no está clara, aunque en los estudios parece que los padres tienden a responder más positivamente delante de conductas del mismo sexo que no a conductas transexuales. En los estudios de niños con TIS uno de los hallazgos más importantes ha sido la carencia, decepción o represión de los padres ante las conductas transexuales. También pueden haber factores dinámicos que influyan en el hecho de que las madres respondan más positivamente hacia la conducta femenina de sus hijos. Esta puede ser una percepción de las mujeres como proveedoras de alimento en un momento en que la madre se siente desnutrida y los hombres como altamente agresivos en un momento en el que la madre siente una intensa aversión hacia la agresión. Esta idea no ha podido ser contrastada empíricamente.

Otra variable parental implicada como etimológicamente significativa en los niños afeminados y hombres homosexuales es la relación distante padre-hijo. Parece que en las técnicas proyectivas que se utilizan para estudiar los niños con TIS, estos acostumbran a percibir su relación con el padre como distante, negativa y conflictiva. Esto, junto con las dificultades que tienen estos padres de hablar de los intereses de sus hijos, podría sugerir que este déficit de relación podría ser un factor que contribuiría a la ansiedad del niño.

Los padres de niños con TIS son frecuentemente percibidos como más agresivos y amenazadores que sus esposas y muchas de estos niños explican fantasías y sueños de protección de sus madres de figuras agresivas. Frecuentemente también se da una historia de abusos sexuales o miedo de agresión sexual.

Tratamiento:

La literatura previa enfatiza conductas encaminadas a disminuir las conductas transexuales, los abordajes eclécticos dirigen y ayudan a la familia del niño con TIS a apoyar la identificación masculina del niño. Se deben combinar el refuerzo por las conductas del mismo sexo y la disuasión de las conductas transexuales con la oportunidad de desarrollar la relación con compañeros del mismo sexo. Esto debe incluir más tiempo con el padre y tiempo para jugar con sus pares.

En niños jóvenes, el trabajo debe ir encaminado primeramente a ayudar a los padres a entender la sensibilidad y el conflicto de su hijo y la preocupación sobre su propio valor como chico o chica y los caminos por los que ellos han de reforzar a su hijo hacia un sentimiento con su propio sexo. Para algunas familias es necesario un trabajo más intenso con la pareja o con alguno de sus miembros. En chicos mayores con TIS la terapia individual es la que se recomienda con mayor frecuencia para luchar contra el uso de conductas transexuales y

fantasías, marcada evitación e ira, y baja autoestima, que ha de ser el reflejo familiar o del rechazo de los compañeros.

La literatura sobre tratamiento adolescente muestra que algunos autores hacen una terapia que ayuda al adolescente a aceptar una resolución homosexual. Necesitan un gran apoyo para superar la depresión y otras dificultades psiquiátricas y dilemas sociales.

Abusos sexuales e incesto infantil:

El abuso sexual de niños se define como el uso de un niño como objeto de gratificación sexual para las necesidades o deseos sexuales, por parte de un adulto.

El incesto se refiere a la explotación sexual del niño por parte de otro miembro de la familia. La definición legal de incesto es la cohabitación entre personas emparentadas en cierta manera o en las que el matrimonio está prohibido por ley. Los abusos sexuales fluctúan en severidad desde una caricia moderada hasta una violación. Los abusos sexuales infantiles pueden fluctuar en edad desde niños hasta adultos jóvenes. Las chicas aparecen cinco veces más como víctimas de estos abusos que no los niños. Las formas más comunes del abuso sexual en niñas son el exhibicionismo, las caricias, el contacto genital, la masturbación y la cópula vaginal, oral o anal por un hombre perpetrador. Los niños son normalmente objeto de caricias, masturbación mutua, felación y cópula anal. Alrededor de la mitad de niños que son víctimas de abusos se ven implicados en incidentes repetitivos. En muchos casos la vejación se da durante diversos años.

Ha habido un incremento dramático en la incidencia de los abusos sexuales durante los últimos 15 años. Estudios retrospectivos en mujeres estiman una alta prevalencia de abusos sexuales durante la infancia. Esto sugiere que la mayoría de casos no se dan a conocer nunca.

La familia incestuosa ha sido descrita universalmente como trastornada y disfuncional. Aunque algunas características típicas de las familias incestuosas han sido ampliamente observadas, existen considerables variaciones en la familia psicopatológica.

Los patrones que se han descrito con más frecuencia son de rigidez, familia estructurada patriarcalmente, con un padre que mantiene su posición dominante a través de la fuerza y la coacción. La relación marital es incapaz de satisfacer las fuertes necesidades de dependencia de la madre y el padre que a menudo son privados de sus propios hijos.

El sistema familiar es cerrado y los de afuera son vistos con suspicacia. Algunos padres incestuosos y dominantes utilizan la violencia para asegurar su poder y control de la familia. De todas formas no todos los padres incestuosos son violentos; algunos inician su actividad sexual a través de una sutil coacción más que a través de la fuerza física.

Por otro lado, se dan patrones opuestos donde la madre es la dominante y el padre el pasivo. Estos padres se sienten poderosos solo a través de las relaciones incestuosas con los hijos.

Los problemas sexuales son frecuentes en los matrimonios de las familias incestuosas. La frustración sexual del marido debido a la no disponibilidad de la mujer precipita muchos casos de incesto. Algunos padres incestuosos tienen un extraño componente pedofílico en su sexualidad, estos hombres se excitan más con los niños que con sus mujeres. También es probable que estos individuos tengan otras experiencias de parafilia (como por ejemplo: exhibicionismo, voyeurismo, masoquismo, etc.) y se exciten sexualmente con niñas jóvenes además de sus hijas o hijastras.

Es conveniente hacer una distinción entre agresores sexuales de “fijación” y de “regresión”:

A. Los *agresores de fijación* demuestran una parada en el desarrollo psicosexual y tienen fijaciones sexuales por jóvenes prepuberales, especialmente chicos. Estos hombres raramente se comprometen en relaciones sexuales con gente de su edad y en raras ocasiones se casan.

B. Los *agresores de regresión*, estos demuestran un interés sexual primario por los compañeros de la misma edad. Frecuentemente se casan y parecen llevar unas relaciones adecuadas con sus mujeres e hijos. Aparecen interesados sexualmente en los niños cuando sus relaciones adultas se vuelven conflictivas y acostumbran a interesarse por chicas jóvenes. Se observa frecuentemente en las familias incestuosas, son familias endogámicas, con un padre que es incapaz de establecer relaciones sociales gratificante fuera de la familia, este padre se centra en los hijos cuando está sexualmente frustrado, en vez de establecer relaciones extraconyugales.

La confusión de roles es común en las familias incestuosas. La madre frecuentemente delega tareas maritales y de la casa en su hija. El padre a menudo asume el papel de nutridor y cuidador, pero proporciona todo esto en un contexto sexual. Desgraciadamente las relaciones incestuosas pueden ser la única fuente de intimidad y afecto hacia el hijo. El padre a menudo utiliza a su hija como una mujer sustituta, esperando que ella le proporcione a él una gratificación sexual y un apoyo emocional y depende de ella para la organización de la casa. La fijación de la hija por el padre como objeto sexual le impide tener unas buenas relaciones heterosexuales adolescentes.

El alcoholismo está frecuentemente implicado en el incesto como factor desencadenante. Existe una alta incidencia de alcoholismo en estos padres. Parece ser que es más frecuente en padres incestuosos que no en agresores no incestuosos.

Las familias incestuosas muestran patrones de relaciones con el sistema familiar y sin relaciones con el mundo exterior, son altamente endogámicas. Hay una confusión respecto a los límites intergeneracionales y poco respeto por la intimidad y el espacio físico de los miembros de la familia. Muestran a menudo una falta de modestia en lo que se refiere a la

desnudez y a la higiene diaria. La rigidez de límites entre las familias incestuosas y el exterior dan un claro contraste con la falta de límites intergeneracionales.

La negación es el mecanismo de defensa más utilizado por los miembros de la familia. El padre la utiliza para considerar el incesto como una parte de la educación sexual de sus hijas. La madre es incapaz de reconocer y condenar los signos obvios de incesto porque esto pone en peligro la relación con su marido. Los hijos utilizan la negación como una protección de la vergüenza y la culpa, así no manchan fuera la reputación del padre y la familia permanece intacta.

Secuelas psicológicas:

Las secuelas psicológicas más frecuentes de los abusos sexuales pueden dividirse entre psicopatología general y desórdenes específicos en la conducta sexual y la identidad sexual:

A. Psicopatología general:

Los diagnósticos más comunes son ansiedad, disociación, depresión y baja autoestima, aumento de agresión y otros síntomas.

1. Ansiedad:

Los trastornos fóbicos y los trastornos de ansiedad se describen a menudo como secuelas a corto plazo de los abusos infantiles. Síntomas como trastornos del sueño, insomnio, pesadillas, fobias y somatizaciones. Se describen a menudo reacciones de miedo generalizadas a todos los hombres (en el caso de las chicas). Casos severos de abusos sexuales dan a menudo un cuadro de estrés post-traumático.

2. Disociación:

Es una alteración de la conciencia resultando una pérdida de memoria o identidad. Se debe ver como una defensa primitiva que aparece como una consecuencia de traumas psicológicos.

3. Depresión y baja autoestima:

Parece que es consecuencia de un daño permanente, se produce un impacto muy negativo del trauma sexual en criaturas con baja autoestima, estos adolescentes tendrán una mayor incidencia de intentos de suicidio que otros pacientes.

4. Otros síntomas:

Se producen otros síntomas como pueden ser por ejemplo las dificultades de relación con gente de la misma edad. Conductas sociales inadecuadas. Problemas en el proceso de separación-individuación.

B. Trastornos de la conducta y la identidad sexual:

La prematura exposición a una actividad sexual forzada puede producir un impacto adverso en el desarrollo psicosexual, la identidad sexual y la futura capacidad para la intimidad sexual. Frecuentemente las víctimas de abuso sexual describen una tendencia a repetir la

experiencia sexual, un “acting out” sexual, así como una hipersensibilidad sexual. Se postula que estos niños provocan contactos sexuales adicionales como una manera de obtener placer y necesitan satisfacciones como una técnica para vencer el trauma original. Por ejemplo, estudios con prostitutas revelan que en un 36% han sufrido incesto infantil. Por otro lado muchos estudios hablan de reacciones fóbicas y de inhibición sexual como consecuencia de los abusos sexuales. Parece que son dos estilos de adaptación diferentes para las víctimas de abusos. Algunos estudios hablan de problemas de identidad sexual en chicas que han sufrido abusos sexuales. Problemas parecidos se han observado en chicos que también los han sufrido.

Tratamiento:

El objetivo inmediato de la intervención en casos de abusos sexuales en niños es modificar el entorno para evitar que el niño tenga riesgo de abuso, así el perpetrador no ha de tener acceso demasiado tiempo al niño.

El tratamiento del niño empieza con la crisis que supone la intervención de tratar con él o ella su aguda ansiedad al relatar los síntomas relacionados con el abuso y la consiguiente crisis familiar. La intervención está también destinada a prevenir el desarrollo de las secuelas a largo plazo del abuso sexual.

Desde el momento que la familia incestuosa aparece como severamente disfuncional, el tratamiento del niño se debe complementar con la intervención sobre los miembros de la familia. Los padres incestuosos acostumbran a ser trasladados de casa, pero ellos se deben beneficiar de una psicoterapia individual o de grupo, o una intervención conductual si hay componentes pedofílicos en su conducta incestuosa.

La intervención con la madre va destinada a promover una conducta más protectora y más de soporte hacia la víctima. Un tratamiento adicional debe ir encaminado hacia trabajar la culpa y la cólera hacia el marido, la pérdida y la depresión asociada con la ruptura del matrimonio y la cólera hacia el hijo por la usurpación de su papel como pareja sexual. Bajo ciertas circunstancias se debe proponer una terapia familiar y un tratamiento diádico.

La terapia de grupo para el niño puede ser una primera modalidad de tratamiento o paralela a la psicoterapia individual. Es particularmente efectiva en adolescentes y preadolescentes víctimas de abuso sexual porque ofrece el apoyo de los compañeros, facilita la discusión de los sentimientos y los ayuda a eliminar sus sentimientos de soledad y estigmatización.

La psicoterapia individual o terapia de juego ayuda a la víctima a resolver conflictos y síntomas que interfieren en sus relaciones con los compañeros y con la familia y en el funcionamiento académico o con su autoestima.

Gran parte de la primera fase de la terapia está destinada a eliminar el miedo de revelar y establecer apoyo y una buena relación con el niño. La experiencia de la explotación sexual y

coerción del padre de quien se espera amor y cuidados genera miedo a revelar que se generaliza a la otra figura parental y figuras de autoridad y es inevitable en la relación psicoterapéutica. El niño tiene miedo de ser seducido por un terapeuta masculino y le preocupa que una terapeuta femenina pueda actuar como una madre protectora. El terapeuta ha de interpretar estas reacciones de transferencia. Después de un período de prueba el niño va adquiriendo confianza progresivamente con el terapeuta.

El niño muestra síntomas de ansiedad al relatar, a menudo en forma de trastorno de estrés post-traumático. Algunas víctimas aparecen fijadas en el trauma, reviven los elementos traumáticos del abuso en juegos, sueños, fantasías y producciones artísticas. Una vez se ha hecho la conexión, el niño puede ser capaz de verbalizar las memorias traumáticas y expresar los afectos en palabras más que en acciones.

Algunos niños utilizan defensas fóbicas y evitación. Así evitan contacto con compañeros, intimidad y situaciones asociadas con la sexualidad, por ejemplo: desvestirse o ducharse delante de otros. El niño ha de aprender a diferenciar los individuos benignos de los abusadores sexuales.

La estigmatización del niño por las relaciones incestuosas se muestra como vergüenza, miedo, baja autoestima, depresión y puede derivar en conducta suicida. Estos sentimientos se intensifican si el niño es censurado por participar en actividades sexuales. El terapeuta debe cambiar la percepción que él o ella tiene de los actos sexuales. Se debe enfatizar que el niño que está siendo coaccionado por un padre para participar en una conducta sexual no debe sentirse culpable.

La víctima de incesto está siendo precipitada prematuramente a llevar un rol parental, a servir al padre como pareja sexual y confidente y asumir las tareas y responsabilidades de la madre. Estos roles entran en conflicto directo con las necesidades del niño de cuidado y protección. Las víctimas de incesto mantienen un comportamiento infantil con el padre con una fachada de adulto si evita tener relaciones con compañeros de la misma edad, que es un prerrequisito para la función de independencia. El terapeuta ha de motivar al niño para disfrutar de actividades propias de su edad y empezar a tener relaciones con sus pares.

El niño muestra dos estilos de respuesta ante su prematura estimulación sexual: por un lado muestra pensamientos de repetición y reactuación de las conductas de abuso y por otro lado miedo y evitación de la estimulación sexual. Cada una de estas respuestas se basa en un debilitamiento de la represión normal. La finalidad de la psicoterapia es controlar el "acting out" y establecer patrones a la vez que anima a usar niveles más altos de defensa como la represión, la sublimación y la intelectualización.

Contratransferencia:

El mayor problema de contratransferencia con el que se encuentra el terapeuta es la tendencia a sobreidentificarse con la víctima. Esta situación puede provocar una intolerancia

de los sentimientos positivos del niño hacia el perpetrador o puede llevar al niño a exteriorizar su ira demasiado prematuramente. Estos terapeutas se vuelven impacientes con el progreso de la terapia y no pueden tolerar la resistencia ni la hostilidad del niño.

5. BIBLIOGRAFIA:

- BRADLEY, S.J.; M.D.; ZUCKER, K.J.; Ph.D. (1985) *Gender disorders in childhood: a formulation*. In: **Gender Dysphoria. Development**, Research, Management, Steiner B.W., ed. New York: Plenum. pp 175-188.
- BRADLEY, S.J.; ZUCKER, K.J.; Ph.D. (1997) *Gender Identity Disorder: A review of de past 10 years*. **Child & Adolescent Psychiatry**, 36, nº7, pg.872-880.
- COHEN-KETTENIS, P.T.; Ph.D; VAN GOOZEN, S.H.M.; Ph.D. (1997) *Sex reassignment of adolescent transsexuals: a follow study*. **Child & Adolescent Psychiatry**. 36, nº2, pg.263-271.
- CORNELLA CANALS J, (1997) *El proceso de identidad sexual durante la adolescencia* En: **Reeducacion psicomotriz, psicoterapia y atencion precoz**. Tomas J (ed). Barcelona. Laertes. Pg: 161-162
- FREUD, S. (1947) **The ego and the it**. London. Hogarth Press.
- GALENSON, E. (1974) *The emergence of control awarence during the second year of life*. In: Friedman K.C. (Ed.): **Sex differences in behavior**. New York, Wiley, 1974.
- GALENSON, E. (1993) *Sexuality in infancy and preschool aged children*.(1993) In Yates, A. (Ed.): **Sexual and gender identity disorders child & adolescent psychiatric clinics of North America**. Philadelphia, Saunders.
- GREEN, A.H.; M.D. (1996) *Child sexual abuse and incest*. In: Lewis, M.; M.B.; B.S.; F.R.C. Psych.; D.C.H.(Ed.). **Child and Adolescent Psychiatry, a comprehensive Textbook**. Maryland. Williams & Wilkins.
- GOODWIN, J.M.; ZOUHAR, M.S.; BERGMAN, R.(1989) *Hysterical seizures in adolescent incest victims*. In: Goorkwin, J. (Ed.). **Sexual abuse: incest victims and their families**. Chicago, Year book.
- GROTH, A.N. (1982) *The incest offender* . In: Sgroi, S. (Ed.) **Handbook of clinical intervention in child sexual abuse**. Lexington, M.A., Lexington Books.
- JACKSON, S.(1993) *Childhood and sexuality in historical perspective*. In: Yates, A. (Ed.): **Sexual and gender identity disorders child & adolescent psychiatric clinics of North America**. Philadelphia, Saunders.
- KAGAN, J.; REZNICK, J.S.; SNIDMAN, N. (1987) *The Physiology and Psychology of behavioral inhibition in children*. **Child Dev**, 58, pg.1459-1473.
- LEWIS, M.; M.B.; B.S.; F.R.C. Psych.; D.C.H.(Ed.). (1996) **Child and Adolescent Psychiatry, a comprehensive Textbook**. Maryland. Williams & Wilkins.
- MAIDEU PUIG E, (1997) *Propuesta para la seguridad sexual*. En: **Reeducacion psicomotriz, psicoterapia y atencion precoz**. Tomas J (ed). Barcelona. Laertes. Pg:123 -129
- MARDOMINGO SANZ MJ, (1995). *Trastornos de la identidad sexual en la infancia*. En: **Psicopatologia del niño y del adolescente**. Ed: Rodriguez Sacristan J. Universidad de Sevilla. Pg : 641-654

- KOHLBERG, L. (1966) *A cognitive-developmental analysis of children's sex role concepts and attitudes*. In: Mac coby, E.E. (Ed.) **The development of sex differences**. Stanford, C.A.; Stanford University Press.
- PEDREIRA MASA JL, (1995) Psicopatologia y trastornos de la sexualidad en la infancia. En: **Psicopatología del niño y del adolescente**. Ed: Rodriguez Sacristan J. Universidad de Sevilla. Pg 625-640
- PETERS, S.D.(1985) *Child sexual abuse and later psychological problems*. Paper presented at the American Psychological Association. Los Angeles.
- PETITBO M D, (1997) *Intervención psicológica en el abuso sexual a menores*. En: **Reeducación psicomotriz, psicoterapia y atención precoz**. Tomas J (ed). Barcelona. Laertes. Pg: 114-122
- RODRIGUEZ SACRISTAN J. (1995) *La experiencia sexual infantil . Aspectos evolutivos*. En: **Psicopatología del niño y del adolescente**. Ed: Rodriguez Sacristan J. Universidad de Sevilla. Sevilla pg: 617-624
- SEARS, R.; MACLOBY, E.; LEVIN, H. (1957) **Patterns of child rearing**. New York, Harper & Row.
- YATES, A.; M.D.:(1996) *Childhood sexuality*. In: Lewis, M.; M.B.; B.S.; F.R.C. Psych.; D.C.H.(Ed.). **Child and Adolescent Psychiatry, a comprehensive Textbook**. Maryland. Williams & Wilkins.
- ZUCKER, K.J. (1985) *Cross gender identified children*. In: Steiner, B.W.(Ed.) **Gender Disponía: Development, Research, Management**. New York, Plenum, pg. 75-174.