

*atender y educar la*  
**SEXUALIDAD**  
*desde la consulta de pediatría*

Financiado por:



UNIÓN DE ASOCIACIONES FAMILIARES  
**UNAF**  
trabajamos por el  
bienestar de las familias

## *Autores*

### **EDUCAR Y ATENDER LA SEXUALIDAD DESDE PEDIATRÍA**

***Carlos de la Cruz Martín-Romo.*** Psicólogo y Sexólogo  
Jefe Prevención y Promoción de la Salud Ayuntamiento de Leganés  
Profesor estudios de postgrado en Sexología INCISEX-Universidad de  
Alcalá de Henares  
Colaborador para temas de Sexualidad de UNAF, CEAPA y  
Confederación ASPACE  
carlosdelacruzmr@gmail.com

***Miguel Ángel Fernández Cuesta Valcarce.*** Médico  
Pediatra de Atención Primaria. Centro de Salud Juan de la Cierva.  
Getafe. Madrid  
Especialista en Pediatría  
Magíster Universitario en Endocrinología Pediátrica por la  
Universidad Complutense de Madrid  
miguelfcuesta@ya.com

### **ANEXO**

***Vicent Bataller i Perelló.*** Sexólogo. Médico y Sexólogo  
Institut Valencià de Sexologia y Psicoteràpia Analítica (IVSPA)  
Miembro del Instituto de Estudios Psicosomáticos y Psicoterapia  
Médica (IEPPM)  
Coordinador Espai de Sexologia.Universitat Internacional de Gandía  
(UIG-UV,EG)  
vicentebataller@ono.com  
www.vicentebataller.com

Este manual “Educar y Atender la Sexualidad desde Pediatría” se enmarca dentro de las distintas acciones que UNAF está promoviendo para hacer que la Educación Afectivo Sexual sea una realidad para todos los chicos y todas las chicas, es decir para todas las personas.

Creemos que la Educación Afectivo Sexual es una tarea compartida, en la que las familias han de jugar un papel principal pero también creemos que hay otros muchos agentes que tienen algo que aportar en la misma dirección. Es un reto de todos y todas.

Las familias junto al profesorado, personal sanitario, educadores, educadoras y otros agentes sociales debemos trabajar de manera complementaria, de tal forma que todos y todas hagamos fuerza en la misma dirección, guardando los equilibrios necesarios para no interferirse los unos a los otros. No debemos contemplarnos como la “competencia”, somos necesarios y compartimos el mismo objetivo: que niños y niñas, que chicos y chicas aprendan a conocerse, aceptarse y a expresar su sexualidad de modo que pueda ser fuente de bienestar y salud.

Con este material, queremos facilitar que las consultas de pediatría sean también espacios donde lo relacionado con la conducta sexual pueda tener cabida y no sólo los problemas que pudiera generar. Las consultas son espacios por donde pasan todos los niños y niñas y todas las familias. Es por eso que creemos que puede ser el lugar adecuado donde se garantice con total seguridad que los comportamientos afectivos sexuales se transmitirán responsablemente por profesionales del mundo de la sanidad. El objetivo del que hablamos no es en absoluto ajeno a la salud integral de las personas.

Este documento no pretende tener todas las claves, se podrían contar más cosas y proponer otros ejemplos, pero nos conformamos con que sirva para dar unos primeros pasos y abrir alguna puerta. Perder el miedo a hablar de sexualidad y tender puentes entre familias y profesionales de la pediatría, de medicina o enfermería.

*Juana Angulo Fernández*  
**Presidenta de UNAF**

# Índice

## EDUCAR Y ATENDER LA SEXUALIDAD DESDE PEDIATRÍA

1. El papel de la consulta de pediatría ante la sexualidad .....	9
2. Objetivos y conceptos de la educación y la atención en sexualidad .....	17
3. Desarrollo evolutivo del niño y de la niña hasta los 14 años .....	25
4. Educar y atender cuando no hay demandas .....	53
5. Contenidos a abordar en las diferentes revisiones y contactos con el niño y sus familias .....	59
5.1 Primera visita del recién nacido .....	59
5.2 Edad de 2 a 6 meses .....	60
5.3 Edad de 6 meses a 2 años .....	61
5.4 Edad de 2 a 6 años .....	62
5.5 Edad de 6 a 11 años .....	64
5.6 Edad de 11 a 14 años .....	66
6. Consultas frecuentes sobre sexualidad .....	73
7. Prevención y anticoncepción de emergencia .....	93
ANEXO <i>Más allá de Pediatría</i> .....	107
BIBLIOGRAFÍA .....	117



# 1. **E**l papel de la consulta de pediatría ante la sexualidad

Todos los niños, niñas y adolescentes tienen derecho a recibir una información y educación sexual, que no sólo contenga conocimientos sobre reproducción y genitalidad, sino también actitudes, habilidades y valores necesarios para disfrutar de su sexualidad, tanto física como emocionalmente, individualmente y en sus relaciones con los otros, y que les haga capaces de tomar decisiones informadas sobre su vida sexual y reproductiva.

Esta educación no debería, por tanto, focalizarse exclusivamente en los aspectos reproductivos de la sexualidad del adolescente y debería incluir tanto a los sujetos sexualmente activos como a los que aún no lo son. Nos interesan todos los chicos y chicas, todas sus sexualidades, y nos interesan desde mucho antes de llegar a la adolescencia.

Todavía, con demasiada frecuencia, se asocia la sexualidad exclusivamente a los peligros. De modo que se acaba poniendo el foco únicamente sobre las conductas de riesgo y sobre quienes se considera que pueden ser más vulnerables a las mismas: niños y niñas, chicos y chicas con problemas de aprendizaje, trastornos sociales, alteraciones emocionales o de comportamiento, problemas familiares...

Los comportamientos de riesgo también se asocian al consumo excesivo de alcohol o de otras sustancias. Pero también están influidos por determinados valores o creencias, por la distorsionada percepción del riesgo real, la falta de habilidades para hablar del tema o para rechazar una relación, las expectativas ante la relación.... En definitiva muchas causas y muchas interacciones entre ellas.

La educación sexual debe ayudar a los niños, las niñas y adolescentes a adquirir una adecuada información sobre la anatomía



y el desarrollo sexual y reproductivo, disipando mitos, creencias erróneas y dudas; desarrollar habilidades vitales como el pensamiento crítico, negociación y comunicación, confianza, empatía, capacidad para hacer preguntas y buscar ayuda, etc. y consolidar actitudes y valores positivos como mentalidad abierta, autoestima, ausencia de prejuicios, respeto a los demás y actitud positiva en lo referente a su salud sexual y reproductiva.

**T**rabajando por estos objetivos e, insistimos, trabajando desde el principio, no hay necesidad de esperar a que la sexualidad se convierta en un peligro para intervenir. Tampoco a que el chico o la chica muestren algún déficit, ya sea informativo o de otro tipo, para subsanarlo. Trabajamos en positivo, por lo que queremos conseguir y no únicamente por lo que queremos evitar, lo que nos permite ser coherentes y prestar atención a todas las sexualidades con la misma intensidad.

**E**n el plural de las sexualidades, evidentemente, también están incluidos todos los chicos y chicas, gays o lesbianas, con quienes por supuesto hay que trabajar todo lo anterior, pero con quienes también hemos de ser conscientes que son más frecuentes las tasas de depresión o el abandono escolar. Precisamente que la homosexualidad siga sin aparecer en las expectativas, ni en las conversaciones o que aún provoque el rechazo de parte de la sociedad está en el origen de esas dificultades añadidas. Asimismo se dan desde la infancia conflictos en la identidad sexual y que se agravan en la adolescencia, nos referimos a la transexualidad masculina y femenina que tampoco podemos obviar.

**L**a educación sexual debe hacerse también en las escuelas. Como también las familias deben jugar el papel que les corresponde. Sin embargo no siempre ocurre ni lo uno ni lo otro. O cuando ocurre se centra más en los aspectos biológicos que relacionales. Por tanto, si los y las profesionales de la pediatría y de la enfermería son conscientes de ello, pueden ejercer una labor muy importante, tanto desde su consulta, como mediante su participación en actividades de educación sexual dentro de la escuela o en otros ámbitos de participación comunitaria.

**P**or supuesto es en la consulta donde el personal sanitario dispone de un lugar privilegiado para proporcionar una educación sexual longitudinal a niños, niñas y adolescentes en el marco de la promoción de hábitos saludables y detección precoz de problemas en la infancia, dadas las condiciones de confianza, comunicación y confidencialidad con las familias y los propios niños, niñas o

adolescentes. Este marco posibilita una evaluación y consejo personalizado y permite, a su vez, proporcionar tanto a niños, niñas, adolescentes como a las familias una educación conjunta o separada pero en cualquier caso coordinada.

Por todo lo anterior, y pese a que en la mayor parte de los programas de salud y carteras de servicio la mención al hecho sexual humano apenas se limita a la información sobre métodos anticonceptivos y prevención de infecciones de transmisión sexual en el adolescente, consideramos necesaria una mayor implicación de la pediatría y la enfermería en este ámbito.

La Academia Americana de Pediatría elaboró en 2001 un documento sobre la educación sexual a niños, niñas y adolescentes en el que hace una serie de recomendaciones para la consulta de pediatría.

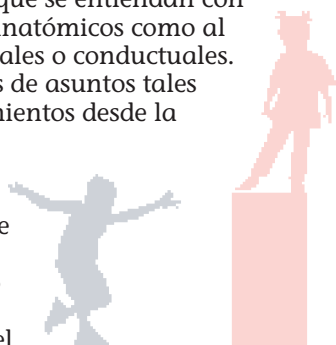
1. **Integrar la educación sexual en la práctica clínica habitual** y situarla en una perspectiva de continuidad desde la primera infancia hasta la adolescencia, sin pretender en ningún caso imponer valores en la familia.

Como es lógico, siendo conscientes de la diversidad de situaciones familiares y procurando que, en cualquier caso, todas las familias sientan la misma legitimidad para contribuir a la educación sexual.

2. **Animar a las familias a tratar con sus hijos e hijas los temas relacionados con la sexualidad**, sin eludir respuestas y en términos apropiados al nivel de desarrollo de cada niño o cada niña.

Se deben emplear términos apropiados y que se entiendan con claridad, tanto al referirse a los aspectos anatómicos como al hacerlo sobre otros aspectos más emocionales o conductuales. Se puede y se debe hablar con las familias de asuntos tales como la masturbación u otros comportamientos desde la primera infancia.

Del mismo modo que es importante que la familia aprenda que se puede hablar de todo lo relacionado con la sexualidad en la consulta, también es importante que lo aprendan el niño o la niña; por eso se pueden aprovechar oportunidades como el



nacimiento de un bebé o de una mascota para iniciar conversaciones sobre sexualidad.

3. **Proporcionar educación sexual** que respete la confidencialidad y reconozca los valores y creencias del niño de la familia.

Dirigirse a los niños, las niñas y adolescentes con un lenguaje adecuado a su nivel de desarrollo, con respeto a los valores, actitudes y normas familiares, tratando así de complementar la educación sobre sexualidad impartida en el colegio, generalmente dirigida a la prevención de embarazo no deseado, infecciones de transmisión sexual y otros riesgos. Se debe procurar transmitir que la sexualidad puede ser fuente de bienestar y en la que, evidentemente, hay lugar para los deseos pero también para la responsabilidad.

En el diálogo con adolescentes y preadolescentes se procurará afianzar conocimientos, desterrar mitos y resolver dudas sobre cuestiones relacionadas con la anatomía, masturbación, menstruación, eyaculaciones involuntarias, fantasías sexuales, orientación del deseo, la “primera vez”... Asimismo es conveniente ofrecer información sobre recursos de anticoncepción de emergencia y de otras posibilidades. En todos los casos, siempre con mentalidad abierta y sin prejuicios.

Igualmente se debe procurar facilitar a las familias información sobre sexualidad., promoviendo una comunicación abierta y honesta entre padres, madres, hijos e hijas también sobre estos asuntos.

4. **Suministrar consejo específico confidencial, sensible a las diferencias culturales y sin prejuicios, sobre las cuestiones clave de la sexualidad**

Información general para todos y todas. Tanto sobre el desarrollo sexual como sobre la evitación del consumo de alcohol y drogas, por su efecto negativo directo sobre la salud del chico o la chica adolescente, y además por cómo se correlaciona con las relaciones eróticas de riesgo.

Si se pretende reducir los embarazos no deseados, así como la transmisión de infecciones y enfermedades habrá que informar pero también será necesario atender otras muchas variables, entre ellas algunas peculiaridades culturales, los valores y

normas del grupo de iguales, la percepción de riesgo, las habilidades...

## 5. Consejo e información sobre recursos para niños, niñas y adolescentes con necesidades específicas

**Homosexualidades.** El mantener una actitud abierta y libre de prejuicios y evitar el sesgo heterosexual tanto a la hora de hablar de sexualidad como cuando se hace la historia clínica, favorece la apertura de chicos y chicas que sientan que su orientación del deseo es homosexual. Que se sientan gays, lesbianas o bisexuales sin que les suponga miedo o temor expresarlo al o la profesional de la salud.

En ocasiones será importante ayudarles a decidirse sobre las ventajas e inconvenientes de revelarlo a sus amigos o familia. En cualquier caso se les debe mostrar apoyo comprendiendo que la decisión ha de ser suya y que puede necesitar de tiempo. Si fuese la familia quien reclamase el apoyo se debería actuar del mismo modo.

Sabemos que todas las orientaciones del deseo son iguales y que por tanto deberían gozar de la misma legitimidad, pero también sabemos que hoy por hoy, y reconociendo los indudables avances, las cosas no están iguales para homosexuales y heterosexuales. Menos aún en la adolescencia. Los trastornos emocionales, e incluso la depresión, suelen ser más frecuentes entre adolescentes homosexuales que heterosexuales. Eso sí, casi siempre estos trastornos son producidos por el rechazo real o imaginario que el chico o la chica homosexual percibe o espera de su entorno más próximo.

**Discapacidad.** Habitualmente la sexualidad de las personas con discapacidad está rodeada de silencio. Sin embargo sabemos que el silencio no es una vacuna ni evita que la sexualidad esté presente. Por tanto, como nuestro objetivo es atender todas las sexualidades, también hemos de atender éstas. Tanto las familias como los propios chicos y chicas con discapacidad tienen que oírnos hablar del tema y tienen que percibir que tratamos su sexualidad con la misma legitimidad que, por supuesto, al resto de sexualidades.



**Otras situaciones.** Se tratará de identificar niños y niñas con riesgo de relaciones sexuales precoces y no deseadas: víctimas de abusos previos, desarrollo puberal precoz o factores de riesgo social, problemas de aprendizaje, abuso de drogas o alcohol o comportamiento antisocial. En estos casos habrá que proporcionarles consejo sobre sexualidad y derivarlos, si es preciso, a los equipos de orientación de los centros educativos o al servicio de Salud Mental.

## **6. Facilitar atención ginecológica a las adolescentes con relaciones coitales**

En países como Estados Unidos se recomienda iniciar los programas de detección precoz de cáncer de cérvix desde el inicio de la actividad sexual coital y hasta los 65 años, con periodicidad de al menos cada 3 años. En España, el grupo de expertos del PAPPS recomienda el test de Papanicolau en mujeres sexualmente activas de 35 a 65 años, inicialmente 2 tests con periodicidad anual y posteriormente cada 5 años.

En este contexto, es interesante dar información sobre la vacuna frente al virus del papiloma humano (VPH). La importancia de este virus radica en que su infección se considera un factor necesario para el desarrollo del cáncer de cérvix.

Se trata de un grupo de virus de los que existen más de 40 tipos que según su capacidad oncogénica se clasifican como de alto o bajo grado. Los de bajo grado pueden producir cambios histológicos benignos o verrugas genitales (condilomas acuminados) y los de alto grado lesiones cervicales precancerosas, cáncer de cérvix y otros cánceres mucosos menos frecuentes. En este momento se dispone de dos vacunas que cubren el 70 % de los genotipos cancerígenos y una de ellas además protege de los condilomas acuminados.

Se recomienda administrar esta vacuna a una edad previa al inicio de las relaciones coitales.

Hay que subrayar que la vacuna reduce pero no evita la posibilidad de desarrollar un cáncer de cérvix, dado que no cubre el 30 % de las cepas tumorales por lo que se deben seguir adoptando programas de detección precoz. Además no protege del resto de infecciones de transmisión sexual.

## 7. Participar y colaborar en programas escolares de educación sexual

Desde pediatría se debe estar informado de los contenidos en educación sobre sexualidad que se imparten en los colegios e institutos de su zona.

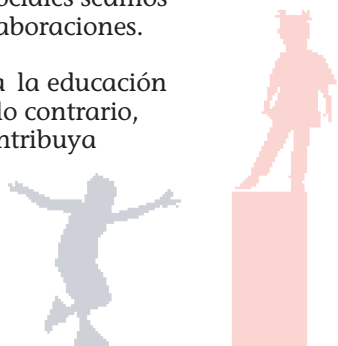
Los centros educativos ofrecen la posibilidad de suministrar información a un grupo de edad que difícilmente va a solicitarla a su médico. Ya sabemos que chicos y chicas adolescentes no acuden con facilidad a la consulta a resolver sus dudas. Puede ser, por tanto, interesante que desde pediatría y/o desde enfermería pediátrica se ofrezcan para dar alguna sesión extensiva a cualquier aspecto relacionado con la educación sexual. A la vez resultará una buena ocasión para promover los servicios sanitarios como recursos se referencia para las consultas relacionadas con la sexualidad.

## 8. Trabajar con las autoridades sanitarias locales en la planificación de estrategias comunitarias para reducir la tasa de actividades sexuales de riesgo.

Es importante que los profesionales sanitarios de atención primaria se ofrezcan para participar y asesorar en las iniciativas que sobre salud sexual y reproductiva promuevan las autoridades locales en el uso de sus competencias.

Sabemos que con la educación y la atención en sexualidad sucede como con el resto de temas: que las intervenciones serán más eficaces en la medida que estén más coordinadas y sean más contextualizadas. Para ello resulta inevitable que tanto los profesionales de atención primaria como el resto de profesionales o agentes sociales seamos permeables a dichas coordinaciones y colaboraciones.

Ninguna de nuestras propuestas respecto a la educación sexual debe considerarse un secreto. Todo lo contrario, cuanto más gente las conozca y más se contribuya en la misma dirección, más eficaces resultarán. De hecho, si sólo se trabajara desde la consulta de pediatría resultaría imposible alcanzar los objetivos.



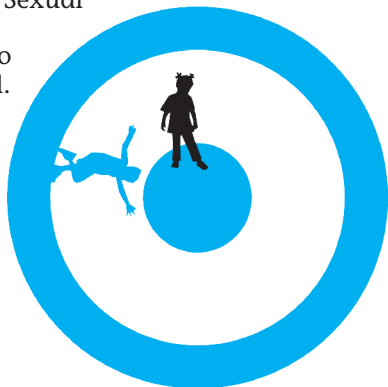


## 2. bjetivos y conceptos de la educación sexual

La educación sexual no es sólo importante para prevenir embarazos o enfermedades de transmisión sexual. Evidentemente sirve para ello, sobre todo si pensamos en jóvenes o adolescentes, pero, sinceramente, creemos que Atender y Educar la sexualidad sirve para muchas más cosas. No sólo para evitar riesgos. La sexualidad no es un peligro y el objetivo de la Educación Sexual no debe ser sólo preventivo.

Hablar de Educación Sexual es fundamentalmente hablar del **Hecho Sexual Humano**. Es hablar de chicos y chicas, de hombres y mujeres que son sexuados, que se viven como sexuados y que se expresan y se relacionan como tales. Por eso el objetivo de la Educación Sexual no es otro que el contribuir a que esos chicos y chicas aprendan a conocerse, aprendan a aceptarse y aprendan a expresar su erótica de modo que les resulte satisfactoria, que les permita ser felices. Una persona que sabe ser feliz y, por tanto, disfrutar de su erótica seguro que sabe evitar consecuencias no deseadas: embarazos, ITS, SIDA, situaciones de abuso... Sin embargo lo contrario no siempre es cierto, una persona que sabe evitar consecuencias no deseadas no siempre sabe disfrutar y ser feliz con su erótica. Por eso es imprescindible tener objetivos ambiciosos.

**El Hecho Sexual Humano** es algo que abarca a todos y todas. Por eso todos y todas necesitan Educación Sexual y no sólo quienes pueden ser susceptibles de un embarazo no deseado o del contagio de una enfermedad de transmisión sexual. La atención y la educación sexual son necesarias siempre, también en la infancia. Al decir todos y todas significa que no se plantean rangos, jerarquías ni calidades, incluyendo también chicos y chicas, hombres y mujeres,



con algún tipo de discapacidad, física, psíquica o sensorial o con cualquier tipo de orientación sexual.

**El hecho sexual humano.** Aunque parezca mentira, aclarar ciertos conceptos resulta más complicado de lo que parece. El lenguaje que hace referencia al Hecho Sexual Humano está repleto de términos ambiguos y evasivos. De hecho no siempre que se emplean se hace con el mismo significado ¿Qué decimos o qué queremos decir cuando hablamos del sexo, de lo sexual, o de la sexualidad? Éstos y otros términos han acabado siendo confusos y creando confusión. Dejando la impresión de que todo está mezclado: lo que se es, lo que se hace y lo que se tiene.

Sin embargo, esta aparente ausencia de lenguaje no debe llevarnos a convertir la realidad de los sexos en una realidad muda. Por eso y para clarificar este embrollo, proponemos tres registros, correspondientes a tres realidades. Que si bien pueden estudiarse por separado, son vividas conjuntamente por todo ser humano. Hablamos de la Sexuación, la Sexualidad y la Erótica. A sabiendas de que no es el único marco posible, pero, al menos, nos resulta útil para ir clarificando ideas.

**De la Sexuación.** Desde el momento de la fecundación hasta la muerte, se van a ir concatenando toda una serie de niveles o estructuras que, progresiva y evolutivamente, van sexuando a cada individuo. Es decir, van haciéndole sexuado y, además, sin posibilidad de “no serlo”.

Pues bien, todos estos elementos, estructurales y estructurantes, del sexo llevarán a uno de los dos resultados posibles: hombre o mujer. Aunque, por supuesto, cualquiera de estos resultados estará lleno de matices.

Los niveles de los que hablamos son muchos. En primer lugar está el sexo cromosómico, pero también el sexo gonadal, los genitales externos, y tras el nacimiento el proceso sigue con el sexo de asignación, la crianza diferencial, la pubertad, y finalmente el climaterio y la andropausia.

Estos niveles deben verse desde una doble perspectiva: a cada nivel le corresponden dos posibilidades: hombre o mujer, y la mayoría de ellos está lleno de grados o matices. De modo que cada cual se situaría en un punto del continuo, donde existen los extremos, pero donde también abundan las zonas comunes.

De todo esto se desprende una idea: Sexos hay dos: hombre y mujer, pero cada uno de ellos está repleto de posibilidades. Hay muchas maneras de “estructurarse”, de construirse, como hombre y muchas de hacerlo como mujer. Es más, posiblemente no existan ni los hombres, ni las mujeres completamente “puros” en todos sus niveles. Un hombre siempre tendrá elementos, o gradientes, femeninos. Al igual que una mujer elementos, o gradientes, masculinos. Digamos que en un hombre no todos “sus ladrillos” son necesariamente masculinos, ni en una mujer todos femeninos.

Todo esto de la sexuación nos debería aportar, al menos, dos ideas para nuestro trabajo diario como profesionales sanitarios. Una de ellas es que trabajar con niños y niñas es trabajar con “complejidades”, con seres únicos e irrepetibles. ¿Hace falta recordar que cada proceso es peculiar? Ser hombre o ser mujer es algo más que lo que nos muestre uno de los niveles tomado independientemente: ya sea este el cromosoma, los genitales externos o el sexo de asignación.

La segunda idea es que si esto lo tenemos claro, deberemos hacer algo para transmitirlo con la misma claridad, primero a las familias y, más adelante, al propio chico o chica.

**De la Sexualidad.** Enseguida el niño o la niña, después el hombre o la mujer, tomarán conciencia de que hay personas de dos sexos. Además cada uno y cada una empezará a identificarse como parte de uno de ellos y, desde luego, percibirá que su entorno le cataloga de un modo u otro. Pues bien, la sexualidad será la peculiar manera de verse, sentirse y vivirse como ser sexuado, como de uno de los dos sexos.

Dicho de otro modo, la Sexualidad es la manera que cada persona tiene de vivir “el hecho de ser sexuado”. Es una categoría subjetiva y no hace referencia, exclusivamente a los genitales o a funcionamientos anatomofisiológicos.

Es evidente que cada persona vivirá su sexualidad de distinta manera, que, dicho sea de paso, no es estable, sino que está en continua evolución. No puede ser de otro modo. Por supuesto al hablar de sexualidad es difícil hablar de lo normal y de lo anormal. Dado que el terreno de la sexualidad es el terreno de lo peculiar. En definitiva, de las sexualidades.

El papel desde pediatría o enfermería frente a este registro será el de procurar que cada niño, cada niña, cada cual, se conozca y se acepte, esté contento de lo que es y de cómo lo es. Como profesionales nos corresponde conocer el proceso, reconocerlo, respetarlo y protegerlo. Y, por supuesto, no caer en la trampa de ofrecer “modelos excluyentes”, ni que de nuestro lenguaje se deriven expectativas sobre como deberían ser o comportarse los “auténticos” hombres o las “auténticas” mujeres.

La vivencia del hecho de ser sexuados como hombre o como mujer podrá ser sentida en su matiz homosexual u heterosexual. Como es lógico, también en este caso es importante manejarse con la doble perspectiva, dos posibilidades y un continuo en el que se situarían los distintos grados de preferencia y en cuyo centro, o alrededores, se ubicaría la bisexualidad..

**De la Erótica.** La erótica es la forma concreta en que se expresa todo lo anterior, lo que somos y lo que vivimos. Y que, como es lógico, tiene múltiples y variadas formas. Cada cual tiene su propia erótica, al igual que, como hemos visto, tiene sus propias peculiaridades.

Para el desarrollo de la erótica entran en juego muchos factores. Por supuesto todo lo anterior, pero también los propios valores y creencias, la forma de pensar y de entender las relaciones eróticas y las relaciones de pareja, los sentimientos y la importancia que se den a los mismos, además del resto de cosas que cada cual pueda considerar importantes. De todo esto, que surge del propio individuo, así como de otras influencias, acabará surgiendo un tipo de erótica.

Las formas de expresión tienen dos vías y las dos han de ser objeto de atención. Una son los deseos y otra los gestos. A sabiendas de que no siempre los deseos acaban teniendo su reflejo en gestos. De ahí que haya quien proponga, incluso, que estos dos apartados sean dos registros distintos.

Por último no debemos olvidar que si entramos en el campo de los gestos, estos son igual de amplios y plurales que todos los apartados anteriores, que no se limitan a aquellos en los que la intervención de los genitales es relevante. También son expresiones de la erótica las caricias, el abrazarse, el coger de la mano, o los mordisquitos en el cuello... del mismo modo que lo son el coito vaginal o el resto de penetraciones. Además, también están las fantasías, que por supuesto forman parte de la erótica.

En ocasiones hay quien confunde fantasías con deseos, pero no creemos que sean lo mismo. Detrás de los deseos hay anhelos y ganas de que se conviertan en realidad. Aunque, como es de suponer, no siempre se consiga. El mundo de las fantasías es otra cosa, no necesariamente está formado por deseos, aunque en ocasiones se mezclen. Las fantasías buscan la excitación o alcanzar satisfacción por sí mismas.

Con las fantasías uno, o una, puede permitirse situaciones que, sin embargo, nunca se permitiría en realidad. Una última idea sobre las fantasías: no son sucedáneos de nada, ni sólo sirven para preparar situaciones posteriores. Son, con toda legitimidad, expresión de la erótica del mismo modo que los gestos.

Por cierto, en la erótica tampoco puede hablarse de modelos únicos de verdaderos hombres o verdaderas mujeres. No es necesario el coito vaginal o que la erótica sea heterosexual para considerarse o que te consideren un auténtico hombre o una auténtica mujer. Uno o una es lo que es, sencillamente: “porque lo es” y no porque lo parezca o por lo que haga.

## El verdadero objetivo de la Educación Sexual

Todo esto nos lleva a hablar de sexualidades ¡en plural! Porque hay muchas maneras de ser, de vivirse y de expresarse. Y que esto es verdad, insistimos, para todas las personas y en cualquier momento evolutivo. Es verdad en el caso de los niños y niñas que atendemos, tengan la edad que tengan, pero también es verdad en nosotros como personas adultas. Cada cual es, se vive y se expresa a su modo.

Desde estos postulados el verdadero objetivo de la Educación Sexual debe dirigirse, y ese es, al menos, nuestro propósito, a que chicos y chicas aprendan a conocerse, a aceptarse y a expresar su erótica de modo que sean felices. Como ya hemos visto, este objetivo es más grande y ambicioso que otros y además no excluye a ninguno.

### 1. Conocerse

Se debe procurar que niños y niñas, chicos y chicas, hombres y mujeres, aprendan a conocerse. Aprender a saber cómo son y cómo funcionan. Y, además, cómo son y cómo funcionan otros que son de su

mismo sexo y quienes son del sexo contrario. Puesto que hablamos de sexualidad y no sólo de genitales, será importante conocer, además de cómo funcionan éstos, muchas otras cosas que también son importantes.

La sexualidad está en todo el cuerpo, así que habrá que conocer todo el cuerpo. Hablar de la piel, de la sensibilidad. Recordando que son los genitales, los que forman parte del cuerpo y no es el cuerpo el que “acompaña” a los genitales.

Conocerse es conocer también las diferencias y es aprender que somos únicos e irrepetibles. Como hombres y como mujeres. No hay dos iguales, tampoco mejores o peores.

**2. Aceptarse** La Educación y la Atención de la Sexualidad deben pretender que chicos y chicas, hombres y mujeres, aprendan a aceptarse. A estar contentos de como son, a sentir que merecen la pena, a que son dignas y dignos de ser queridos. En cualquier caso a que son verdaderos hombres, verdaderas mujeres. Que aprendan a que, en cualquier caso, están preparados para el placer, para los afectos, para las relaciones eróticas (y, probablemente, para la reproducción).

Lógicamente, es más fácil aceptarse cuando uno o una se conoce, cuando sabe que su calidad de hombre o mujer no depende de las turgencias, del número de relaciones eróticas o de aproximarse en mayor o menor medida a determinado modelo de belleza.

Evidentemente con la educación vamos transmitiendo modelos de hombres y de mujeres y, por supuesto, quien “siente” que se queda fuera de los márgenes propuestos, tiene mucho más difícil aceptarse.

¿Qué pasaría si transmitiéramos unos márgenes donde cupieran todas las sexualidades? Pues, precisamente de eso se trata.

### 3. Expresar la erótica con satisfacción

Como hemos visto, este objetivo es bastantes más amplio que conseguir que hombres y mujeres eviten consecuencias no deseadas con sus prácticas, como pudieran ser el embarazo no deseado o la transmisión de enfermedades.

Hablamos de disfrutar, de satisfacción. Y por tanto de sentir que lo que haces te merece la pena, que te hace sentir bien. Por cierto, aquí

estamos hablando de erótica y eso supone hablar de deseos, de fantasías y conductas. Lo que supone otra vuelta al plural. Muchos posibles deseos, muchas posibles fantasías y muchas posibles conductas. ¿Alguien se atrevería a decir o sugerir cuál es la que permite disfrutar? Evidentemente no puede haber una única respuesta, estará en función de cada persona.

En la erótica es importante lo que se hace, pero desde luego mucho más “como se vive” eso que se hace. El placer, el disfrute (no estamos hablando sólo del orgasmo) tienen mucho más que ver con los significados que con los roces. Por eso los “manuales de instrucciones” en esto del sexo no acaban de funcionar. Puede que sea importante aprender trucos pero mucho más: aprender sobre coherencias y deseos.

Hacer lo que deseas, con quien deseas, y del modo que se desea. No sentirte obligado a “hacer”, ni convertir las relaciones eróticas en un examen de masculinidad o feminidad, ni un examen de acceso “a la normalidad”. Asumiendo que los deseos no siempre se cumplen y que esto forma parte del juego.

Lo que queremos decir es que se puede disfrutar y ser feliz con coitos, pero también sin ellos. La erótica es plural y muchas son las posibilidades.

Los mismos objetivos. Hasta aquí los tres objetivos de Educar y Atender la Sexualidad y que, por supuesto, son los mismos objetivos se trabaje con quien se trabaje.

A todas las edades hay cosas que conocer, que aceptar y una erótica que se expresa. Aunque evidentemente no será igual en la infancia que no la adolescencia o, después a los 20, 50 o 70 años. Ni la capacidad cognitiva es la misma, ni los cambios que hay que aceptar, ni los significados que se depositan en las conductas.... pero en cualquier caso hay que conocerse, aceptarse y aprender a expresar la erótica de la forma más satisfactoria posible.

Siendo conscientes, por supuesto, que en unos casos van a surgir más dificultades que en otros, como, por ejemplo suele suceder, en el caso de las personas con discapacidad. Evidentemente la causa de las dificultades no está en que la sexualidad sea distinta o en que sea otro el objetivo. Las razones habrá que buscarlas en otro lugar.



### 3. **d**esarrollo evolutivo y sexual del niño y de la niña hasta los 14 años

El hecho Sexual Humano no es algo estático. Todo lo contrario, está en continua evolución en sus tres registros, en la sexuación, en la sexualidad y en la erótica. Ni las estructuras, ni las vivencias, ni los modos de expresión permanecen inalterables. Cambian con el paso de los años, dependiendo de momentos evolutivos y cambian según las personas. De la fecundación a la vejez hay todo un camino que cada persona recorre de manera diferente El resultado en cualquier caso es un proceso único e irrepetible.

Sería un error, por tanto, creer que toda esta evolución se circunscribe exclusivamente a lo que pasa en la adolescencia o que concluye al finalizar ésta.

La evolución sexual no va a ser solamente una determinada serie de cambios corporales, sino que también va a estar influida por factores psicológicos y sociales.

#### Etapa Prenatal.

Desde el primer momento comienza el proceso de sexuación, cuando se produce la fecundación; el óvulo de la mujer aporta siempre un cromosoma X, el espermatozoide del hombre aporta unas veces un cromosoma X, y otras veces un cromosoma Y.

Cuando el espermatozoide y el óvulo se juntan hay dos posibilidades: que formen un embrión XX o un embrión XY. Si el embrión es XX el camino se iniciará hacia niña, si el embrión es XY será hacia niño. Es siempre el espermatozoide del padre el que determina el sexo del bebé. Pero esto es sólo el primer paso.



El embrión, de ser al principio una sola célula, se ha ido dividiendo, y para la sexta semana es ya una estructura más compleja donde aparece la gónada indiferenciada o progónada y relacionados con ella dos pares de conductos: los de Wolf y los de Müller. A pesar de que el embrión desde el principio o es XX o es XY, hasta la sexta semana tienen el mismo aspecto.

Si el embrión es XY, y por tanto inició su camino hacia niño, el cromosoma Y hace que a partir de la 6ª semana comiencen a formarse los genitales masculinos del feto. En este momento el cromosoma Y va a ejercer su acción para que la progónada se convierta en testículo.

El testículo fetal va a ser muy activo y va a producir dos sustancias ya en la novena semana:

- Factor antimülleriano, que en el tercer mes hace que los conductos de Müller desaparezcan.
- Testosterona, que hace que los conductos de Wolf, también en el tercer mes, se desarrollen formando lo que serán los canales eyaculatorios internos.

En el embrión XX, la progónada permanece indiferenciada hasta la duodécima semana, cuando se convierte en ovario y comienza ya la fabricación de óvulos. Como este ovario no produce sustancia antimülleriana ni testosterona (como el testículo), en el 3º mes y sin necesidad de acción hormonal, sucede lo contrario que en el embrión XY.

- Los conductos de Wolf en vez de desarrollarse se atrofian.
- Los conductos de Müller en vez de atrofiarse se desarrollan y forman el útero, las trompas y parte de la vagina.

Al igual que el testículo y el ovario parten de una misma progónada, los genitales externos masculinos y femeninos van a partir de una estructura o esbozo común hasta la 8ª semana. Este esbozo está formado por una especie de tubo (tubérculo genital), una hendidura (hendidura urogenital), un par de pliegues interiores y otros exteriores.

Recordemos que el testículo fetal producía testosterona (que hacía desarrollarse los conductos de Wolf); pues bien, por acción de la testosterona este esbozo común va a dar lugar a los genitales externos masculinos. Como el ovario no produce testosterona, esta misma estructura evoluciona espontáneamente hacia genitales externos femeninos.

Así pues, en el feto XY, y en presencia de testosterona, el tubérculo va a dar lugar al glande y parte del pene, sin testosterona, dará lugar al clitoris. Lo mismo sucede con el resto: en un caso los pliegues internos se unen y forman la uretra y en el otro permanecen separados y forman los labios menores. Los pliegues exteriores se unen en el varón y forman el escroto; en la hembra siguen separados y forman los labios mayores. Esto sucede alrededor de la 11ª semana.

Vemos que, como ocurría con los conductos de Wolf y de Müller en los genitales internos, es necesario añadir la presencia de hormonas para que el feto se diferencie en sentido masculino. Sin la presencia de hormonas el feto se diferenciará espontáneamente en sentido femenino.

El siguiente proceso de diferenciación prenatal tiene lugar entre el 4º y 7º mes, y se produce en el Sistema Nervioso Central (SNC), en determinadas vías cerebrales. Entre los meses 4 y 7 se sitúa lo que denominamos período crítico. En este periodo el SNC tiene una máxima sensibilidad a las secreciones gonadales, es decir, a las hormonas que producen el testículo y el ovario del feto.

El hipotálamo, que es el órgano encargado de regular la producción de espermatozoides en el varón y de óvulos en la hembra, como consecuencia de la diferenciación de este periodo crítico, en el hombre va a funcionar de manera continua y en la mujer de forma cíclica, lo que producirá la regla o periodo menstrual. Esta importante diferencia entre el funcionamiento sexual del hombre y la mujer se produce ya en la vida fetal; aunque no se manifiesta hasta más tarde.

## La Primera Infancia

La etapa, neonatal, estará marcada fundamentalmente por lo que se llama “sexo de asignación”. Es decir, el sexo que se asigna al bebé tras una exploración ocular. Si los genitales externos se aproximan a un pene y una bolsa escrotal se considerará que el bebé es niño. Si por el contrario estos genitales tienen aspecto de clitoris y labios vaginales se considerará que el bebé es niña.

Llega ahora, tras el parto, un periodo de cierta calma respecto a los aspectos físicos, tras 9 meses



de crecimiento acelerado. En cambio, en los psicológicos y sociales comienza una gran actividad, que estará muy relacionada con eso, tan aparentemente inocuo, como es “la asignación de sexo”.

Desde el primer día vamos a encontrar en el padre y la madre actitudes y conductas diferentes si están ante un bebé niño o un bebé niña (vestimenta rosa o azul). El padre y la madre ven a su hijo o hija recién nacido de forma diferente en función del sexo asignado. A las niñas se las describe como más suaves y a los niños como más fuertes, aunque no haya evidencias para hacerlo así (mismo tamaño y peso) se ofrecen juguetes más variados a los niños que a las niñas y, en muchos casos, ya empiezan a funcionar distintas expectativas.

Por cierto, esto suele ser verdad tanto para padres y madres, como para el resto de personas adultas que interactúan con estos bebés.

El resultado es que con demasiada frecuencia nos encontremos con comportamientos y con toda una crianza diferencial de los padres respecto al bebé, según se trate de un niño o niña. Lo que algunos autores llaman “doble proyecto educativo”. Esto irá siendo captado paulatinamente por el niño y la niña, que comenzará a comportarse también de forma diferencial, procurando, ajustarse a las expectativas que en él o ella se van depositado. Las dificultades lógicamente irán surgiendo cuando algún niño, o alguna niña, empiece a percibir que se va quedando fuera de esas expectativas.

**Las nuevas familias.** El doble proyecto educativo es algo tan extendido que va más allá de la considerada familia tradicional (padre y madre) e, igualmente, está presente en el resto de familias: monomarentales, monoparentales, padres separadas, homoparentales, abuelos o abuelas que crían a sus nietos,...

Es importante que como profesionales aceptemos la diversidad de familias y demos a todas la misma consideración. Del mismo modo que es importante que no asignemos a ninguna de estas familias estereotipos o prejuicios.

**Sexualidad Infantil y Sexualidad Adulta.** Antes de continuar con la evolución del hecho sexual humano en la infancia, parece conveniente mostrar algunas de las grandes diferencias entre la sexualidad infantil y la adulta.

La sexualidad infantil está poco diferenciada y poco organizada con relación a la de la persona adulta. En la infancia no se percibe una neta diferencia entre lo sexual o lo no-sexual. No hay unas

sensaciones estrictamente eróticas como sucederá a partir de otras etapas. Las regiones corporales de mayor sensibilidad no son los genitales, por tanto las relaciones coitales no son buscadas, si no es por juegos de mera imitación del mundo adulto.

La diferencia entre deseos eróticos y sentimientos afectivos es aún menos clara que en las personas adultas. Más que de una dimensión exclusivamente sexual, se trataría de una dimensión sexual, afectiva y social. La sexualidad infantil está bastante lejos de una concepción exclusivamente procreativa y genital de la sexualidad. Como es lógico, si no parece que los deseos estén claros, mucho menos aún la posible orientación de éstos.

Otra diferencia está en “los significados”. Para un hombre o una mujer las conductas eróticas son lo que son, pero también todo lo que se deposita en ellas, aunque ni siempre, ni todos o todas, depositen lo mismo: deseo, atracción, expectativas, compromiso, amor, lealtad, placeres, entrega, pasión... Es evidente que todas estas palabras y “significados” son demasiado grandes para un niño o una niña. Sus “significados” no están por ahí. Luego, aquí aparece una de las primeras claves “no ver con ojos de adulto lo que hacen niños o niñas”.

**El Apego.** Volviendo con lo evolutivo, tenemos a un bebé, ya sea niño o niña, que tiene respuestas emocionales poco claras, apenas se mueve en un continuo placer-displacer (estar a gusto o a disgusto) Pero ya desde ese momento tiene la capacidad de sentir placer, y sobre todo la necesidad de vincularse afectivamente. De ahí que muestre preferencia por estímulos sociales: tacto del cuerpo, rostro humano, voz humana,...

Los vínculos afectivos mediatizan la sexualidad a lo largo de toda la vida. Pero en la primera infancia la mediatizan aún más. Especialmente importantes, dentro de estos vínculos, serán los que hemos llamado vínculos de apego.

Estos vínculos son algo más que una relación, hay afecto, y se establecen sólo con un reducido número de personas, generalmente de la familia o muy próximas, que son aquellas que contribuyen con frecuencia a satisfacer sus necesidades básicas. Se manifiesta por deseo de proximidad, frecuentes contactos, y por la búsqueda de apoyo y ayuda. Este vínculo suele ser recíproco.



Quizás suene exagerado, pero, muy probablemente, a través de estas personas con las que se da el apego el niño o la niña esté empezando su Educación Sexual. Siempre, claro está, que consideremos que la Educación Sexual consiste en contribuir a que cada hombre y cada mujer aprendan a conocerse, a aceptarse y puedan expresar su erótica de modo que sean felices.

Las figuras de apego provocan sentimientos de seguridad y protección, y, además, con ellas se aprende a comunicarse de forma íntima (tocar, ser tocado, abrazar, besar,...) se aprende además a tener seguridad en el otro (que le quieren) y en uno mismo (que es querido) En definitiva se aprende a que se es digno de ser querido y a reconocer y expresar emociones. Precisamente uno de los principales objetivos de la Educación Sexual.

Hay estudios que demuestran que déficit en la vinculación afectiva traen como consecuencia déficit en la expresión erótica. Por tanto parece que el contacto corporal y la comunicación con las figuras de apego pueden ser decisivos para establecer una sexualidad sana. No se puede desarrollar la sexualidad sin tocar a los demás. Es decir, que de algún modo, las caricias, el contacto piel con piel, los besos, las palabras cálidas, coger de la mano o “achuchar”, también serían un modo de Educación Sexual.

La influencia de las figuras de apego se extiende a toda la infancia y adolescencia, aunque cada vez va ocupando un lugar menos central. Lo aconsejable, por tanto, será tener más de una figura de apego y que éstas fueran conscientes de la importancia de lo que acabamos de comentar.

Continuando con la Infancia. A partir del año y medio hay cambios importantes en la vida del niño o de la niña. Cambios en su entorno y en la relación con los demás. Adquiere nuevas competencias: motoras (andar, comer sólo, vestirse...) y lingüísticas que le permiten una cierta autonomía. Las personas adultas comienzan a regular su conducta y a hacerle cumplir sus normas. “Esto no se hace”, “así sí”, “así no”,...

El niño o la niña tendrá que aprender y asumir estas nuevas imposiciones sociales. Evidentemente el resultado no será igual si se viven como algo absolutamente arbitrario o si las normas se procuran razonar y explicar. El cómo las personas adultas ofrecen estas normas es clave, para que se vivan de un modo u otro.

También en esta etapa el niño o la niña tendrá que resolver el problema de los celos. Descubrirá que hay más cariños aparte de los

que le tienen a él o ella como protagonista. También se quieren a los otros hermanos o hermanas, la pareja entre sí, a los otros niños o niñas de la clase, a primos o primas... Puede que en algún caso sólo se presente un tipo de celos, o sólo uno con mucha intensidad, pero también pueden mezclarse. Ya sabemos, no todas las familias son iguales ni establecen el mismo tipo de relaciones.

En cualquier caso, sí que parece claro que aquel niño o aquella niña que se haya vinculado afectivamente a más de una persona tendrá más herramientas para enfrentarse al hecho de tener que compartir a sus figuras de apego. De ahí la importancia de vincularse afectivamente a más de una persona.

Junto con estos puntos también será importante para el niño y para la niña el cómo se responde a su curiosidad por los temas vinculados a la sexualidad, los modelos de identificación e imitación que se le ofrezcan, así como la actitud que las personas adultas mantengan ante sus tocamientos o los juegos, aparentemente, eróticos.

**Respuesta a su curiosidad Sexual.** Todos los niños y las niñas son curiosos, además es bueno que así sea. La curiosidad funciona como un motor para el aprendizaje. Por tanto, es necesario satisfacer la lógica curiosidad infantil con una buena información sexual. La falta de respuesta ante este tipo de cuestiones convierte a lo sexual en lo prohibido, en lo que debe ocultarse.

La espontaneidad infantil puede desaparecer totalmente, en las preguntas sobre sexualidad, si no se ofrece al niño o la niña respuestas adecuadas y sinceras, ya desde esta etapa.

Pero que nadie se confunda, responder a la curiosidad no puede limitarse a contestar a sus preguntas. Sabemos que casi nunca se pregunta lo que se quiere preguntar y, además, que hay cosas que es difícil preguntar o no se sabe bien como formularlas. Además, hay niños y niñas, que por su peculiar manera de ser van a preguntar poco o casi nada.

Por eso, está muy bien hablar con los niños o con las niñas de todo aquello que nos pregunten. Pero se trata de no quedarnos sólo ahí, también podemos hablar de todo aquello que nos parezca importante o pensemos que viene a cuento. Al fin y al cabo es lo mismo que hacemos a diario con el resto de temas.



Todo esto significa que si se habla de sexualidad y, por lo tanto, niños y niñas escuchan hablar de ella, aprenderán a hablar y empezarán a asociar ideas, a llenar de significado esta palabra.

**Modelos de imitación e identificación.** No basta dar una información sexual adecuada; es necesario además que los modelos (padre, madre y otros “importantes”, donde, quizás, pudiéramos estar incluidos nosotros o nosotras) vivan su sexualidad con naturalidad. Y cuando hablamos de naturalidad queremos decir siendo capaz de mostrarse como cada uno es, sin fingir y sin caretas. Sin jugar a lo que no se es.

Con esto queremos decir que si el objetivo es que cada cual pueda vivir y expresar su sexualidad de modo que sea feliz, hará falta aprender a expresarse como cada uno es. Y qué mejor manera que eso mismo lo haga quien resulta ser persona importante y de referencia para el niño o la niña.

Si en estos modelos caben las dudas, los titubeos, los pudores, pero a la vez, el esfuerzo por comunicarse, se aprenderá a hacer esfuerzos aunque se tengan dudas, pudores o no se encuentren las palabras.

Muchos de los problemas que pueden surgir a un chico o chica que quisiera hablar de sexualidad vienen de no saber cómo empezar, cómo expresar sus dudas. Y esto pasa sobre todo cuando los modelos con los que se ha convivido nos han enseñado a ser perfectos, a saber hablar bien y a tener las cosas claras. Modelos más imperfectos, más naturales, ayudan a poner las cosas más fáciles. Repetimos, ser naturales es poder mostrarse cada uno como es.

La importancia de los modelos de hombre y de mujer que asimile el niño o la niña es evidente, pues puede condicionar su forma de vivir la sexualidad. Es importante que los modelos de hombre y de mujer que se ofrezcan estén llenos de posibilidades y no de limitaciones.

Un modelo represivo en lo sexual puede crear inhibición y culpa. Por el contrario, un modelo en el cual el placer, la alegría y la sexualidad en todas sus dimensiones tenga su espacio fomentará una sexualidad en primera persona y ayudará a que tanto el niño como la niña puedan desarrollar todas sus posibilidades.

**Actitud ante sus tocamientos.** La curiosidad por explorar el propio cuerpo y el de los demás, es algo que se suele manifestar en todos los niños y todas las niñas. Se trata de conocer el propio cuerpo, de saber donde empieza y donde termina. Por supuesto dentro de esas

exploraciones llegará el momento en que tanto el niño como la niña descubran sus genitales. Habitualmente esto último suele ocurrir a partir de que controlan esfínteres y, por tanto, comienzan a “quitarles” el pañal. Es entonces cuando les queda accesible una parte de su cuerpo que antes apenas lo estaba.

Estos tocamientos, a los que habitualmente se les denomina masturbación infantil, al principio tienen como objeto la autoexploración, pero enseguida tendrán también como objeto el placer. Es indudable que, los niños o las niñas de estas edades que se tocan, lo hacen porque encuentran placer o, si se prefiere, sensaciones agradables.

Decimos placer y masturbación infantil, pero no se nos olvida de quienes estamos hablando. Sabemos que ni el placer ni la masturbación son iguales ahora que lo que serán en la adolescencia, juventud o edad adulta. Como tampoco son iguales los significados que tiene ahora con los que podrá tener después.

Ahora, precisamente, hay pocos significados. Será en todo caso la actitud de las personas adultas ante estas conductas las que causen u originen ciertos significados. Así, los gestos, las consignas, los límites que se establezcan y la coherencia de éstos con otros comportamientos harán que “algunas cosas que tiene que ver con lo sexual” caminen y crezca hacia lo íntimo o que lo hagan hacia lo prohibido.

No es lo mismo plantearse como objetivo que niños y niñas “no se toquen” o que aprendan a “no tocarse los genitales en público”. Al primer objetivo se llega con frases del tipo “esto no se hace”, “no te quiero volver a ver hacer eso”... Al segundo, sin embargo, con: “esto aquí no se hace”, “cuando haya personas delante no te toques así”... y mucho mejor si se le añaden alternativas: “cuando estés en tu cuarto”, “cuando estés tú solo o sola”...

Es probable que, de un modo u otro, el niño o la niña acabe masturbándose en su habitación procurando que nadie le vea. Pero no da igual cómo se haya llegado hasta allí, si siguiendo el camino de lo prohibido o el camino de lo íntimo. No es igual. Por eso, entre otras cosas, creemos que promover la salud sexual desde la infancia y posibilitar su expresión, va en beneficio de la salud integral y la calidad de vida de las personas.



**Juegos entre dos.** Si hablamos de otros tipos de juegos, en los que son dos los que participan, y en los que pueden haber tocamientos o desnudos, también parece sensato empezar por procurar entender qué significan y por qué ocurren.

Generalmente se explican por “curiosidad”, tanto por el cuerpo propio como por el del otro, ya sea ese otro del mismo o de distinto sexo, por imitación de lo que ellos consideran que puede suceder en el mundo adulto o por lo agradable que pueda resultar el juego en sí mismo.

De nuevo, como sucedía con la masturbación, será la actitud de las personas adultas, frente a estos juegos, la clave. Dará o quitará coherencias, y contribuirá a ir dando significado a ciertos comportamientos y, por tanto, a que la propia sexualidad los vaya tomando.

Para el niño o la niña estos juegos suelen tener el mismo significado si se realizan con niños o con niñas: “juego”. Otra cosa es el significado que ponga la persona adulta. Por eso, no resulta extraño que las actitudes varíen si alguno de estos juegos se da entre niños o niñas del mismo sexo. Seguramente lo que suceda es que se están despertando ciertos miedos o fantasmas.

El hecho de que esos juegos, que hay quien llama sexuales, se practiquen entre niños o niñas del mismo sexo no predispone a la homosexualidad. Del mismo modo que el que los juegos se practicasen entre distintos sexos no predispone a la heterosexualidad.

Por lo tanto, y para acabar este punto, insistir en la clave. No ver con ojos de persona adulta lo que hacen los niños o las niñas. No pongamos los significados que tendrían para nosotros o nosotras, ni transmitamos nuestros fantasmas. Cada momento es distinto.

Los requisitos “mínimos” para ser consentidores con este tipo de juegos es que el juego se de en un espacio de cierta intimidad y no en espacios públicos. No es lo mismo la habitación que el parque. También, por supuesto, que el juego resulte divertido para ambos. Un juego al que alguien no quiere jugar o con el que lo pasa mal, nunca puede ser un juego que se permita. Además es aconsejable que el juego se dé entre niños o niñas con edades parecidas. Se trataría de evitar que cada uno o cada una estuviera jugando a cosas distintas.

Si aún así, alguien considerara que es necesario poner límites, será importante que esos límites sean puestos en primera persona y,

evidentemente, que sean razonados. No es lo mismo decir “no se juega porque lo digo yo” que aportar razones que tengan que ver con cómo cada cual valora estas conductas. Razonando se consigue que la confianza entre las personas adultas y el niño o la niña no se pierda. De otro modo lo sexual (o lo aparentemente sexual) se volverá zona conflictiva.

Por otra parte, no queremos olvidar que en ocasiones este tipo de juegos pueden ser un indicador de que el niño o la niña haya podido ser objeto de algún tipo de abuso sexual o que haya sido expuesto a la visión de material pornográfico o similar. Es verdad que en ocasiones ocurre y que en esos casos el juego suele tener algo más de elaboración. Pero tampoco tenemos que olvidar que esos mismos juegos pueden darse entre niños o niñas que no han sido objeto de abuso. Del mismo modo que niños o niñas que sí que han sido objeto de algún abuso en muchas ocasiones no tienen este tipo de juegos. Como profesionales hemos de tener todas las posibilidades en la cabeza y no decidir de antemano cual es la opción en cada caso.

**Identidad Sexual – Identidad de Género.** En esta etapa infantil continúan los cambios en el proceso de sexuación, en el proceso de construirse como hombre o como mujer. En su momento comentamos que desde el nacimiento las personas adultas suelen tener un comportamiento diferencial para un sexo u otro, depositando distintas expectativas. Lo que va siendo captado por el niño o la niña y trae como consecuencia que empiecen a comportarse de manera diferente.

Por otro lado, poco a poco, tanto los niños como las niñas se van dando cuenta de que pertenecen a un sexo y no al otro. Es el inicio del proceso de identidad sexual. A partir del año y medio niños y niñas comienzan a actuar de manera diferente en según que casos; pero todavía no saben con seguridad si son niños o niñas. Hacia los dos años, aunque no sean capaces de decirlo, ya se autclasifican como niño o niña. Pero lo curioso es que esa autclasificación no está en función de lo que son, sus hormonas, sus gónadas o sus genitales, sino en función de lo que parecen.

Un ejemplo, si se le pregunta a un niño de 3 años qué es, probablemente conteste que es niño, pero si se le pregunta que qué sería si se le pone falda o unas coletas, entonces es probable que conteste que niña.



Lo que a estas edades un niño o una niña considera que le hace como tal, generalmente tiene más que ver con lo que se llama género, es decir un constructo social que hace que unas cosas, juegos o formas de vestir estén consideradas como propias de hombres y otras como propias de mujeres.

Al final de la primera infancia, a eso de los 6 años, ya casi todos se sienten algo, chico o chica y ya saben sentirse con independencia de sus gustos, sus juegos e incluso de sus genitales, lo que no quiere decir que sea siempre tan sencillo o que esté exento de conflictos. A esto se llama constancia sexual.

A la vez que se va forjando esta constancia sexual, hay que procurar contribuir a flexibilizar el género. Es decir, que niños y niñas aprendan que los juegos, los trabajos, las formas de vestir... no son de chicos o de chicas, son posibilidades, por las que se puede optar desde ambos sexos. Unos y otras, pueden hacer las mismas cosas.

Pero para llegar a estos conceptos se necesita tiempo, de los 2 a los 6 años, y, sobre todo, que a su alrededor no se viva como problemático lo que no deja de ser confusiones propias del momento evolutivo. Es importante saber que es necesario ayudar a que los niños y las niñas aprendan.

Insistimos en que esto no siempre resulta fácil y que pueden surgir conflictos en torno a la identidad sexual y que merecerá la pena tenerlos en consideración, y no caer en despreciarlos, frivolarlos o forzar determinadas situaciones.

No resulta extraño que a estas edades de las que estamos hablando haya niños o niñas que prefieran los juegos o juguetes que para muchos pueden ser considerados propios del otro sexo. Sin que esto además les suponga ningún conflicto en cuanto a su identidad. Saben perfectamente catalogarse como niño o como niña.

El conflicto o la confusión, otra vez, suele estar del lado de las personas adultas, que creen, por ejemplo, que si compran una muñeca a su niño o un balón a su niña pueden estar contribuyendo a fomentar la orientación del deseo homosexual. Olvidan estos adultos que hay hombres y mujeres homosexuales a los que les gustan los balones y las muñecas pero hay también a quienes no les gustan nada, justo igual que entre los y las heterosexuales.

Como profesionales deberemos procurar no confundir identidad sexual, orientación del deseo y género. Si nosotros o nosotras no

mezclamos estos conceptos será más fácil que la familia tampoco lo haga y así, juntos, contribuir a que niños y niñas se acepten como son y aprendan a estar a gusto consigo mismos.

## Entre los 6 años y la pubertad

A partir de los 6 años los niños y las niñas se encuentran en una situación muy distinta a la anterior. Intelectualmente han evolucionado mucho. A nivel social habrán elaborado los conflictos de celos e interiorizado las normas, además de reforzar sus lazos de amistad con el grupo de iguales.

Los cambios en esta nueva etapa (6-11) son graduales y sin grandes transformaciones. Es una etapa de fácil aprendizaje y asimilación. Por ello, no es casualidad que empiece la escolarización obligatoria. La educación primaria supone una clara diferencia respecto de la anterior educación infantil.

En el plano intelectual, el niño y la niña incrementan su interés por saber nuevas cuestiones y por supuesto también sobre todas aquellas que tengan que ver con lo sexual.

Además podrán descubrir, o mantener, el placer de la masturbación y, desde luego, tomarán conciencia de la moral sexual adulta, lo que puede llevar a un cierto grado de complicidad con sus iguales, compañeros y amigos o amigas frente a las personas adultas. Esta complicidad aumentará si las actividades sexuales del niño o de la niña son sistemáticamente reprimidas y, sobre todo, si esta represión se vive como arbitraria. Es decir, que se dice lo que no se puede hacer, se señala lo que se considera mal, pero no se acompaña de explicaciones o de razonamientos en primera persona.

Poco a poco, el niño y la niña, que se mostraba amoral y sin inhibiciones, interiorizará la moral sexual adulta, la hará suya. De modo que pronto quedará establecida y empezará a considerar a estas normas morales como fijas, universales y eternas. Aunque dentro de unos años cambiará de opinión y sabrá que éstas, y otras normas del mundo adulto, no son ni tan fijas, ni tan universales ni tan eternas.



Sería bueno que también se aprendiera que existen otras culturas, otras formas de pensar y que pocas cosas son fijas. Aprender esto no resta valor a las normas. Es importante dejar claro que existen distintas formas de entender la sexualidad y la erótica y que de ellas se desprenden distintos criterios morales. Lo bueno, para los niños o niñas de los que estamos hablando y para el resto, es que las normas sean razonadas y explicadas, dentro de una concepción positiva de la sexualidad, y que posibiliten la convivencia entre todos y todas, también con quienes piensen de otro modo.

**Modelos sexuales y medios de comunicación.** Comienzan a ejercer una gran influencia los agentes de socialización. Por eso la imitación juega un papel importante en la adquisición de los aprendizajes, también en los que hacen referencia a lo sexual. Los medios de comunicación, la publicidad, la televisión, el cine... nos ofrecen continuamente numerosos modelos de conducta sexual. Cuando los chicos y chicas besan, acarician, se tocan... por primera vez ya han visto estas conductas miles de veces. El aprendizaje por observación es fundamental en sexualidad, de ahí que por ejemplo haya culturas en las que no exista el beso y, sin embargo, eso en la nuestra resultaría impensable.

Casi todas esas conductas, que pueden observarse, se dan en el marco de relaciones heterosexuales, entre un chico y una chica, un hombre y una mujer. La homosexualidad apenas tiene presencia y visibilidad social. La presunción de heterosexualidad, no surge de la nada. El caso es que por unas cosas y otras, la mayoría de niños y niñas viven desde la idea de que todo su mundo esta constituido por heterosexuales, el profesorado, los futbolistas, las cantantes, los actores, el vecindario,... Esta consideración de heterosexualidad será reforzada desde el mundo adulto que habitualmente relega a los gays y a las lesbianas a un pequeño papel testimonial, casi siempre alejado. Un papel que pocas veces será de prestigio y muchas de mofa y desprecio, como el que queda de protagonista de chistes e insultos.

Sin embargo los modelos que se ofrecen desde los medios de comunicación casi nunca abarcan todas las sexualidades ni permiten que todos los chicos o chicas puedan sentirse identificados con facilidad. Un ejemplo sería lo que ocurre con la homosexualidad masculina pero, sobre todo, con la homosexualidad femenina. Sin embargo no es el único ejemplo, no son estas las únicas ausencias. ¿dónde están los hombres y las mujeres con discapacidad? ¿quiénes se salen de ciertos cánones de belleza? ¿quiénes hace tiempo que cumplieron los cuarenta años? ¿quiénes pertenecen a ciertas minorías étnicas o culturales? ¿dónde están las mujeres y hombres transexuales?

Insistimos en que el papel de los modelos es importante, sobre todo los reales, que suelen resultar más decisivos que los modelos intermediarios (juguetes...) y los modelos simbólicos (personajes de películas, relatos, cuentos...) Pero eso sí lo que más importa son sus hechos más que sus palabras. Predicar la aceptación y el respeto a las distintas formas de expresar la sexualidad y la erótica, puede resultar estéril si se acompaña de risas a determinados chistes u otro tipo de comentarios, más o menos ofensivos, para esas formas de expresar que se dice tolerar y respetar.

**Construyendo identidades.** En cuanto a la identidad sexual, sabemos por su desarrollo intelectual, que a estas edades ya hay capacidad para la permanencia, así como para flexibilizar el género. Sucede, en cambio, que desde muchas partes los mensajes que se reciben son del tipo: “a todos los hombres...” “a todas las mujeres...” “un auténtico hombre...” una auténtica mujer...”, y con estos y otros muchos mensajes similares se va forjando tanto la identidad sexual, como la identidad de género. Mal asunto.

Sabemos que las expresiones “todos los hombres” o “todas las mujeres” casi siempre son incorrectas y que, a lo sumo, deberían sustituirse por “muchos hombres” o “muchas mujeres”.

Hablando de este modo no sólo seríamos más precisos sino que además ayudaríamos a que esas identidades, que se están construyendo, lo hagan con menos trabas. Estamos dando existencia a distintas posibilidades, luego estamos en el buen camino. Facilitando que se conozcan y que se acepten. Que se sientan únicos y peculiares. Si un chico o una chica llega a la adolescencia con esto aprendido, desde luego, hay cosas que le resultarán más sencillas.

**No hay latencia.** A toda esta etapa, que va desde la primera infancia al comienzo de la adolescencia, hay quién la considera como “etapa de latencia”, para lo concerniente a lo sexual. Unos años en los que pasan pocas cosas y las que pasan son poco importantes. Nada más lejos de la realidad. La etapa anterior, sin duda, fue importante y la que venga también lo será, pero ello no le resta importancia a ésta.

La percepción de las personas adultas sobre la sexualidad es la que, en muchas ocasiones, está “dormida”. Por ejemplo: si se les pregunta



a padres o a madres sobre la actividad o la curiosidad en torno a lo sexual de sus hijos o hijas, de entre 6 y 12 años, dirán que es inexistente o muy poca. Sin embargo si la misma pregunta se le hace a los niños y niñas la respuesta será muy distinta.

Que a estas edades las cosas no se vean, no significa que no existan. Es probable que algunos juegos continúen y que, además, haya aumentado tanto la curiosidad como la importancia que se da a lo que se ve y a lo que se oye.

De modo que es en estos momentos cuando se van forjando los cimientos sobre los que se van a construir muchas cosas. Y, desde luego no va a ser lo mismo construir sobre unos cimientos que otros. Edificar sobre miedos o certezas, sobre dudas o respuestas, estereotipos o posibilidades. Con presión o con libertad.

Por consiguiente, no se puede descuidar la Educación Sexual tampoco en estas edades. Ni la que debería impartirse en el ámbito formal, ni la que debería tener lugar en las casas, ni la que debemos propiciar desde un despacho. Así que si queremos recoger más adelante en la adolescencia, será mejor que prestemos atención a lo que estamos sembrando.

## De la pubertad y de la adolescencia

La adolescencia comienza con la pubertad y con todos los cambios que para el organismo supone ésta. Es un proceso de desarrollo corporal, endocrino y psicológico que va más allá de lo meramente corporal.

Es frecuente que este periodo conlleve cierta inestabilidad, provocada por la brusquedad de los cambios y la lógica readaptación a los mismos. De ahí que la llamada “crisis de la adolescencia” no resulte rara y que, por el contrario, resulte mucho más extraño pasar por la adolescencia como si tal cosa.

**Desarrollo corporal.** Los cambios corporales van a cobrar un gran protagonismo, aunque no es lo único que sucede. De hecho ese protagonismo, en muchas ocasiones, en demasiadas, se vuelve excesivo para el chico y, sobre todo, para la chica adolescente, que se ve sometida a demasiada presión. Probablemente de esa presión todos y todas seamos algo responsables o cómplices y, por tanto, algo habremos de hacer para mitigarla.

Las hormonas sexuales, testosterona y estrógenos, van a volver a actuar, después de muchos años de tranquilidad y reposo, provocando toda una serie de cambios en los cuerpos:

- El crecimiento se dispara (talla, peso, musculatura...): el típico “estirón”.
- Los genitales aumentan de tamaño y adquieren el aspecto y las funciones adultas.
- Se presenta la primera regla (menarquia) y la primera eyaculación.
- Aumenta el sudor.
- A veces, aparecen granos en la cara.
- Los caracteres sexuales secundarios:

En la chica:   Aumento de los pechos.  
                  Ensanchamiento de las caderas  
                  Vello en el pubis y axilas...

En el chico:   Aumento de la musculatura  
                  Vello en la cara y el cuerpo  
                  La voz se hace más grave...

¿En la chica? ¿En el chico? En realidad todos los cambios se producen en ambos sexos, la diferencia es que estos cambios habitualmente se dan con más intensidad y más probabilidad en uno de los sexos que en el otro. Pero no son cambios exclusivos. La eyaculación y la menstruación sí, el resto...

Un ejemplo, si presentáramos la aparición del vello en la cara como un cambio exclusivo de chicos ¿cómo se sentirían las chicas a quienes les puede aparecer algo de vello? ¿o los chicos a los que no les aparece en absoluto? Lo mismo podría decirse de la ginecomastia puberal fisiológica del varón. En cambio presentándolos de otro modo ofrecemos modelos de hombre y de mujer donde efectivamente caben todos los hombres y todas las mujeres.

Las expectativas van a generar muchas incertidumbres ¿cómo serán los cambios? ¿en qué intensidad se producirán? ¿a qué ritmo? ¿cuál será el resultado? ¿serán suficientes? Muchas de estas dudas no tendrán respuesta inmediata, necesitan de tiempo.



Sin embargo otras sí. Sabemos que nadie se queda sin madurar y que sea cual sea el resultado, éste será el de un cuerpo preparado para el placer y para las relaciones personales. Que para la sexualidad nadie está más preparado que otros y que no hay mejores, ni peores.

El chico y la chica adolescente, además, buscan que los cambios que se producen en su cuerpo confirmen su identidad sexual. Como si el ser hombre o mujer dependieran de los tamaños o las formas. Se manejan en la creencia de que para ser verdaderamente hombre o mujer hay que ser de una determinada manera y con unos determinados rasgos. Querrán, por tanto, que sus cambios ratifiquen sus expectativas, de modo que si no sucede así, a menudo, lo que se tambalea es la propia identidad sexual y con ello pueden surgir hasta dudas sobre su orientación del deseo.

Vemos que en la adolescencia pueden brotar muchas mareas y muchas preocupaciones, por eso son importantes los cimientos de los que hemos hablado antes. Quien los tiene sólidos tendrá donde agarrarse y las dudas, siendo inevitables muchas, sólo ocuparán el espacio necesario y nada más. Las dudas no lo ocuparán todo.

De ahí que si queremos trabajar estos temas, y ahora estamos hablando de los cambios corporales, no baste con trabajar aspectos informativos, contando que la edad de la primera regla o la primera eyaculación varía. Habrá que trabajar también los aspectos actitudinales y los significados que se dan a los cambios.

**Desarrollo intelectual.** En la adolescencia no sólo se ocasionan cambios físicos, también se produce un gran desarrollo intelectual. Se adquiere la capacidad de diferenciar y reflexionar sobre lo real y lo posible y, por lo tanto, el chico y la chica adolescente van ser capaces de cuestionar todo el mundo adulto.

De ahí que, si antes decíamos que eran importantes los cimientos, ahora más importante será lo que se construya sobre ellos. Lo anterior se podría vivir como algo ajeno y, por lo tanto, cuestionable. Lo nuevo se vivirá como algo propio y se supone que dará coherencia y sentido a muchas cosas.

De todos modos, tener la capacidad intelectual para entender y comprender las cosas, no garantiza la coherencia en los comportamientos. Ejemplos hay muchos. El poco uso de los métodos anticonceptivos, los comportamientos homófobos o discriminatorios hacia las mujeres...

**Desarrollo social y modelos de belleza.** Cuando hablábamos de la infancia, apuntábamos la importancia que tenían el padre, la madre y el resto de figuras de apego. Pues bien, ahora las cosas van a variar; todos ellos pasarán a un segundo plano, teniendo que compartir su protagonismo con la pandilla.

Entre otras cosas, será en esa pandilla o grupo de iguales donde el adolescente compare y afiance su identidad sexual como chico o chica. Toda esa serie de cambios corporales, psicológicos y sociales, han obligado al adolescente a readaptarse a su nueva situación.

El prestigio social muchas veces se asocia a la figura corporal, de ahí su importancia. De hecho, incluso cuando esto no es cierto, el chico o la chica adolescente habitualmente lo percibe así. Más aún en lo que respecta a su grupo. Por eso, y porque siente su figura corporal en constante cambio, pasan por momentos de mucha inseguridad e inquietud.

Los modelos de belleza vienen de fuera, están establecidos. El grupo lo único que hace es asumirlos como propios. Estos modelos de belleza, que aparecen en los medios de comunicación, revistas, cine, televisión... y con los que muchas veces somos cómplices, son muy exigentes y difíciles de conseguir para muchas personas.

El caso de las mujeres es mucho más evidente en cuanto a exigencia y a dificultades. Que la anorexia sea más frecuente entre las mujeres que entre los hombres no parece ajeno a todo esto que estamos planteando. Evidentemente el modelo social de belleza es sólo un invento de las modas y ha variado notablemente según épocas y culturas.

**Orientación del deseo.** Hasta ahora no hay ninguna explicación totalmente clara que muestre cómo evoluciona la orientación del deseo hacia heterosexual u homosexual. Es más, creemos que aunque aparezcan explicaciones, más o menos sólidas, éstas no podrán aplicarse ni a todas las homosexualidades, ni a todas las heterosexualidades.

A partir de la adolescencia la orientación del deseo empieza a manifestarse. Aunque no siempre lo hace de un modo tan claro como desearía quien lo vive. Así que aunque el chico o la chica quieran una respuesta inmediata, ésta no siempre es posible.



La expectativa de heterosexualidad, la deseabilidad social, el miedo al rechazo y la presión de grupo, no son, precisamente, buenos aliados.

Además ni la homosexualidad, ni la heterosexualidad son compartimentos estancos. La orientación suele expresarse en términos de mayor o menor preferencia y no tanto en exclusividad, por eso, y más a estas edades, pueden abundar las zonas intermedias. No nos olvidemos por tanto de la bisexualidad. De ahí que si entendemos la orientación también como algo dinámico, podemos entender la confusión como parte del proceso.

Por cierto, hay algo que el chico o la chica ignora con frecuencia y es que nadie es más auténtico, más hombre o más mujer, por el hecho de ser heterosexual. Así que habrá que seguir recordándolo.

En la adolescencia suceden cosas que a veces precipitan significados. Por ejemplo, surgen fantasías sexuales que pueden ir acompañadas de excitación y a veces se confunden con deseos. También puede pasar que un chico, por ejemplo, se descubra a sí mismo curioseando cuerpos desnudos de otros chicos, en un vestuario, en un servicio, en revistas... Y puede, que al ser consciente de esa curiosidad, considere que ésta viene determinada por su orientación del deseo. Una cosa es la curiosidad o la necesidad de comparar el desarrollo corporal y otra la orientación del deseo. Con las chicas puede suceder exactamente igual.

Otro ejemplo: a estas edades un chico o chica adolescente puede haber sido acariciado o besado por alguno o alguna de su mismo sexo y haber encontrado las sensaciones agradables. De ahí que pueda pensar que, si las ha encontrado placenteras, será por que orientación es homosexual. Pero encontrar agradables esas sensaciones no significa necesariamente ser homosexual.

Estos son solo unos ejemplos, habría más. Pero con ello queremos resaltar la idea de que la orientación del deseo no es un acertijo en el que haya que interpretar bien las claves y dar una respuesta. Es algo mucho más íntimo y más peculiar. A veces brota de un modo y en ocasiones lo hace de otro. Buscar significados rápidos a las cosas que pasan puede llevarnos a cometer errores, a nosotros o nosotras como profesionales, pero también al chico o la chica a los que animamos a que lo hagan. Esos errores pueden darse tanto del lado de la homosexualidad como de la heterosexualidad.

Por cierto, no nos olvidemos de lo evidente: claro que hay chicos y chicas homosexuales con fantasías homosexuales, que sienten curiosidad y deseos por cuerpos iguales a los suyos y que encuentran agradable y placentero el contacto con la piel y los labios de personas de su mismo sexo. Tampoco olvidamos que la adolescencia es un terreno propicio para las nuevas experiencias y que, dentro de ellas, también están las eróticas.

**El enamoramiento y el amor.** En estas edades aparece un nuevo fenómeno: el enamoramiento, que aunque puede parecer muy individual y personal, sus características son prácticamente universales. Lo que no quita que sea importante vivirlo y entenderlo como único e intransferible.

Alrededor de este concepto hay otros que no son exactamente los mismos. El deseo, que sería como la energía de base, la necesidad que surge de buscar satisfacciones eróticas. La atracción, sin embargo, es otra cosa. Es la dirección que toma el deseo; por tanto, ya no hablamos sólo de una necesidad, es algo más. No vale todo para calmar esa necesidad. La atracción, además, está influenciada por la propia orientación del deseo, las preferencias personales, las experiencias anteriores, la cultura...

Por último, aparece el enamoramiento, que supone deseo erótico, aunque no se viva de modo explícito, y atracción. Ahora la persona a la que se dirige el deseo y la atracción se convierte en única, insustituible y exclusiva. Una mirada, unas palabras, una caricia... todo tiene un significado especial. Este fenómeno llega a convertirse en el eje central de la vida psíquica del sujeto. Hay muchos autores que afirman que el enamoramiento nace con fecha de caducidad y que ésta nunca supera los dos años. A partir de ahí se evolucionaría hacia la ruptura o hacia el amor. Este libro, en cualquier caso, no va a entrar en este debate.

**Necesidad de prestigio.** Desde prácticamente el inicio de la pubertad todo lo relacionado con lo sexual se convierte, en cierta medida, en algo “prestigioso”. O, mejor dicho, eso es lo que creen la mayoría de los chicos. Entre los grupos de chicas las cosas no son exactamente igual, pero tampoco son ajenas a la competición y, desde luego, no lo son a la búsqueda de ese “supuesto prestigio”.



El desarrollo muchas veces se vive como fuente de reconocimiento. Pero no sólo es el cuerpo, también cree encontrar “eco” en el grupo quien es capaz de otro tipo de demostraciones. Así, chicos y chicas rivalizarán entre sus grupos de iguales para conseguir ese reconocimiento, alardeando de ciertos logros. En unos casos chicos y chicas manejarán los mismos criterios y en otros serán distintos. La sociedad, los estereotipos y los roles darán muchas pautas. Pero precisamente por eso ni siempre son las mismas, ni afectan a todos los chicos ni a todas las chicas por igual.

El más osado contando “chistes verdes”, el que maneje más información o el que sepa el significado de ciertas palabras será el que crea estar más valorado al principio. Luego, quien tenga acceso a revistas con contenido sexual, quien haya visto determinadas películas o a más personas desnudas. El qué antes se masturbe o quien más veces lo haga. Quién haya cogido de la mano, quien haya besado, quien haya acariciado o le hayan acariciado, quien “haya metido mano”... así hasta llegar al coito. Aunque aquí no se suele parar. La competición continúa para muchos. Siempre hay más, quien realice otro tipo de prácticas, quien tenga más parejas, quien lo haga más veces.....

Con las chicas el listado no sería el mismo, pero sí similar. Aunque, en ocasiones no se valore tanto ciertas demostraciones “explícitas”, y sí en cambio cobren valor otras más implícitas como la seducción o “los que están por una”. Se valore más a la que se permita leer ciertas revistas, a la que más pidan “salir” o a la que reciba más mensajes de chicos en el móvil, la que se compre determinada lencería, la que salga con chicos mayores. Después vendrá el coger de la mano, el besarse, el estar a solas, las caricias,... hasta el “inevitable” coito. Y, aunque, también en las chicas la competición continúa. Ahora muchas veces los criterios ya no son numéricos o cuantitativos. Prima lo “cualitativo”, no importa tanto “los cuántos”, como “los quiénes” o “el cómo”.

Recordamos que las generalizaciones siempre son injustas y equivocadas. Sabemos que no sucede así ni en todos los chicos, ni por supuesto en todas las chicas.

De todos modos estos listados son siempre falsos. Una cosa es lo que se cree que da prestigio y otra lo que realmente lo da. Sin embargo muchas veces, quizás demasiadas, se hace como que fueran ciertos, se juega a dar por verdadera una “ficción” que no siempre se ajusta a lo real. De modo que se empieza a construir un tipo de “sexualidad pública”, que es de la que se habla y se presume con el grupo. Y otro

tipo de “sexualidad íntima”, que es la que se vive y que, como mucho, se muestra frente a la pareja.

En los grupos de chicos (no en todos los chicos) habitualmente lo público guarda relación con lo que se hace o con lo que se quisiera hacer, mientras que todo lo que tenga que ver con sentimientos se guarda en el cajón de lo más íntimo y privado. En los grupos de chicas (no en todas las chicas), en cambio, podemos encontrarnos situaciones similares, pero abundan también aquellas en las que los sentimientos se expresen y, al contrario, no se detallen tanto ni las conductas, ni los deseos.

En otras culturas, que conviven con la nuestra, pasa algo parecido, tienen su sexualidad íntima o privada y su sexualidad pública. Esta última a veces por duplicado. Una con los valores propios de la cultura de origen y que se muestra cuando se está con los “propios”, y otra con los valores del grupo en el que se quieren integrar, probablemente los de los listados que comentábamos antes.

Todo sería distinto si chicos y chicas en vez de competir y puntuar los coitos y “lo que se hace” o “lo que se aparenta”, aprendieran a valorar la necesidad de conocerse y de conocer al otro, la necesidad de sentir, la de descubrir y permitir que afloren los deseos, la de experimentar sin obligaciones, la de permitirse amar y ser amado, la de hablar de los propios sentimientos y la de escuchar hablar a los demás, el aprender a estar juntos, a tocarse, a pasear, a respetar los ritmos, a besarse...

En definitiva se trata de aprender que los únicos criterios o, al menos los más importantes, son los criterios personales. Pero los que se construyen con información y reflexión. Los que ayudan a dar significados a lo que se hace, y que, por tanto, aportan la coherencia que permite disfrutar. Por supuesto, también de los coitos.

**Las conductas eróticas.** En todas las etapas han existido conductas que tienen que ver con lo sexual o con la expresión erótica. Pero ahora éstas van a cobrar nuevos significados y sobre todo, aparentemente, mayor importancia.

La masturbación es el ejemplo de la conducta típica de este periodo, aunque sabemos que ni mucho menos es exclusiva del mismo. Se utiliza para hablar de cómo el chico y la chica adolescente aprenden a conocer y a sentir placer



con su cuerpo. Ahora los deseos y la atracción dan significados a la masturbación que antes no tenía y sin que la orientación del deseo influya en su mayor o menor frecuencia.

Desde el mundo adulto se suele ver con cierta complicidad la masturbación, especialmente la de los chicos, de modo que ya no son tan frecuentes ciertos mensajes “represivos” como antes. A veces, desde esta complicidad adulta, el mensaje que se da es el de que la masturbación es un buen desahogo, en la medida en que aún no es el momento para practicar coitos.

**La “coitocracia”.** Es fácil caer en la cuenta que la erótica es muy rica y de que son muchas las posibilidades. Pero después casi siempre se acaba con la sensación de que “todo eso está muy bien, pero que al final lo único que importa realmente es el coito”

Eso es lo que hacemos, aceptamos “relaciones sexuales” como sinónimo de coito cuando hablamos de “la primera vez”. Si las posibilidades de relación erótica son muchas, habrán de ser muchas las primeras veces. Pero sucede lo contrario. Sólo el coito tiene el privilegio de convertirse en frontera, en marcar un antes y un después. ¿No deberíamos dedicarle algún tiempo, dentro de los programas de educación sexual, a otras primeras veces? No olvidemos además que cada una se construye sobre la anterior, y hablar del primer coito prescindiendo de “las otras primeras veces” es convertir los coitos en “bricolaje”. Además después del primer coito sigue habiendo “otras primera veces”.

Hablar de “preliminares” o de la importancia del “antes” es otra trampa. Los besos, las caricias, el abrazarse desnudos, el recorrer la piel con la boca y la lengua, el masajearse o el mirarse serán importantes porque lo sean, pero no sólo por que puedan anticipar a un coito. Se disfruta de ello mientras se hace y no por lo que pueda venir después. De hecho, viviéndolo así, si después no viniera nada, nada faltaría, porque seguro que cada instante aportó su placer y su satisfacción.

Las trampas continúan si la educación sexual se reduce a prevenir el riesgo de embarazo, se reduciría a hablar de reproducción y por tanto exclusivamente del coito. Pues de todas las posibles formas de expresión erótica, que ya sabemos que son muchas y muy placenteras, la única que puede desembocar en un embarazo es el coito vaginal. Si habláramos de la transmisión del VIH o de alguna otra ETS, sucedería igual aunque incorporaríamos alguna otra práctica más (penetración anal y caricias buco-genitales).

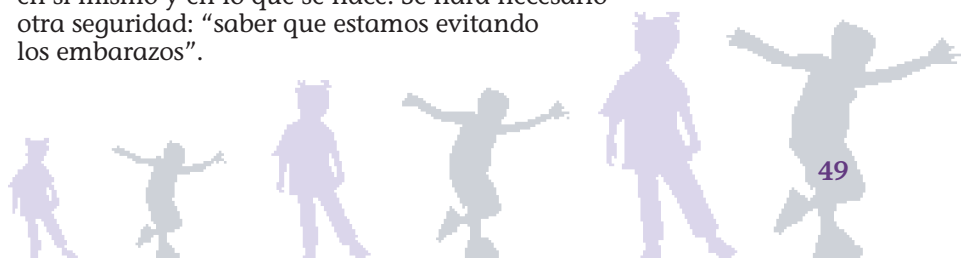
Lo contrario tampoco sería la solución, hablar de sexualidad como si el coito no existiera o como si sólo pudiera ser el resultado de un encuentro entre personas sin imaginación. Prescindir de la posibilidad de un embarazo o de un contagio sería, simplemente, prescindir de la realidad.

Probablemente éste no sea el sitio, ésta no es una Guía sobre embarazos no deseados, pero merecerá la pena que cuando se hable de relaciones eróticas, se hable de relaciones eróticas en plural y no sólo de coitos. Una buena forma es ir abandonado el término de “relaciones sexuales completas” para referirnos al coito o es que acaso ¿el resto de relaciones eróticas no son completas? Estamos convencidos además de que los chicos y chicas necesitan y agradecen que alguien les ayude a abrir el abanico de la erótica. Trabajando de este modo además no dejaríamos de lado a las chicas y chicos homosexuales que entre tanto coito vaginal a veces tienen la sensación de ni siquiera existir. Como se ve el campo de la Educación Sexual es más amplio de al que muchas veces se queda restringido

**Son para disfrutarlos.** Para disfrutar de los coitos no basta con tenerlos, ni con poner buena voluntad. Hacen falta más cosas. Para el resto de relaciones eróticas sucede lo mismo. Por supuesto que hará falta el deseo, que sea con quien tu quieres, que el sitio y el momento sean los adecuados, estar seguro de que quieres hacerlo, ... Habrá también quien necesite sentir amor y sentir que le aman. Afectos compartidos, cariño, comunicación, ternura, sinceridad, poder mostrarte como eres,... Son muchos los ingredientes que se pueden necesitar para disfrutar.

Por supuesto que cada chico y cada chica son distintos. Como también son distintas las circunstancias. Por eso no todo el mundo necesita de iguales ingredientes, ni necesariamente una misma persona siempre necesita lo mismo. Lo que es claro es que hace falta “algo más”. Ese algo más que permite estar relajados y sentir seguridad en si mismo y en lo que se hace. Por supuesto, que al hablar de algo en lo que participan dos personas es preciso que, al menos, haya “compatibilidad” entre ingredientes. Para evitar que uno o una se sienta perjudicado y que, por lo tanto, no disfrute.

Si hablamos de coitos vaginales no será suficiente con la seguridad en si mismo y en lo que se hace. Se hará necesario otra seguridad: “saber que estamos evitando los embarazos”.



A la que, por cierto, habría que sumar la de “evitar el contagio de enfermedades”, el SIDA entre ellas. Parece un poco tonto recordar esto. Pero tenemos la impresión de que son muchas las veces que se practican coitos muy poquito placenteros, precisamente por el miedo al embarazo.

Un ejemplo. Prácticamente todos los chicos y chicas saben que “la marcha atrás” es un mal método anticonceptivo. Es decir, que retirar el pene de la vagina justo antes de eyacular no siempre evita los embarazos, pues sabemos que en el líquido preseminal, que es el que sale antes de la eyaculación, y que con esta práctica no se puede evitar que se deposite en el interior de la vagina, contiene espermatozoides vivos. Con lo cual las posibilidades de embarazo se presentan.

Además hay veces que se “retira” demasiado apurado, dejando la incertidumbre sobre si habrá caído todo fuera o se habrá dejado algo dentro. Las sensaciones se confunden, autocontrol, eyaculación, orgasmo. No siempre resulta fácil.

En estas condiciones, con el riesgo de embarazo planeando, aunque se tengan otras seguridades y se tenga una infinita coherencia y compatibilidad entre los dos, es francamente difícil relajarse. Y ya sabemos si no se está relajados raro va a ser que se disfrute. Raro incluso que se logre la excitación adecuada, sobre todo para la chica que su erótica no suele ser tan “automática” como la del chico.

Es probable que el coito vaginal se consume y que el chico eyacule. Pero después de haber estado todo el rato pendiente de si llega o no el reflejo de eyaculación para retirar el pene ¿se podrá tener un orgasmo en condiciones? Una cosa es eyacular y otra disfrutar. La chica aún lo habrá tenido más difícil, sabiendo que se puede quedar embarazada, sobre todo si esto le despierta miedos y fantasmas, y que no depende de ella. Pendiente de si tarda más o menos que otras veces. Difícilmente hayan disfrutado del coito vaginal.

Lo curioso es que si se preguntaran a este chico o a esta chica que para qué han tenido el coito, responderían sin dudar que para disfrutar. Cuando en su fuero interno saben que disfrutaron lo justo y que incluso los días siguientes, hasta que bajara la siguiente regla, la posibilidad del embarazo seguía en sus cabezas, con lo que ni siquiera disfrutaban de otras actividades.

La “marcha atrás” sigue siendo una de las prácticas más utilizadas. Así que ¿de qué se trata? ¿de disfrutar, de poder decir que “se ha

hecho" o de creerse incorporados a un supuesto club? Insistimos: las relaciones eróticas son para disfrutarlas, el resto es otra cosa.

Hay otras conductas donde pasan cosas parecidas y en todas ellas da la impresión de que hay mucho de satisfacer a los demás, de estar a la altura de lo que cada cual considera que son las expectativas del resto. Incluso por estar a la altura de ese yo que vamos construyendo con lo que consideramos gustos o deseos de los demás, Quizás por miedo a contradecirlos e ignorando que, precisamente, crecer consiste en tener gustos y deseos propios.

**Espantando fantasmas.** Naturalmente que hay también muchos chicos y chicas que tienen clarísimo para qué tienen sus relaciones eróticas o sus coitos. Son todos aquéllos y aquéllas que disfrutan de sus coitos con seguridad, incluyendo métodos anticonceptivos que espanten las fantasmas del miedo al embarazo. Otros en cambio prefieren prescindir del coito vaginal, sin que eso signifique renunciar a sus relaciones eróticas, las posibilidades que les quedan siguen siendo muchas.

En definitiva, si lo que se persigue es el placer, el disfrutar, el sentirse bien consigo mismo, satisfecho o satisfecha, lo sensato sería hacer las cosas de modo que eso fuera posible. Si el coito, sin la suficiente protección, incrementa los miedos parece un mal apaño. En cambio las alternativas al coito o la protección en éste parecen dos buenas soluciones para lograr acercarse a los placeres.

La seguridad frente al embarazo es un requisito para poder disfrutar en condiciones pero tampoco lo garantiza. Que nadie crea que por utilizar un preservativo ya está todo resuelto. A veces hay que seguir espantando fantasmas. Cada uno tiene los suyos y merece la pena afrontararlos, a que "te pillen", a parecer inexperto, a no saber dar placer a tu pareja, a que sea demasiado pronto, a no estar del todo seguro, el miedo al desnudo, a parecer nervioso... Alguno de estos fantasmas se espantan "dando palmadas", basta con poder hablar de ellos o reconocerlos. Otros en cambio necesitan de más tiempo y cuidado, pero mejor afrontararlos que fingirlos. El placer y la coherencia están en juego.





## 4. **E**ducar y atender cuando no hay demandas

Desde Atención Primaria atendemos “personas completas” y por tanto debemos contemplar su dimensión sexual. Sin embargo aunque tanto profesionales como usuarios o usuarias participen de la misma claridad, raras veces salen estos temas en consulta. O, lo que es peor, sólo salen cuando ya se viven “problematizados”.

Desde nuestro punto de vista creemos que la estrategia del “silencio” y de esperar que lleguen las demandas no da resultado. Así se llega justo a donde se quería evitar ir: “la sexualidad como problema”. Creemos que desde la consulta de pediatría se debe hablar de lo sexual y de alguno de sus aspectos, aunque no nos pregunten. Lo mismo que hacemos con el resto de temas.

Se habla de las cosas que parecen importantes. Porque, precisamente, de lo que se trata es de que no se conviertan en problema. En Atención Primaria no ha de trabajarse sólo para solucionar dificultades, sino también para que estas no se presenten. No debemos olvidar que además de la detección precoz y el tratamiento de la enfermedad una parte muy importante del trabajo de pediatría y de enfermería pediátrica es la promoción de hábitos saludables.

Nuestra propuesta consiste en incorporar distintos elementos informativos sobre la sexualidad en las distintas consultas. Evidentemente en unos casos con más “peso” que en otros, pero en cualquier caso nunca obviando la condición de sexuado de quien tenemos delante.

Por ejemplo, en las revisiones del “niño sano”, se trataría de contribuir a que tanto el



padre como la madre vayan aprendiendo sobre la sexualidad de su hijo o de su hija. Que sean conscientes de cómo evoluciona y de cómo pueden colaborar a un correcto desarrollo. Como es lógico, y al igual que hacemos con otros temas, no nos quedaremos únicamente en administrar “píldoras informativas”, aunque puedan apoyarse con algún documento escrito de apoyo, sin sustituirlas, y siempre en el marco de un consejo estructurado. Además procuraremos dar claves que permitan que cada uno juegue el papel que le corresponde.

De este modo algunas situaciones que se vivían como problemáticas perderán esa consideración y otras no llegarán ni siquiera a presentarse, probablemente gracias a alguna de nuestras “píldoras”.

Por otro lado, y esto es muy importante, hablando de lo sexual, hacemos que pueda tener existencia, que sea “legal” y que tanto las personas adultas como los niños o niñas, que no olvidemos después serán jóvenes y adultos, estarán aprendiendo a que en las Consultas de Atención Primaria tienen cabida las consultas sobre sexualidad y sobre la erótica en un sentido amplio. Porque evidentemente nuestras informaciones no deben reducirse a los genitales o la higiene.

Creemos que esta es la puerta para que la sexualidad tenga cabida en las consultas, la puerta para que podamos atender a las personas en todas sus dimensiones. ¿O es que acaso es fácil consultar sobre “todo esto” a alguien a quien nunca has escuchado hablar del tema? Con toda probabilidad por aquí estará el origen de que muchos “problemas”, que en su inicio resultaban sencillos, no se consulten hasta que “crezcan” y se conviertan en insoportables. Nuestro reto es evitar que eso ocurra.

El “permitirnos” hablar de lo que consideramos importante, como es la sexualidad o la erótica, no se limita a las revisiones del niño sano, sino que puede hacerse en todas aquellas ocasiones en que nos parezca que pueda tener cabida. No obstante, a efectos prácticos, en el siguiente apartado se ofrece un guía con los contenidos mínimos a abordar en los tramos de edad correspondientes a los diferentes controles de salud.

La idea de fondo es hacer con la sexualidad como hacemos con el resto de temas. Hablamos de ellos porque nos parecen importantes y no sólo porque nos preguntan. Además si queremos que la familia asuma su parte de responsabilidad, debemos contribuir a ello, con información, pequeñas pautas y, sobre todo, ofreciendo colaboración y disponibilidad.

## Con Adolescentes

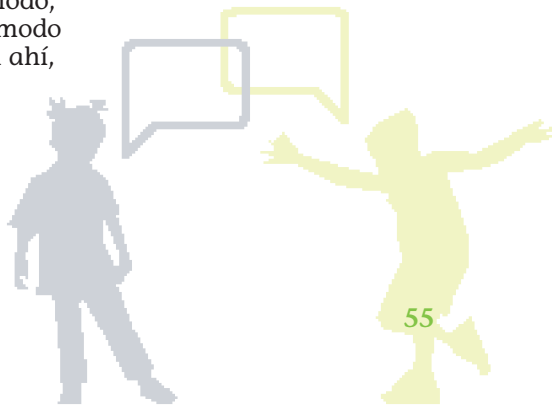
Plantearse como objetivo una conversación con el chico o la chica adolescente en la que todos hablan, se escuchan y las preguntas y comentarios caminan en ambas direcciones parece, indudablemente, legítimo. Pero, con toda sinceridad, suena demasiado ambicioso. Efectivamente habrá que caminar en esa dirección pero habrá que ir paso a paso.

Por ejemplo, si se quiere llegar a hablar con adolescentes, se tendrá que tener en cuenta, que chicos y chicas adolescentes no nacieron así y que, muy probablemente, ya llevemos relacionándonos con ellos y ellas desde muchos años atrás. Será más fácil hablar ahora si cuando eran niños o niñas vieron que cuando iban a consulta se les tenía en cuenta. Queremos decir que además de informar a sus familias también nos hemos dirigido a ellos para darles información y para saber cómo se sienten en sus enfermedades, para que sepan que nos importan y que les escuchamos. Si además algunas de estas conversaciones ha tenido que ver algo con la sexualidad, mucho mejor.

Sin ninguna duda a la chica adolescente o al chico le va a resultar mucho más sencillo hablar de estos temas con alguien con quien ya ha aprendido a hablar y más aún si ya tienen aprendido que esa persona aborda estos temas de un modo franco y cordial.

En ocasiones se pone demasiado empeño en que el adolescente cuente cosas, de ahí lo de prepararse con buenas preguntas. Sin embargo, parece que lo más sensato y lo primero, debería ser lograr que el chico o chica adolescente “nos escuche”. Por ello creemos que lo fundamental es lograr, en quien se tiene delante, actitudes de escucha.

Un ejemplo. Si a los catorce años se les da información que ya saben o que se supone que ya se debería saber, es probable que el chico o la chica perciba que se le trata de manera muy infantil e incluso que, de algún modo, se le desconsidera pues de algún modo el o ella perciben que ya no están ahí, donde esa información resulta necesaria. La trampa está en que casi siempre esa información sigue siendo necesaria y que aunque ellos o ellas no



se perciban ahí, muchos y muchas sí que lo están. Por consiguiente no se puede dejar de dar la información.

Un modo de resolver esta situación, procurando despertar esas actitudes de escucha, es empezar diciendo “te voy a contar algo que probablemente ya sepas” (incluso cuando tengo casi la certeza de que no o sabe) o “te voy a contar algo que probablemente te lo tendría que haber contado hace ya un tiempo” (aunque crea que el momento oportuno es ahora).

En la adolescencia son frecuentes las turbulencias entre el niño o la niña que se está dejando de ser y el joven o la joven que aún no ha llegado. Tener en cuenta esto cuando hablamos con ellos les ayudará y nos ayudará.

### Adolescentes y familias

Parece claro que hay informaciones que debemos transmitir a las familias y otras que debemos procurar que lleguen directamente al chico o la chica. Para ello se utilizarán estrategias de comunicación que procuren aprendizajes funcionales y que faciliten una relación de confianza. En la mayoría de los casos las informaciones pueden ser compartidas, pues salvo las que afectan a la intimidad, no hay nada que contemos a las familias que no puedan saber chicos o chicas, ni nada que contemos a estos o estas que no puedan saber sus familias.

En realidad en educación sexual hay pocos secretos. Quizá ninguno. De hecho, las cosas sensatas lo son porque son útiles para todo el mundo. Recordemos que uno de los objetivos es aprender a conocerse y a conocer a los demás.

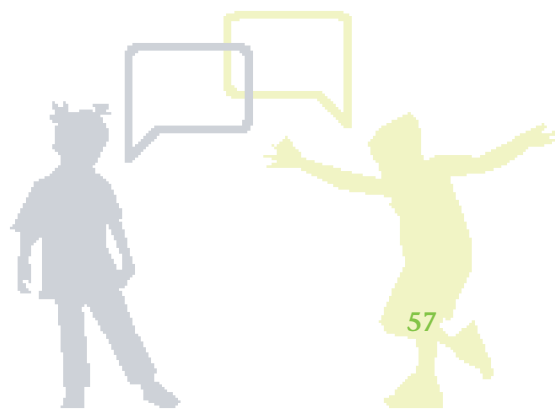
Sin embargo nuestras intervenciones no pueden dirigirse únicamente al núcleo familiar en su conjunto. Es decir, cuando vienen todos juntos (o buena parte de ellos). Hay que dar la posibilidad de que además de como familia puedan consultar como particulares. Algo que habitualmente el padre, la madre o la persona adulta tienen claro y saben que además de acompañar a su hijo o a su hija a revisiones o consultas también pueden acudir individualmente, incluso cuando el motivo de consulta es el propio hijo o hija. Sin embargo esta misma claridad no la tienen el chico o la chica adolescente.

Sería aconsejable que el personal médico o el personal de enfermería pudieran tener alguna entrevista individual con el chico o la chica en la que se le pudieran dar las informaciones necesarias y así a la vez darle la posibilidad de consultar sobre todo aquello que considere oportuno. Incluso suele ser aconsejable anticipar esta posibilidad “La próxima vez que nos veamos habrá un rato en el que hablaremos a solas”

Insistimos en que esto es un consejo y no una prescripción. Si por hablar a solas con el chico o la chica vamos a despertar muchos fantasmas en la familia y lo único que se consigue es desconfianza hacia el personal médico y que tras la consulta acosen a al chico o la chica con preguntas del tipo “qué te han contado” “algo te querían decir cuando no me han dejado que me quede contigo”, quizá no merezca la pena. Puede que sea más lo que se pierde que lo que se gana y que por tanto no compense.

En cualquier caso sí que se debe dejar claro al chico o la chica adolescente, y esto se puede hacer perfectamente delante de su familia, que puede venir a consulta siempre que quiera, que no es necesario esperar a un problema grande para acudir, que también en el despacho hay lugar para las pequeñas dudas. Tampoco es imprescindible que venga acompañado o acompañada de una persona adulta y que lo que se hable en la consulta, evidentemente, será confidencial.

Todo esto último resulta obvio, pero quizás no lo sea tanto desde el mundo adolescente. Si queremos que las consultas resulten accesibles, debemos lograr que los chicos y las chicas así las perciban y para ello es conveniente que conozcan las reglas del juego y mucho mejor si la hacen directamente y no de oídas.





## 5. **C**ontenidos a abordar en las diferentes revisiones y contactos con el niño y su familia

### 5.1. Primera visita del recién nacido

En cuanto a la información y consejos dentro del plan de cuidados del recién nacido, irán dirigidos fundamentalmente a reforzar el desarrollo del vínculo afectivo con éste.

Buena parte de la educación sexual que todo niño y toda niña necesitan parte de ese vínculo. Cuando sienten que son queridos y queridas tal y como son. Cuando se les acepta y se les da seguridad a través del contacto piel con piel. Cuando se les permite expresar emociones... Todo esto es muy importante y casi nadie lo llama educación sexual. Quizá en estas primeras visitas no será el momento de hablar del tema pues las urgencias de la familia probablemente estén en otras preocupaciones pero más adelante, habrá más momentos y entonces sí que resultará oportuno hablar de todo esto como Educación Sexual. Sobre todo si queremos que las familias también compartan la idea de que la sexualidad es algo más que genitales, coitos y prevención.

No obstante y sabiendo que la atención a la sexualidad no se limita a ello, también habrá que ocuparse de los genitales. Advirtiéndolo, por ejemplo, de la posibilidad de leucorrea o sangrado vaginal fisiológicos en los primeros días de vida en el caso de las niñas, o de ingurgitación mamaria en ambos sexos, que puede tardar varios meses en resolverse. En ambos casos se insistirá en la normalidad de estas situaciones.



## 5.2. Controles de salud hasta los 6 meses

Naturalmente que es importante que la madre y el padre asuman que lo son y jueguen ese nuevo papel de la mejor manera posible. Es bueno para el bebé y también lo es para ellos. Pero esos papeles no han de ser exclusivos, pues no son incompatibles con otros. Por eso es igualmente importante que no dejen de cultivar un espacio de pareja. Como también lo son los espacios de crecimiento personal.

Cuando no hay pareja o la pareja está rota sigue siendo importante que el papel de madre o padre no sea exclusivo. El hombre o la mujer siguen existiendo y deben procurar seguir manteniendo su mundo de relaciones aunque, evidentemente, el nacimiento del bebé suponga muchos cambios a los que habrá que aprender a adaptarse

Aprovechando, por ejemplo, que les tendremos que hablar de lo aconsejable de “sacar” al bebé de la habitación, sobre todo cuando el espacio de la casa lo permite, podemos hablarles de todas las ventajas que puede conllevar esa “salida”. El bebé va a ganar en autonomía e independencia, pero la pareja también va a recuperar un espacio propio y de intimidad. Se les puede aconsejar que además del espacio, cultiven “el tiempo” y que por eso suele ser sensato no dormir siempre a la vez que el bebé, sino que entre que se acueste al bebé y se acueste la pareja haya un tiempo donde la pareja pueda crecer y abandonar, al menos un poco, el rol de padre o madre. En el plan de cuidados se seguirá hablando de la importancia del refuerzo del vínculo afectivo y de la necesidad de más vinculaciones afectivas. Es decir, que para el desarrollo del niño y de la niña es bueno que haya más de una persona que le quiera y que se lo demuestre. Un niño o una niña que se vincule afectivamente a más de una o más de dos personas será un niño o una niña con más apoyos y recursos.

Naturalmente esto habrá que hacerlo con el suficiente tacto, de modo que no se generen culpas en aquellas madres o padres que no dispongan de otras personas próximas con las que poder vincular afectivamente a su bebé. Tampoco se debe dar la impresión de que por carecer de estos otros vínculos afectivos se vaya a crecer con déficit o carencias afectivas. Es aconsejable, no es imprescindible.

Asuntos como los celos no son independientes de lo que acabamos de decir. De hecho, a mayor número de vinculaciones afectivas, más posibilidades de que los celos no acaben convirtiéndose en un problema.

Por otra parte no debe faltar tampoco la exploración genital externa. Las alteraciones más frecuentes en las niñas son las sinequias vulvares, que suelen resolverse con una suave disección roma (por ejemplo con un termómetro lubricado) en la consulta o en los casos más rebeldes con la aplicación de una pomada de estrógeno de acción local (promestireno). En los niños hay que explorar la presencia, tamaño y consistencia de los testículos en la bolsa escrotal y el aspecto del pene.

### 5.3. Edad de 6 meses a 2 años

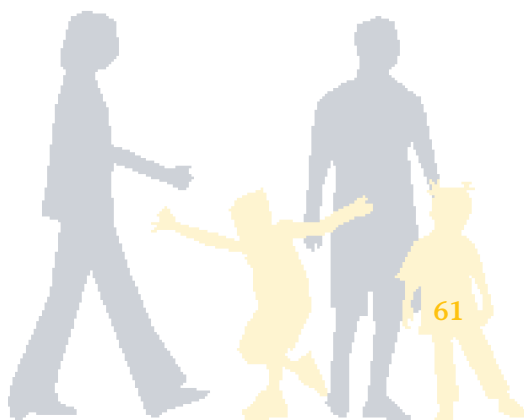
En el bloque de consejos para la promoción de la salud resulta imprescindible que las familias nos escuchen hablar de sexualidad y de educación sexual. Ahora ya de manera explícita. Sobre todo, si queremos que aprendan que en la consulta y en este ámbito también se puede hablar de sexualidad.

Sin perder la perspectiva de las sexualidades, quizás ya se pueda decir que donde realmente empezó la educación sexual fue con el contacto corporal, con el acariciar y el abrazar, con los masajes al bebé, con besarle y con darle importancia, permitiendo que el bebé pueda mostrar sus emociones, de tal manera que sienta que se le reconocen y, sobre todo, que se le quiere.

Con todo esto también se transmite seguridad, y la seguridad en los demás es una buena forma de llegar a la seguridad en uno mismo. Del mismo modo que aprender cómo se reconocen tus emociones es un buen camino para reconocer las ajenas.

Empezando de este modo logramos situar la Educación Sexual o la Sexualidad justo en el lugar que le corresponde. En la dirección de conocerse, aceptarse y de expresar la erótica de modo satisfactorio. Aunque como es lógico aún es pronto para hablar de erótica. Pero no lo es para situarse en el camino adecuado.

Otra de las cosas que se pueden comentar en esta etapa es la posibilidad de que con esos contactos, o coincidiendo con ellos, se produzca por ejemplo una erección en el pene (en el clítoris también podría suceder pero no son tan evidentes). Deberíamos contar, por tanto, que tanto los



genitales del niño como los de la niña están inervados y pueden responder de este modo a determinados estímulos. Este punto debería servirnos para ayudar a distinguir entre Sexualidad Infantil y Sexualidad adulta y cómo, por ejemplo, “las erecciones” no tienen el mismo significado en un momento que en otro. Hablar de este modo y de estos temas puede ser un buen momento para legitimar lo que se consideran contactos adecuados, a la vez que lo hacemos de los “contactos inadecuados” que serían todos aquellos en los que la persona adulta deposita intención erótica.

En definitiva, con estas pequeñas dosis de información y de consejo procuraríamos hacer ver al padre y la madre, o a la persona adulta con el niño o la niña al cargo, que “lo sexual” también forma parte de lo que tiene cabida en Atención Primaria. Y que esto de lo “sexual” a estas edades es algo más que la higiene de los genitales (retraer el prepucio o limpiar en dirección vulva-ano)

Aunque ya en otras etapas hablamos a la pareja, si es que la pareja existe, de lo importante de recuperar su espacio como tales tanto en lo afectivo como en lo erótico, tampoco estaría de más volver a recordarlo. En este tema, como sucede con muchos, hablarlo una única vez no garantiza que el tema quede resuelto.

En lo referente a la exploración física, aunque se recomienda la valoración sistemática de los genitales externos en cada una de las revisiones de salud, resulta especialmente importante el cribado de la criptorquidia porque se considera que los testículos que a los 6 meses de vida no se han situado en la bolsa escrotal ya no van a completar su descenso y deberán ser remitidos al cirujano infantil. En cuanto al prepucio, pueden recomendarse retracciones suaves en el baño pero siempre sin forzar, porque la separación fisiológica entre prepucio y el glande es un proceso gradual que puede abarcar los primeros 3 años de vida y el forzarlo podría conducir a una retracción cicatricial que no se habría producido de haberlo dejado evolucionar espontáneamente.

#### 5.4. Edad de 2 a 6 años

Si no es la primera vez que hablamos del tema, todo resultará más sencillo. Ahora sólo se trata de dar continuidad. La familia sabe que estos temas también forman parte de lo que se habla, de lo que te informan y de lo que se puede preguntar. Con lo cual es más que probable que “esperen” información e incluso que traigan dudas.

En la medida de lo posible parece sensato que ciertas informaciones se integren junto con otras. Por ejemplo, si queremos hablar de “la curiosidad sexual” deberíamos hacerlo al hilo de todo lo relacionado con lo cognitivo-perceptual y no dejarlo necesariamente en un capítulo específico sobre lo sexual. Si vamos a explorar el área de la comunicación, podemos incidir en ese punto, en qué significa la curiosidad, cómo resolverla y cómo ir forjando cimientos que permitan que la comunicación en este tema sea una constante en la familia.

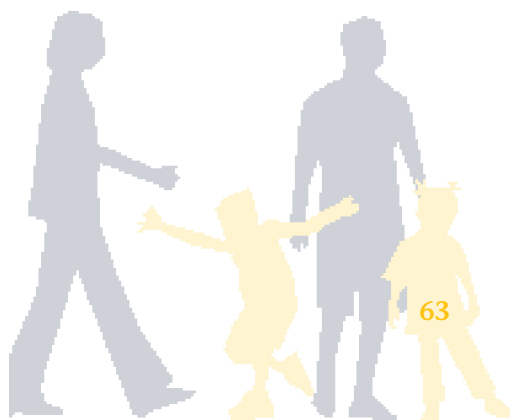
Es importante dar a la familia claves que les permitan resolver este punto de modo que acaben creyéndose que todo padre y toda madre están perfectamente capacitados para hablar de sexualidad con su hijo o hija. Esto es, para hacer Educación Sexual de calidad.

Las claves son sencillas: naturalidad, empatía, buena disposición, contestar al niño o a la niña mejor que a la pregunta, decir la verdad, palabras sencillas y que se entiendan, hablar del tema cuando se considere necesario, utilizar la primera persona, saber que nadie te examina,... recordar que lo importante es que quede claro que se quiere hablar también de estos temas.

Cuando se dan tareas sin acompañarlas de claves que faciliten poder realizarlas, a veces lo único que logran es justo lo contrario que pretende, se genera culpa y malestar por la sensación de no sentirse capaz de obrar del modo adecuado.

En el punto sobre relaciones, será el momento de hablar de los celos, tanto hacia las figuras maternas o paternas como hacia un posible hermano. Hay que procurar que las familias entiendan que los celos suelen ser razonables, pero que deben ser pasajeros. Eso sí, necesitan tiempo. Se trata de que el niño o la niña aprenda que el que las personas adultas se quieran entre ellas o que quieran también a otro bebé no le resta cariño a él o ella, que todos los cariños son compatibles.

En cuanto a la sexualidad, parece pertinente que a estas edades se trate el tema de la autoexploración y manipulación genital, de modo que las familias se den cuenta de cómo se educa también con la actitud respecto a estas conductas. Habrá, por tanto que explicar lo que significa la masturbación infantil, la importancia de la intimidad...



Del mismo modo habrá que explicar “los juegos” y, al igual que decíamos con la curiosidad, será importante dar claves. uponemos que en este periodo también habrá de ser cuando se empiece a explicar a la familia “algo” sobre la identidad sexual, la identidad de género y lo poco que tienen que ver con la orientación del deseo.

En todo este punto se trata de “contar” antes de que preocupe. Por eso es conveniente también contar antes de preguntar, para que no parezca que “contamos” en función de la respuesta y que si esta hubiera sido otra también habría sido otra nuestra explicación.

En la exploración física no debe faltar la palpación testicular y a partir de los 3 años la valoración de fimosis o cortedad del frenillo. En los casos de fimosis, como primera opción puede recomendar un tratamiento tópico con una crema de corticoide durante 4 semanas, que actúa aumentando la elasticidad del prepucio para facilitar su retracción sobre el glande, manteniendo las maniobras de tracción una vez finalizado el tratamiento para evitar que vuelva a cerrarse. Si se considera preciso se pueden repetir varios ciclos de tratamiento y en casos refractarios derivarlo al cirujano infantil para practicar una circuncisión.

### 5.5. Edad de 6 a 11 años

A partir de los 6 años las familias van a preguntar menos. Lo sexual pocas veces se presenta ahora de manera “urgente”. Ya no son habituales las conductas de masturbación en público. A partir de los seis años se suele tener conciencia de las normas sociales y por tanto o bien la masturbación forma parte de la intimidad o de lo prohibido, que recordemos no es exactamente lo mismo aunque ambas situaciones puedan darse en la misma habitación. De hecho, cuando la masturbación en público se presenta a partir de estas edades la causa más común es la “llamada de atención”. Tampoco son frecuentes ahora las preguntas inesperadas. Para bien o para mal se tendrá aprendido cómo hablar de este tema o cómo callar. El niño o la niña ya sabrá que puede hablar con sus padres o habrá buscado otras fuentes de información.

Queremos decir que se debe volver a tener la iniciativa desde el despacho para sacar el tema. Para que este tema no vuelva al olvido. Precisamente ahora que este tema no parece “urgente” es cuando puede tratarse como importante. Sin prisas y sin pausas.

Ya hemos dicho que la sexualidad no duerme en estas edades, por lo tanto esa es la idea que tenemos que transmitir con los comentarios.

El objetivo es que tampoco se duerman ni el padre ni la madre o la persona adulta que esté al cargo. No desaparecen las conductas, ni tampoco el interés.

Esto ha sido verdad siempre, pero ahora resulta más evidente con el acceso que tienen niños y niñas a los programas y series de televisión. Sin querer polemizar sobre si todo lo que se permite ver a estos niños o niñas es lo más adecuado para su edad, tenemos la evidencia de que la mayoría accede a contenidos donde lo sexual, de un modo u otro está presente. Además no hace falta irse a programaciones nocturnas o serie extrañas, basta con lo habitual o con los anuncios publicitarios.

Así las cosas, si el padre o la madre dejaran de hablar con el único argumento de que no hay preguntas, se estaría enseñando que de este tema no se habla salvo cuando se pregunta y, como bien sabemos, no resulta fácil preguntar a quien no habla.

En definitiva, hemos de animar a las familias a que se permitan hablar y comentar lo que sale en la tele. Sin pedir nada a cambio, pero con el objetivo claro de que el niño o la niña sepan cómo piensan y por qué. Esto ahora parece poco importante, pero cuando hablemos de adolescentes recordaremos que lo importante es, precisamente, llegar a la adolescencia con algunas cosas aprendidas, y éste es justo el momento de aprenderlas.

Nuestros comentarios ya no pueden dirigirse sólo a la familia o a quien acompañe al niño o a la niña. También hay que darles a ellos el protagonismo. Tienen que escucharnos, que les valoramos en su condición de niños o de niñas con indiferencia de su percentil, sus aficiones o su propensión a coger enfermedades. Tienen que escucharnos oír que se puede ser niño, y verdadero, de muy diversos modos, exactamente igual que lo que nos tienen que oír las niñas. Y mucho mejor si unos y otras nos escuchan cosas parecidas hablando de los dos sexos.

Son muchos los años de esta etapa, por lo tanto, no hay que obsesionarse. Sabemos lo que queremos decir y encontraremos el momento de decirlo. Sería un



error estar en todas las consultas con este tema. Tanto como el no estar en ninguna.

Por último y siguiendo jugando nuestro papel, a la vez que animemos a que las familias puedan hablar de estos temas con sus hijos e hijas, procuraremos hacer lo mismo en la otra dirección, animando a que niños y niñas hagan lo propio.

Una última consideración: en esta etapa, como en la anterior y en la siguiente, será muy importante hacer consciente a la familia de que también se educa con el modelo de hombre o de mujer, con el modelo de pareja, con lo que se habla y lo que se calla, con la actitud, con lo que se habla delante de ellos o de ellas, con el papel que juegan los afectos, la comunicación, la naturalidad, el respeto...

En lo referente al desarrollo, es posible que puedan empezar a aparecer los primeros caracteres sexuales secundarios. Convencionalmente se define la pubertad normal como aquella que se inicia entre los 8 y los 13 años en el caso de las niñas y entre los 9 y 14 en los niños (corresponde a unas 2 desviaciones estándar sobre la media de la población española), aunque en los últimos tiempos parece que está adelantando un poco en el caso de las niñas.

Previamente a la activación gonadal de la pubertad normal se produce la maduración de las glándulas suprarrenales, con una elevación de los niveles de andrógenos suprarrenales que ocasionalmente puede manifestarse externamente con aumento de la secreción sudoral y olor corporal e incluso aparición precoz del vello pubiano o axilar en ausencia de desarrollo mamario en las niñas o aumento del tamaño testicular en los niños (pubarquia o adrenarquia precoz aislada). En estos casos, si no existe un adelanto en la edad ósea que pueda hacer sospechar otra patología, la pubertad ulterior se desarrollará con normalidad y sólo será preciso hacer un control clínico semestral del crecimiento y desarrollo.

## 5.6. Edad de 11 a 14 años

Ésta es la edad en la que por regla general acontecen las transformaciones físicas, psíquicas y emocionales que conducen desde la infancia hasta la adolescencia y conviene hablar sobre ellas con la familia y, por supuesto, con la chica o el chico.

Desde el punto de vista físico la secuencia de cambios es variable. En la mayor parte de las niñas el primer suceso el desarrollo

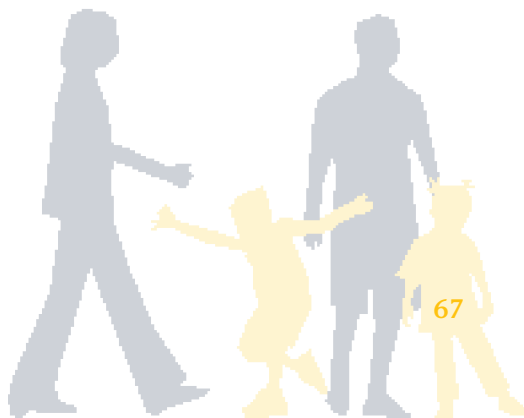
mamario (telarquia) y después de unos meses empieza a aparecer el vello pubiano (pubarquia). Sin embargo, en algunas niñas la pubarquia puede preceder a la telarquia. El vello axilar suele aparecer de manera tardía, unos 2 años después del pubiano. El momento de la primera menstruación suele ser unos 24 meses después del inicio puberal. El estirón de crecimiento es más temprano en la pubertad de las niñas, alcanzando un pico máximo 6-12 meses antes de la menarquia. Una vez sucedida ésta se siguen creciendo unos 7 cm como promedio. La edad media de la menarquia en nuestro país es de 12,5 años

En los varones la primera manifestación puberal es en general el aumento de tamaño de los testículos y de la bolsa escrotal, mientras que el vello pubiano suele aparecer unos 6 meses más tarde, aunque también puede ocurrir simultáneamente al desarrollo testicular. El tamaño del pene aumenta aproximadamente 1 año después del inicio puberal, el vello axilar unos 12-18 meses después del pubiano y el facial todavía un año después de este último. El estirón de crecimiento es un suceso tardío en comparación con la pubertad femenina. Alrededor de los 12-13 años, aunque a veces antes, aparecen las primeras eyaculaciones involuntarias que son emisiones de pequeñas cantidades de semen que habitualmente aparecen durante el sueño. Se trata de un mecanismo automático natural para evitar la acumulación excesiva de semen que no se acompaña de orgasmo ni tiene por qué tener relación con sueños eróticos.

Conviene explicar a las niñas que es normal que el botón mamario sea unilateral o asimétrico en los primeros meses de desarrollo y a los varones que en ellos también se puede dar como fenómeno normal un pequeño grado de desarrollo mamario, en ocasiones con molestias locales, que involucionará posteriormente.

Hablar de todas estas cosas resulta imprescindible, como también explicar más cosas sobre la menstruación y la eyaculación, de modo que chicos y chicas aprendan qué significan y en qué consisten.

Ahora bien, tendremos que saber encontrar el momento de hablar de todos estos cambios que, sinceramente, creemos debe estar más cerca de los 11 años que de los 14. Más cerca de cuando se inician, que de cuando ya están en marcha.



Es verdad que las familias y los propios chicos y chicas no suelen preguntar por todos estos cambios hasta que estos no se han iniciado. De hecho las preguntas, y con ellas el interés, no se hace manifiesto hasta que alguno de estos cambios empiezan a preocupar, bien porque se considera que va con retraso, quizás con adelanto o bien porque no se presenta del modo esperado, es decir o con más o menos intensidad.

En definitiva, se suele preguntar cuando preocupa. Por eso estamos convencidos de que habría que contarle todo mucho antes. Precisamente para que nuestras explicaciones ayuden a que las preocupaciones no comiencen, que es mucho más rentable y sensato que dar explicaciones para que cuando las preocupaciones se presenten, desaparezcan.

Lo interesante sería que todas las chicas supieran cosas sobre su menstruación o su desarrollo corporal, antes de saber quién va a ser la primera o la última en tener la regla, antes de saber o intuir quién tendrá más pecho, más vello o más estatura. Antes, todas deben aprender que cada una tendrá su propio ritmo, sus propios resultados y que en ningún caso eso definirá ni la calidad como mujer, ni predecirá fertilidad, mejor vida erótico o más nada. Sencillamente cada chica es como es y ninguna mejor que otra.

Con los chicos, lo mismo: antes de que tengan su primera eyaculación involuntaria sería bueno que supieran por qué puede pasar y qué significa, antes de que les empiece a preocupar un hecho que no conocían y ni siquiera esperaban. Con el resto de cambios corporales lo mismo. El objetivo es el mismo: que sepan que todos los chicos acabarán siendo verdaderos chicos y todos estarán bien preparados aunque el ritmo sea distinto y distintos los resultados. También cada chico es como es y ninguno es mejor que otro.

Insistimos en que todo esto es importante que lo aprenda el chico y la chica pero también que lo aprenda la familia. Sabemos que en ocasiones es la familia quien más se preocupa y quien con sus comentarios acaba preocupando al chico o la chica. No obstante, con nuestro gesto y nuestra mirada debemos ofrecer el protagonismo de esta conversación a quien lo tiene: el chico o la chica.

Por cierto, aunque en la consulta habitualmente se atiende de manera individual a un chico o una chica (aunque vengan acompañados de algún adulto) y tenemos pocas oportunidades de hablar a los dos sexos a la vez, esto no es excusa para que sólo hablemos de un sexo. Las chicas también necesitan conocer que les

pasa a los chicos y viceversa. Los sexos necesitan conocerse más para entenderse mejor.

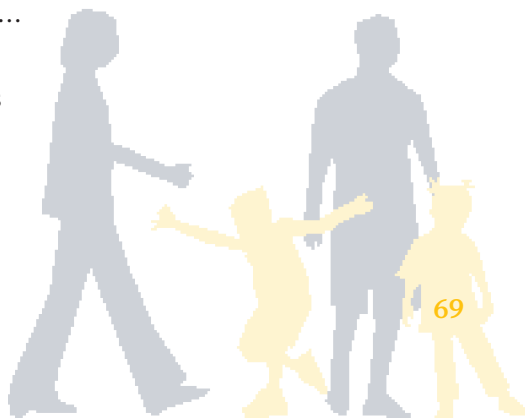
Si logramos hablar de todos estos temas cerca de los 11 años ya tendremos la puerta abierta para hablar de otros temas, ahora sí, más cerca de los 14 años. Recordemos que es más fácil hablar con quien se le ha oído hablar, del mismo modo que será más fácil que te escuchen si en las conversaciones hemos conseguido que el chico o la chica se sienta a gusto, sin forzarle a hablar, sin juzgarle, aceptando sus dudas y pudores...

**El pudor como ejemplo.** Sabemos que en esta etapa los y las adolescente suelen tener un pudor muy propio de la edad. Queremos decir que chicos y chicas que hasta hace unos días no les importaba que les vieran desnudos, ahora sí les importa. De hecho prefieren que no se les vea. Ni sus padres, ni sus madres, ni sus hermanos,... ni, por supuesto nosotros o nosotras. Es verdad que hay excepciones, pero es frecuente que esto suceda. Tiene la lógica del cambio del esquema corporal, del ir asumiendo los cambios, del sentirse en proceso...

Pues bien, en ocasiones para alguna exploración debemos pedir a ese chico o a esa chica pudorosa que se desnude. Resulta inevitable. Y no se nos ocurre otra cosa para ayudarle que decirle “No te preocupes, si no pasa nada”. Sin embargo esas palabras suelen ser precisamente de poca ayuda. En realidad pedirle a alguien que tiene vergüenza el que no la tenga ayuda muy poco.

Nuestra propuesta ve en otra dirección. Permitirle que tenga vergüenza. Así nuestras palabras deberían ser algo del tipo “Ahora igual te toca pasar vergüenza” De modo que el chico o la chica perciba que le damos permiso para que pueda tener vergüenza, que no le juzgamos por tenerla y que, en definitiva, le aceptamos de ese modo. Esta sería la forma de que el chico o la chica se sienta a gusto e incorpore la consulta como un espacio donde caben muchos temas y sobre todo donde cabe él o ella al completo. Con sus vergüenzas, sus pudores, sus dudas, sus temores...

Con todas las puertas abiertas ya podremos permitirnos sacar nuevos temas que vayan más allá de los cambios físicos, hormonales y psicológicos. Podremos hablar de responsabilidad, de la masturbación, de relaciones



de pareja, de los deseos, de la homosexualidad y de la bisexualidad, de anticoncepción, de creencias erróneas, de placer, de la importancia del diálogo, de los recursos en anticoncepción, de habilidades sociales, de la presión de grupo, de prácticas eróticas...

Evidentemente son muchas las posibilidades y tampoco podemos dejarlo todo resuelto desde la consulta, lo importante en nuestro caso no es tanto contarle todo para que todo quede resuelto como dar la posibilidad de poder hablar de todos estos temas más despacito cuando él o ella lo considere adecuado. Creemos que hay veces que hay chicos y chicas que no consultan cosas porque creen que éste no es el sitio; para evitar eso queremos que chicos y chicas aprendan que cuando les decimos que con nosotros o nosotras pueden hablar de sexualidad les estamos dando la posibilidad de hablar de muchas más cosas que de genitales y de coitos. Pero insistimos esto sólo es eficaz si nos escuchan hablar de más temas que de genitales y de coitos.

Lo lógico es que algunas de estas conversaciones pudiéramos tenerlas con el chico o con la chica, sin la presencia del padre o de la madre. De hecho en muchas ocasiones será el propio padre o madre quien nos facilitará que esto así suceda. Cuando esto no sea posible al chico o la chica, además de los contenidos que le vamos a transmitir, también le debería quedar claro que si en otro momento desea venir solo o sola a hablar de alguno de estos temas puede hacerlo y que, evidentemente, la conversación será confidencial. Esto resulta obvio para nosotros o nosotras, pero no lo es tanto para el chico o la chica adolescente y seguramente necesita oírlo.

**Actitud de escucha.** La mayoría de adolescentes cuando alguien les da una charla sobre temas de sexualidad están pensando más en qué es lo que me preguntarán después que en lo que les están diciendo. Por eso la mayoría de veces, ni siquiera escuchan.

Si no logramos despertar actitud de escucha en el chico o chica que tenemos delante de poco van a servir nuestras palabras por muy sensatas que sean. Por eso será bueno espantar el fantasma de las preguntas de después. Advirtiéndole de antemano que no vamos a hacer preguntas. “Mira te cuento todo esto porque creo que debes saberlo pero después no te haré preguntas” Eso sí, si hubiera que hacer preguntas para la historia, habrá que anunciarlas para no mentir.

La actitud de escucha también tiene que ver con cómo ellos o ellas perciben que les tratamos. Por ejemplo, si consideran que les estamos

tratando como a los niños o niñas que están dejando de ser, no les resultaremos interesantes, y cuando les hablamos de sexualidad dando la impresión de que les contamos cosas porque ellos o ellas no saben, perciben ese tipo de trato.

Deberíamos hablarles diciendo “Te voy a contar unas cosas que seguramente ya sepas” o, incluso, “Te voy a contar cosas que, probablemente, te tendría que haber contado antes” Se trata de conseguir que nos escuchen y que perciban que les valoramos y que le damos un trato diferencial al de hace unos años por eso este tipo de frases resultan de ayuda hasta cuando sabemos que lo que le contamos no lo saben.

Estas claves también estaría bien que las aprendieran padres y madres pues también van a favorecer el diálogo en el ámbito de la familia. Recordamos que nuestra tarea es precisamente también favorecer este diálogo, las familias tienen que entender que el que les queramos dar al chico o la chica el protagonismo que creemos que merecen no supone situarnos frente a la familia. Queremos seguir estando a su lado y queremos que sepan que también pueden seguir contando con nosotros o nosotras.

Nuestros objetivos han de llegar a todas las sexualidades. Esta bien que hablemos de anticoncepción. Hay que hacerlo. Recordando la necesidad de su uso, de cómo la seguridad junto con el deseo y la coherencia son las claves del placer, de cómo conseguir los distintos métodos y cómo se usan, también de cómo se deben negociar en pareja y, por supuesto, recordar que en el coito no está la única posibilidad de expresar la erótica en pareja. Con la ITS algo parecido: recordar vías de transmisión y modos de prevención, y subrayar aún mucho de los mitos y miedos que rodean el SIDA. Que nos escuchen hablar, que aprendan que con nosotros se puede hablar y que les quede claro que, aún así, hay que seguir aprendiendo y que se puede seguir aprendiendo con más gente: otros profesionales, familias, la pareja...

Con estos temas llegamos a muchas sexualidades, a casi todas. Pero puede que alguna quede fuera. Quizás chicos y chicas que aún no tienen pareja ni especial interés por conseguirla, quienes sin duda si sólo les habláramos en términos de pareja acabaríamos perdiendo su interés. Por eso debemos cuidar qué decimos y cómo.



Otro ejemplo es el de chicos y chicas con discapacidad, especialmente si esta es intelectual. Es verdad que muchas cosas no pueden ser iguales, pero por las mismas es también verdad que no todas las cosas son distintas. Así que habrá que encontrar el sitio que está lejos de no hablar nada de este tema y también lejos de obrar como si la discapacidad no existiera. Las familias y los chicos y chicas con discapacidad tienen que aprender que su sexualidad nos interesa y que de ella se puede hablar en la consulta.

Los chicos y chicas que en la adolescencia empiezan a vivirse a sí mismos como atrapados en un cuerpo que no se corresponde al sexo que se sienten tienen que percibir que también estamos para ayudarles. Hablar de transexualidad masculina y femenina es también pertinente a estas edades. Esto además ayuda tanto a la persona que lo vive como al resto que debe aprender también a conocer y respetar al resto de sexualidades, no olvidemos que educar y atender la sexualidad es también el respeto a la diversidad y la pluralidad.

## 6. **C**onsultas frecuentes sobre sexualidad

Todas las consultas las hacen personas y ahí radica la primera clave. No debemos atender a la consulta o responder a su pregunta. Debemos atender o responder a la persona, a quien consulta. Parece un matiz pero es algo más que un matiz.

Por supuesto eso tiene que ver con atender los matices y las peculiaridades que rodean cada demanda. No se debe prestar atención sólo a las palabras más gruesas sino también con mirar a la cara a la persona, con dar señales de escucha, con asegurarnos de que se nos entiende y de que entendemos lo que se nos quiere decir. En definitiva con establecer una relación entre personas, en la que ambos somos importantes.

En todas las consultas cuando la formula el padre o la madre debemos dar las pautas para que sean compartidas por la pareja, sobre todo cuando tenemos la certeza de que existe esa pareja. Estas cosas de la sexualidad no son más de uno que de otra. Son de ambos cuando hay ambos. Animar a compartir estas informaciones con la pareja es parte de la pauta que debemos transmitir.

A partir de que el niño o la niña puede seguir una conversación hay que procurar incorporarle. Que aprenda que se le tiene en cuenta y que puede hablar con el personal médico o de enfermería. Esto resulta absolutamente imprescindible a partir de la preadolescencia. Aunque la consulta la haga el padre o la madre la respuesta debe incluir al hijo o la hija, tanto con nuestros gestos y miradas como con las palabras.

Por último creemos que en el diálogo que se debería establecer con cada



consulta deberíamos aprovechar para hablar de lo que se quiere saber (que suele estar muy cerca del enunciado del problema) como también de lo que se necesita saber (que anda un poco más lejos).

**En sexualidad se suele preguntar desde los genitales, el coito o la reproducción. Debemos atender incluyendo los cuerpos, las eróticas y la dimensión afectiva y placentera. Se suele preguntar únicamente por un sexo, pero merece la pena aprender cosas de ambos. Se incide en las dificultades, pero conviene situarse en las posibilidades.**

**En definitiva cada consulta es una oportunidad para trabajar por esa idea de la sexualidad en la que caben todas las sexualidades, a que aprendamos a conocernos, a aceptarnos y a expresar la erótica de modo que resulte satisfactorio. También para animar a que las familias hagan lo propio desde su ámbito y en la misma dirección.**

### **¿Cuándo empiezo a hablar de sexualidad con mi hijo o con mi hija?**

**La educación sobre la sexualidad comienza antes del nacimiento, con las actitudes que se tienen respecto a niños y niñas. Si se educa de manera distinta a niños o niñas se hace un determinado tipo de educación sexual, si por el contrario se ofrecen los mismos juegos y juguetes, las mismas posibilidades a unos que a otras será de otro tipo. La transmisión de actitudes hacia la sexualidad se realiza también a través de una gran cantidad de situaciones cotidianas a las que, en general, no damos importancia. Los niños sobre todo aprenden por observación, por lo que las demostraciones afectivas de la pareja contribuyen indudablemente a la educación sexual, del mismo modo que lo hacen todas las muestras de afecto hacia el bebé.**

**Hablarles de hombres y de mujeres, de afectos, de tipos de pareja, de la diferencia entre lo público y lo privado, del respeto hacia el cuerpo propio y el ajeno es parte de lo que el niño o la niña necesita aprender.**

**En general se recomienda que se empiece a hablar con los hijos e hijas sobre sexualidad a partir de que ellos o ellas pregunten por primera vez sobre el tema, generalmente preguntando por las diferencias entre hombres y mujeres, por dónde salen los bebés o por dónde entran. Ese suele ser el momento de comenzar la comunicación verbal, aunque el aprendizaje ya sabemos que se inició con anterioridad.**

En cualquier caso tampoco se debe estar únicamente esperando a las preguntas, pues ningún padre o madre habla sólo con sus hijos o hijas de aquello que le preguntan. Se habla de muchas más cosas, de lo que viene a cuento y de lo que se necesita saber. Con esto queremos decir, que con toda legitimidad un padre o una madre puede iniciar una conversación sobre estos temas si considera que es el momento oportuno. Recordemos que no siempre resulta sencillo a un niño o una niña formular estas preguntas y que oír hablar del tema facilita las cosas.

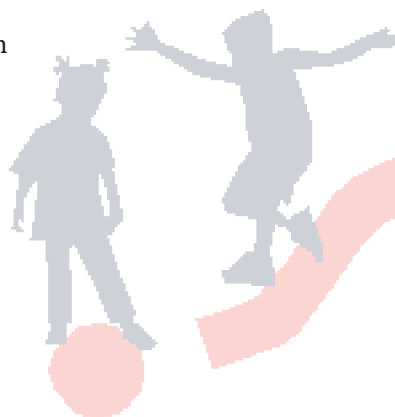
Alguien podría pensar que obrando de este modo se podría hablar antes de tiempo y es cierto que podría ocurrir. Ahora bien en ese caso lo único que podría ocurrir es que el niño, o la niña, se aburriría con las explicaciones. Poco riesgo si lo comparamos con el que supone aprender a que de este tema no se habla, unos no preguntan, otros que no cuentan.

### **A mi hijo le han diagnosticado una criptorquidia. ¿Qué consecuencias puede tener?**

El descenso testicular se produce tardíamente en la vida fetal, a partir de la 28 semana de gestación, con un trayecto que va desde el abdomen hasta la bolsa escrotal a lo largo del canal inguinal. Se suele haber completado antes de la 40 semana de gestación pero puede retrasarse hasta los 6 meses en niños nacidos a término y algún tiempo más en los prematuros.

La criptorquidia es cuando ese descenso testicular no se ha completado. Puede ser uni o bilateral. Incluye también el que se consigue descender mediante las maniobras adecuadas pero vuelve a ascender a su posición extraescrotal al cesar la tracción.

No se considera patológico, el llamado “testículo en ascensor” o retráctil. Esto es, testículos que completaron su descenso completo pero pueden situarse en una posición alta durante largos periodos de tiempo. Estos testículos se pueden llevar con facilidad a la bolsa, tanto manualmente como de forma espontánea mediante maniobras que inhiben el reflejo cremasterino (posición en cucullas), permaneciendo un tiempo en el escroto. En el



momento de la adolescencia el testículo adoptará de manera definitiva una localización normal.

La criptorquidia es la malformación genital externa más frecuente en el varón. Se observa al nacimiento en el 3 al 4% de los varones nacidos a término y en más del 30% de los prematuros, dependiendo de la edad gestacional. En dos tercios de los casos es unilateral y en el 70% de éstos afecta al lado derecho. Los casos bilaterales se asocian con mayor frecuencia a alteraciones genéticas o endocrinas.

Los testículos que no han descendido completamente a los 6 meses de edad en los niños nacidos a término deben remitirse al cirujano infantil para proceder a su descenso y fijación quirúrgica al escroto. Existe también la posibilidad de tratamiento hormonal pero su tasa de éxito no supera el 20 %.

Las principales consecuencias potenciales de la criptorquidia son la infertilidad y el cáncer testicular. Aunque no existen estudios concluyentes, se admite que el índice de fertilidad de los testículos criptorquídicos es mejor cuanto menor es la edad de corrección de la criptorquidia. El cáncer de testículo es 4-10 veces más frecuente en testículos criptorquídicos que en los descendidos normalmente y no parece que la orquidopexia reduzca este riesgo de malignización, si bien permite la posibilidad de autoexploración.

Al hablar de los testículos es un buen momento para dar a conocer sus funciones más allá de lo reproductivo, sobre todo si queremos que aprendan a hablar en la consulta de cuestiones que vayan más allá de una sexualidad centrada en los genitales y la reproducción. Hablar de los testículos debería ser también una invitación a hablar de los ovarios.

**Mi hija de 3 años con frecuencia frota sus genitales contra el brazo de sofá, lo que se acompaña por sudoración. En ocasiones lo hace delante de las amistades.**

Esto que hace esta niña de tres años es lo que hacen (o han hecho) la mayoría de niños y de niñas con edades similares. Han descubierto que en sus genitales hay sensibilidad y que, por tanto, si los estimulan encuentran sensaciones agradables. Por tanto se puede considerar que esta conducta, además de frecuente, es bastante normal entre niños y niñas.

Es probable que merezca la pena recordar que la masturbación infantil tiene notables diferencias respecto a la masturbación

adolescente o adulta. En este primer caso es más mecánica y carece de significados, no se acompaña ni de fantasías ni de deseos. Por otra parte la masturbación infantil tampoco tiene consecuencias para el desarrollo ni de los genitales, ni del cuerpo, ni mucho menos predice comportamientos futuros.

No obstante es importante que la niña o el niño aprendan que este tipo de conductas pertenecen al ámbito de lo íntimo y que no es adecuado realizarlas en sitios públicos o delante de la gente. Por tanto ante este tipo de comportamientos lo que se debe hacer es indicar lo inadecuado “Esto aquí no se hace” “Esto ahora no se hace”... y proponer la alternativa “Cuando no haya gente delante” “Cuando estés en tu cuarto”... Lógicamente no bastará con una única vez. Estamos hablando de niños y niñas pequeños, por lo que habrá que repetir la consigna tantas veces como haga falta. Eso sí procurando que el tono de las palabras no dé significados que no se pretenden.

Todos los niños y niñas acaban aprendiendo que estas conductas no deben hacerse delante de otras personas. Siguiendo más o menos estas pautas, y con un poco de paciencia, estos tocamientos sólo se darán cuando la niña o el niño estén a solas, en espacio de intimidad. Actuando de otro modo, con malas palabras, con castigos o con consignas contradictorias, los tocamientos también acabarán a solas, pero en estos casos a escondidas, en espacio de prohibición y con un sentimiento de culpa. No parece que sea lo mismo.

### ¿Cuándo debo empezar a retraer el prepucio de mi hijo?

En el momento del nacimiento es habitual que el prepucio y el glande estén pegados y que al ir creciendo, se vayan despegando paulatinamente en un proceso que puede alargarse hasta los 3 años. Por tanto, el 90 % de esas “fimosis” fisiológicas se habrán resuelto espontáneamente al llegar a esa edad.

Aunque existen diferentes criterios, en general no se considera necesario, ni recomendable ejercer tracciones bruscas que, además, podrían conducir a una retracción cicatricial creando un problema donde no lo había. En consecuencia, en ese tramo de edad no es preciso realizar



manipulaciones sobre el prepucio o en todo caso practicar tracciones suaves, siempre sin forzar, aprovechando por ejemplo el momento del baño.

Cuando más allá de los 3 años se percibe la existencia de un prepucio estrecho que no permite su retracción adecuada sobre el glande se puede indicar un tratamiento con una pomada de corticoide que actúa aumentando la elasticidad del prepucio. Es importante mantener retracciones suaves del prepucio una vez alcanzado el efecto para evitar que vuelva a cerrarse, aunque pueden repetirse nuevos ciclos en caso necesario.

Lo ideal es, como sucede con toda la higiene, que al principio sea el padre, la madre o la persona adulta quien se encargue de todo, pero el objetivo es que poco a poco la vaya asumiendo el niño. Cuando el niño crezca y vaya ganando en autonomía será bueno que de vez en vez se le recuerde la necesidad de no olvidarse de retirar el prepucio y lavar el glande.

Por último, en casos refractarios al tratamiento médico puede estar indicada la cirugía.

Más frecuentes son las adherencias balanoprepuciales en ausencia de una auténtica estrechez del prepucio, en muchas ocasiones con quistes de esmegma constituidos por secreción grasa y descamación epitelial debajo de la piel. En la mayor parte de los casos se resolverán con el paso del tiempo y no será precisa su liberación (que suele ser muy cruenta) salvo que se asocien con infección de la secreción retenida (balanitis). En estos casos suele ser precisa la limpieza local con administración posterior una pomada con corticoide y antibiótico.

**Me parece que mi hijo de 4 años tiene el pene muy pequeño.  
¿Lo tendrá también pequeño de mayor?**

Las palabras pequeño o grande son siempre relativas. Aunque casi siempre las preocupaciones caen más del lado de lo que se “supone pequeño” que de lo que por el contrario parece grande. Sucede con la estatura y con muchas otras partes del cuerpo. Con los genitales también.

Niños y niñas, hombres y mujeres, en casi todos los aspectos nos distribuimos conforme a lo que se conoce como “curva normal”. Esto es, la mayoría se encontrará en el medio, o bien un poco por encima

o un poco por debajo, mientras que en los extremos habrá menos personas. Pero naturalmente tiene que haber quien sobresalga por un lado o por el otro. Insistimos que esto es verdad tanto en la estatura como en otras características corporales, como es el pene.

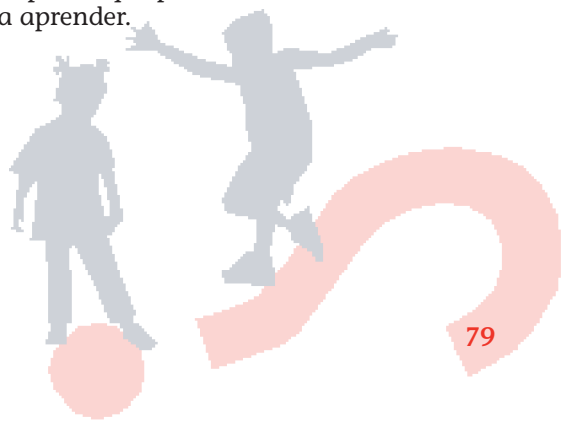
Quiere decir que habrá niños, que con cuatro años tengan el pene por debajo de la mayoría de su grupo como otros que lo tengan algo mayor, sin que ni una cosa ni la otra se pueda considerar extraña. Puede pasar ahora en la edad de infantil como también pasará después a partir de la pubertad, cuando el pene se desarrolle por la acción de la testosterona.

De todos modos el tamaño del pene a los cuatro años no es predictivo del tamaño final. No olvidemos además que el tamaño del pene erecto no tiene nada que ver con el tamaño del pene cuando no hay erección. Queremos decir que el pene aparentemente pequeño en estado de flacidez puede volverse un pene “por encima de la media” en estado de erección.

No obstante para espantar muchos de los fantasmas que despierta el tamaño del pene sería importante que, ahora la madre o el padre y después chicos y chicas, conocieran algo más sobre el mecanismo de la reproducción y del placer para entender que el tamaño del pene no es una dificultad ni para una cosa ni para otra. Sencillamente es una peculiaridad. La excepción es el micropene, pues pudiera ser una manifestación de una alteración testicular primaria o secundaria a patologías hipofisarias o síndromes como el de Kallman, Noonan o Prader Willi.

Tarde o temprano se acaba hablando del tamaño del pene en términos parecidos a lo comentado anteriormente y, en muchas ocasiones, tratando de incorporar también a la mujer a estos contenidos se traza un paralelismo con el tamaño de los pechos. Se afirma entonces que pueden ser grandes o pequeños pero que en cualquier caso ni marcan la feminidad, ni la calidad de mujer, ni correlacionan con la fertilidad o el placer que pueda darse o recibirse. Todo lo cual es cierto y se necesita aprender.

Sin embargo contando sólo estas cosas dejamos a la vulva en silencio. Dejando en secreto que al igual que hay diferencia entre los genitales externos de los chicos también las hay entre los genitales



externos de las chicas: el aspecto y el tamaño de los labios mayores y menores, del clítoris... No todas las vulvas son iguales, y estaría bien que chicos y chicas lo aprendieran, una vez más sin proponer modelos únicos ni jerárquicos.

### **Me han llamado del colegio porque mi hijo de 5 años suele meterse en el armario de juegos con otra amiga de su clase y salen de él sudando y a medio vestir**

**A** menudo a este tipo de juegos se les suele llamar “juego sexuales” en la infancia. Y quizá en la denominación esté parte del problema. Bien es verdad que tienen que ver con lo sexual, pero están muy lejos de asemejarse a los juegos sexuales que practican las personas adultas. De ahí que la primera clave es la de acercarse a ellos “no poniendo significados adultos a lo que hacen niños y niñas”.

**G**eneralmente estos juegos tienen que ver con la curiosidad, tanto hacia el sexo contrario como hacia el propio, con la exploración, con la imitación de lo que hacen los adultos (o ellos creen que hacen las personas adultas) o porque a estas edades (y a otras) todo lo que tiene que ver con los genitales, que no olvidemos sigue siendo la parte más oculta del cuerpo, despierta mucho la atención precisamente por lo que tienen de oculto y puede que hasta transgresor. Pocas veces es la búsqueda de placer lo que está en el origen.

**N**o obstante, para que estos juegos sean efectivamente juegos, son convenientes algunas consideraciones. Por ejemplo, no se podrían consentir si se dieran en un ámbito público. El niño y la niña han de aprender que todo lo que tiene que ver con su desnudo, con sus genitales, corresponde a espacios de intimidad. Si no se debe actuar del mismo modo cuando el niño o la niña acaricia sus genitales en un parque que cuando lo hace en su cuarto, tampoco puede ser igual que jueguen en un sitio u otro.

**O**tra consideración tiene que ver con que sean los dos quienes se lo estén pasando bien y jueguen porque quieran jugar. Si a un niño o niña le molesta que le quiten ropa o que le besen esos juegos en ningún caso pueden ser consentidos. Lo que nos lleva a que parte de la educación que deben recibir niños y niñas debe ir en la dirección de saber decir no a los juegos con los que uno o una se encuentre incómodo, que es justo la misma dirección que permite enseñar que hay que aprender a aceptar que alguien no quiera jugar contigo y que ante esa negativa no se deben imponer los juegos.

La última consideración es que para evitar interferencias suele ser aconsejable evitar este tipo de juegos cuando la diferencia de edad (o de conocimiento) entre ambos es elevada. Pongamos que alrededor de cuatro años.

Cuando los juegos son deseados y aceptados por ambos, que además tienen la misma edad y se dan en el ámbito privado (la escuela nunca podría considerarse privada para estos juegos) suelen ser intrascendentes y pasajeros. La curiosidad, la imitación o la trasgresión no dan para mantener los juegos por mucho tiempo.

No obstante, como este tipo de juegos puede presentarse de muchas maneras y también las familias son todas distintas, hay que advertir que si llegado el caso alguien quisiera poner límites estaría legitimado para hacerlo. Ahora bien, si lo que se pretende es educar es necesario que el límite vaya acompañado de explicaciones y razones. No es igual decir “no juegas a eso porque soy tu padre y se acabó” que proponer “a mamá no le gusta que juegues de esta manera porque creo este tipo de juegos tiene que ver con que las personas son mayores y ...” (en estos puntos es donde cada familia debería aprovechar para hablar de su valores, su forma de entender la relaciones, la pareja o lo que considere más conveniente).

Insistimos en que si las personas adultas actúan de manera razonable y razonada ante estos juegos suelen resultar completamente intrascendentes. Cuando se actúa con intrigas, con gestos contradictorios, con preguntas excesivas... aquello que carecía de significado puede que empiece a tomarlo. De momento lo sexual empieza ser fuente de conflictos entre el niño o la niña y las personas adultas de referencia.

### **Me da vergüenza hablar con mi hija sobre sexualidad. ¿Cuál es la mejor manera de abordar esta cuestión?**

A muchos de los padres y madres se les hace difícil hablar sobre el sexo con sus hijos o hijas. Es imprescindible, por tanto, que sientan que su preocupación y su vergüenza son bien acogidas y que en ningún caso se les juzga por ello o se les considera menos preparados o capacitados para hacer educación



sexual de calidad. Asumir las dificultades desde luego es un muy buen primer paso.

**A** partir de ahí debemos recordarles que lo importante de la educación sexual desde las familias está, más que en lo que se cuenta, en que el hijo o la hija aprenda que puede “contar con su padre o con su madre”.

**N**o se pierde autoridad por reconocer las dificultades también al hijo o a la hija. Se puede reconocer que no resulta fácil hablar de estos temas. Esa es en definitiva la naturalidad, mostrarse tal y como cada cual es, aceptándose y sin tener que fingir. Lo importante es que el niño o la niña perciban el interés por hablar aún a pesar de todas estas dificultades.

**E**s preferible hablar lenta, calmada y suavemente. Pero, insistimos, sin temor a ponerse colorado o a que salgan “titubeos”. Saber lo que se quiere decir y repasar las palabras puede facilitar las cosas, pero tampoco lo garantiza para cuando llegue la hora. Lo mismo sucede con los posibles ensayos frente a la pareja, algún compañero o compañera u otro padre o madre.

**T**odas las explicaciones además pueden complementarse con algún libro sobre sexualidad o abriendo la puerta a que estos mismo temas los pueda hablar con el otro miembro de la pareja, cuando exista, o alguna otra persona de nuestra confianza y de la suya, algún otro pariente, su pediatra, el profesor o la profesora...

### **Mi hijo de 6 años me cuenta que un amigo suyo le ha pedido que le practique una felación**

**L**a mayoría de veces que niños o niñas de estas edades o de edades parecidas emplean algún término de este tipo no saben muy bien su significado ni la importancia que tienen estas palabras. Por lo tanto, lo que habría que hacer es explicar lo que significa realmente para que el niño o la niña entienda lo inadecuado de la demanda.

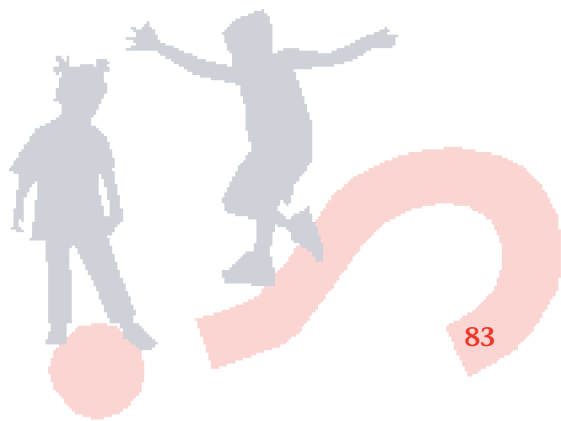
**C**omo es lógico, estas explicaciones han de hacerse en el tono y con las palabras que transmitan el significado que queremos dar. Se debe procurar transmitir que la demanda se considera inadecuada pero que no nos importa hablar de este tema; es más que nos parece genial que no los haya contado. Insistimos en que además de explicar lo inadecuado, lo aconsejable es ofrecer algunas razones. Se trata de educar y de aportar criterios, no sólo de dar consignas.

De todos modos como la palabra “felación” resulta extraña para estas edades, no estaría de más tratar de averiguar “donde se ha oído esa palabra”. Esto último en relación con el niño que la empleó por primera vez. No se trata de alarmar, pues casi nunca tiene importancia, pero tampoco podemos obviar que en ocasiones este tipo de palabras (o de solicitudes) tienen su origen en algunas situaciones de abuso, ya sea porque el niño haya sido expuesto a material más o menos pornográfico y por tanto inadecuado a su edad o haya sido víctima de alguna situación más compleja.

Evidentemente estas situaciones requieren de mucho tacto de modo que no se generen más problemas que los que se tratan de evitar. En realidad lo que queremos decir es que, ante este tipo de situaciones u otras, tenemos que aproximarnos con tres ideas en la cabeza. Una, que es verdad que niños o niñas que han sido objeto de abuso a veces manifiestan conductas o vocabulario de este tipo. Dos, que también es verdad que hay niños o niñas que “no han sido objeto de abuso” que manifiestan o expresan comportamientos o vocabulario parecido al anterior. Y tres, que también hay niños y niñas que “sí han sido objeto de abuso” y que, sin embargo, no tienen ni estos comportamientos ni este vocabulario.

También nosotros quisiéramos que todo fuera mucho más sencillo y sucediera como en otros aspectos de la medicina: “si A, entonces B”. Pero las realidades, en estos casos, son mucho más complejas. Un poco de sentido común y tener claro nuestros objetivos ayuda mucho más de lo que parece.

Por cierto, cuando lo sexual se considera un tema secreto o tabú, el abuso resulta más sencillo. Un niño o una niña que no sabe hablar de sexualidad y no tiene con quien hacerlo es indudablemente más vulnerable frente al abuso. Si sabe hablar y tiene con quien hacerlo, seguro que ante una situación extraña reaccionará contándolo. Permitiéndonos hablar de sexualidad en la consulta obramos de modo parecido, estamos generando recursos frente al abuso, además de prevenirlo.



## **A mi hija de 6 años le ha empezado a aparecer vello en el pubis. ¿Tengo que preocuparme?**

El límite inferior de lo que habitualmente se considera normal para la aparición de los llamados caracteres sexuales secundarios se establece en torno a los 8 años para las niñas y de 9 para los varones.

La auténtica pubertad se define por la activación a través del eje hipotálamo-hipofisario de las gónadas, siendo éstas los testículos en el caso de los hombres y los ovarios en el caso de las mujeres.

En los niños, como los testículos son accesibles a la exploración física se considera que la pubertad se inicia cuando éstos alcanzan un tamaño aproximado de 4 ml. Es cuando comienza la producción de testosterona y, por tanto se induce el crecimiento del pene y el desarrollo de vello pubiano y axilar, entre otros muchos cambios.

En las niñas, al no estar visibles las gónadas, la aparición de la pubertad se infiere del efecto que producen las hormonas que segregan (estrógenos) en, por ejemplo, el desarrollo mamario.

Por tanto, la aparición precoz de vello pubiano o axilar en ausencia de desarrollo mamario en niñas o de aumento en el tamaño de los testículos en los niños no correspondería a una pubertad precoz verdadera, sino que habría que atribuirle un origen suprarrenal. En la mayor parte de los casos se tratará de una adrenarquia precoz aislada, entidad benigna con un desarrollo puberal ulterior normal, aunque pueden ser necesarios estudios hormonales y determinación de la edad ósea para descartar otras patologías mucho menos frecuentes.

Cuando el desarrollo mamario o testicular aparecen antes de los 8 y 9 años respectivamente es conveniente la derivación a un servicio de endocrinología infantil. En la mayor parte de los casos se tratará de una pubertad precoz idiopática que se tratará para frenar la pubertad, pero habrá que realizar un estudio completo para descartar otras etiologías.

## **Mi hijo de 8 años y con síndrome de Down ha comenzado a masturbarse y me da miedo que se convierta en obsesión.**

Con los niños o las niñas con síndrome de Down sucede igual que con el resto de niños o de niñas, que en ocasiones se masturban

porque acariciarse los genitales les reporta sensaciones agradables. No es ni más infrecuente ni más extraño en el caso de las personas con discapacidad. Ni a estas edades ni luego en la edad adulta.

La única diferencia es que mientras que con el resto de niños y niñas en seguida se procura que aprendan que no deben hacerlo en público y se les da consignas para que aprendan a hacerlo en intimidad, en los casos de niños o niñas con discapacidad no siempre se actúa “tan rápido”.

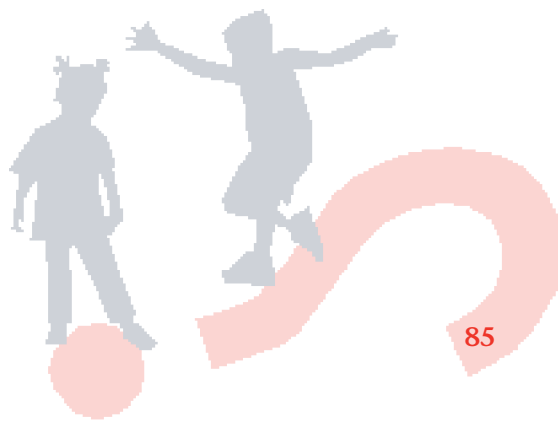
Es verdad que la sexualidad en niños o niñas con discapacidad asoma quizás algo más tarde que en el resto porque las preguntas tardan más en presentarse y porque a veces estos tocamientos se pueden retrasar algunos años en relación a otros niños o niñas. Pero que se asome más tarde no significa que no estuviera presente desde el primer momento. En esto todas las personas somos iguales, sexuadas desde el principio.

Los niños o niñas con discapacidad no son ni ángeles sin sexo ni demonios con sexualidades desbocadas. Son niños y niñas y por tanto necesitan que se les eduque y se les atienda también en su sexualidad. Lo que significa que tendrán que aprender que hay cosas que no deben hacerse en público y que de este tema también se puede hablar y aprender muchas cosas. Después cada chico o cada chica y su discapacidad nos pondrá límites, pero este nunca puede ser “cero”.

No se educa mirando para otro lado, haciendo como que no vemos o consintiendo más allá de lo razonable. Hacen falta pautas, criterio y un tono que no castigue ni penalice, hace falta paciencia lo mismo que para que aprendan otras cosas que también son importantes.

Resulta imprescindible que las familias de niños y niñas con discapacidad acepten la dimensión sexuada de cada uno y cada una de ellos, por eso resulta igualmente imprescindible que nos oigan hablar de este tema.

Mucho antes de que se convierta en problema o que la idea de que los niños y niñas con discapacidad no tienen sexualidad se vaya enraizando.



## **Si hablo de sexo con mi hija de 9 años podría despertar su curiosidad y que tuviera unas relaciones más precoces**

Las niñas y los niños, como después en la adolescencia, tendrán curiosidad sobre el sexo, independientemente de que en sus familias se aborde con más o menos profundidad el tema. Bien es verdad que en ocasiones esa curiosidad o interés es más explícita y evidente, mientras que en otras aparece más larvada. En esto, como en todo, hay muchas posibilidades.

De todos modos, lo que los estudios parecen indicar es que la información sobre sexualidad no incita la práctica sexual y que los y las adolescentes cuyos padres y madres hablan abiertamente sobre el sexo son más responsables en cuanto a su conducta erótica. Más aún cuando la responsabilidad forma parte de esa información.

Las dificultades y los problemas precisamente suelen presentarse en la situación contraria. Es decir, en quienes tienen poca información sobre el sexo, la sexualidad y la erótica, entre quienes se informan sobre todo ello a través de los amigos o amigas u otras fuentes de información de dudosa eficacia, o entre quienes no tienen ninguna información.

La educación sexual bien entendida, que incluye información sobre sexualidad pero que pretende ir mucho más allá, sin ninguna duda fomenta la responsabilidad de los y las adolescentes y pone a su disposición información y criterios que les permitirán tomar decisiones fundamentadas en el conocimiento de las distintas opciones y sus posibles consecuencias.

Por otra parte no olvidemos que niñas y niños, prácticamente de cualquier edad, están recibiendo desde muchos medios mensajes donde lo sexual tiene presencia. Quizás estos mensajes no despierten especialmente curiosidad pero sí que deberían hacer conscientes a los profesionales y a las familias de la necesidad de darles información para que al menos entiendan lo que reciben. Y sobre todo para que aprendan que esas no son las únicas fuentes de información.

## **Mi hija tiene flujo vaginal abundante. ¿Tiene alguna importancia?**

El flujo vaginal es un fenómeno fisiológico que se origina a partir de la pubertad, y que guarda relación con el momento del ciclo menstrual; así, puede aparecer más pegajoso y abundante o más

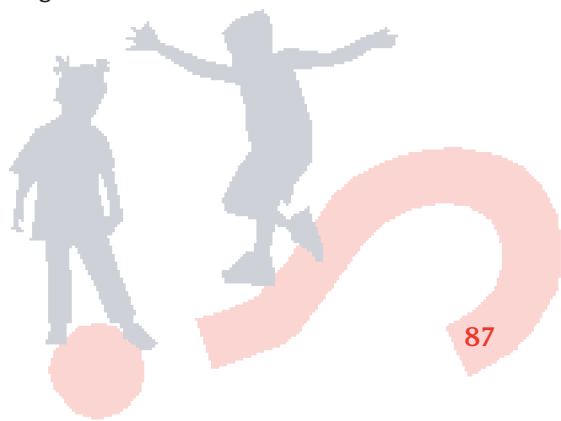
seco y escaso si se está más próximo al momento de la ovulación. Cuando aparece en edad prepuberal, se asocia a síntomas como picor o irritación local o es maloliente suele ser un signo de inflamación de los genitales externos (vulvovaginitis).

La vulvovaginitis es el problema ginecológico más frecuente en las niñas prepuberales. Está condicionado por la presencia de una mucosa anestrogénica atrófica, pH alcalino, menor protección del introito vaginal (por los labios mayores con escaso desarrollo y ausencia de vello pubiano), proximidad anatómica del ano, efecto de productos irritantes locales, y la extensión de bacterias respiratorias o fecales al perineo a través de las manos o malos hábitos higiénicos.

La mayoría son vulvovaginitis inespecíficas con flora mixta bacteriana, pero en un porcentaje variable pueden aislarse bacterias patógenas específicas, sobre todo estreptococo beta-hemolítico del grupo A (EBHGA, *Streptococcus pyogenes*) y, con menor frecuencia, *Haemophilus influenzae* tipo b. También pueden encontrarse oxiuros, cuerpos extraños o tratarse de infecciones de transmisión sexual (debiendo investigarse en este caso la posibilidad de abuso). La presencia de *Candida albicans* es muy rara en niñas prepuberales sin factores de riesgo, aunque debe sospecharse ante la presencia de leucorrea no maloliente con prurito en edad puberal. En mujeres adultas la causa más frecuente es la vaginosis bacteriana, caracterizada por la sustitución de la flora vaginal normal por otra con predominio de anaerobios, *Mycoplasma hominis* y *Gardnerella vaginalis*, y que produce una secreción maloliente.

En las vulvovaginitis inespecíficas no se precisa un tratamiento específico más allá de lavados locales con suero fisiológico o soluciones antisépticas, o aplicación de crema protectora con óxido de zinc y evitar irritantes locales, como baños de espuma, ropa interior apretada y prácticas higiénicas inadecuadas. Si no existiera mejoría con las medidas anteriores o en niñas puberales convendría recoger una muestra de exudado vaginal para cultivo y en función del mismo iniciar el tratamiento adecuado.

Al hablar de estos temas es importante no asociar el flujo vaginal a algo sucio sino todo lo contrario, un mecanismo de la propia mujer para



protegerse. La deseable sería que la chica, o la mujer, aprendiera a observar su flujo vaginal para así poder detectar cualquier alteración que pudiera indicar infecciones u otro tipo de problemas.

### ¿A partir de qué edad puede mi hija colocarse un tampón?

No hay ningún inconveniente para empezar a utilizar tampones desde las primeras menstruaciones si así se desea, pues durante la adolescencia el efecto de los estrógenos hace que el himen sea elástico y esté bien lubricado.

Diversos estudios no han demostrado diferencias significativas en el tamaño del himen en mujeres vírgenes que usan tampón frente a las que usan compresa, ni tampoco parece probable que el uso de tampones pudiera desgarrar el himen. Aunque, como es lógico, con el himen sucede como con el resto de características: cada mujer es única. Por eso hay hímenes más rígidos y más flexibles, lo que significa que unos podrían desgarrarse, con más facilidad que los otros, pero poco tiene que ver esa peculiaridad con el uso de tampones.

De todos modos es bueno tener claro que una cosa es la virginidad, el no haber tenido nunca relaciones coitales, y otra muy distinta tener el himen intacto.

En cualquier caso la decisión sobre el uso de tampones debería ser de la propia chica y en caso de que optara por ello aconsejarle sobre el modo más adecuado para iniciarse en su uso proponiéndole las posturas que más lo facilitan.

Es conveniente en este tema como en otros no trasladar nuestros miedos o nuestros gustos a las hijas. Con toda legitimidad una madre puede tener decidido que prefiere para sí misma y hablar sobre ello, aportando sus razones a su hija, pero la decisión debe ser de ella.

Por último, conviene recordar que el síndrome del shock tóxico por toxina estafilocócica es una complicación potencialmente muy grave pero extremadamente infrecuente. Aunque se ha asociado con el empleo de tampones su frecuencia no es mayor por el hecho de iniciarlo a una edad más temprana. Se puede prevenir evitando el empleo de tampones de absorbencia excesiva y cambiándolos de manera frecuente.

## A mi hijo de 13 años se le ha desarrollado un poco el pecho. ¿Es normal?

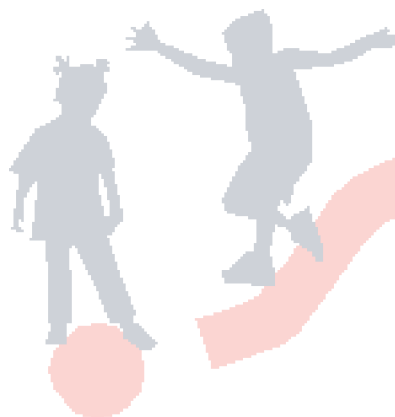
El aumento de tejido mamario durante la pubertad en los varones es un fenómeno fisiológico más frecuente de lo que habitualmente se cree (superior al 50% en algunos estudios). En la mayoría de los casos es retroareolar, uni o bilateral, y puede acompañarse por molestias locales, lo que suele generar más preocupación.

No se conoce exactamente su mecanismo pero se sabe que en el 90 % de los casos involuciona de manera espontánea en unos meses. Por lo tanto lo fundamental será tranquilizar a la familia explicándoles la naturaleza fisiológica y transitoria del fenómeno. Tan sólo en los raros casos en que persista más allá de 2 años, sea muy llamativo o produzca alteraciones psicológicas podría valorarse el tratamiento quirúrgico. Si apareciera antes de la pubertad sí exigiría un estudio hormonal.

La ingurgitación mamaria del recién nacido (tanto varón como niña) también es un fenómeno fisiológico y autolimitado, aunque puede tardar varios meses en resolverse.

La mayoría de las preocupaciones que se derivan de esta situación o de otras similares, por ejemplo la aparición de algo de vello facial en una chica, está en que los modelos de hombre y de mujer se presentan como muy estáticos y poco flexibles, dando la sensación que a todos los hombres les debería pasar las mismas cosas y en tiempos parecidos y con las mujeres exactamente lo mismo. La realidad es más compleja y los sexos no están tan separados uno de otros como muchas veces se da a entender.

En definitiva, con nuestras explicaciones queremos transmitir que en cualquier caso este chico es y será tan chico como cualquier otro. No hay concursos. Con las mujeres sucede lo mismo, tampoco hay competición posible, todas son igualmente mujeres con independencia de su aspecto, sus ritmos o sus peculiaridades.



## **Tengo 14 años y siento atracción por una persona del mismo sexo. ¿Quiere decir eso que soy homosexual?**

**A** los 14 años uno o una tiene todavía mucho tiempo para descubrir sus gustos, sus fantasías y sus deseos eróticos. En la adolescencia pueden darse prácticas homoeróticas entre dos chicos o entre dos chicas y eso no significa necesariamente que acaben siendo gays o lesbianas, simplemente tienen prácticas de autoconocimiento y placer que se han dado y se dan en este periodo evolutivo.

**Claro** que también hay otros chicos y chicas que a estas edades ya sienten atracción por personas de su mismo sexo, es decir se sienten y se viven como gays y lesbianas. Otra cosa es que lo manifiesten públicamente o lo vivan con naturalidad. Todavía demasiadas personas sienten prejuicios hacia la homosexualidad masculina o femenina. Todavía hoy en día no son tan extrañas las actitudes homófobas, transfóbicas o lesbófobas en el propio grupo de iguales, en la escuela y, por qué no decirlo, entre algunos profesionales sanitarios.

**Hay** que posibilitar desde la familia, la escuela y el sistema sanitario que los adolescentes y jóvenes gays y lesbianas se desarrollen en igualdad de condiciones que el resto de los chicos y las chicas adolescentes. Todas las personas somos únicas, peculiares y específicas en cuanto a nuestra sexualidad, no hay tablas que indiquen quién es más o menos por su orientación sexual.

**De** todos modos no olvidemos que a nosotros o nosotras no nos corresponde responder a la pregunta; en este caso claramente nuestro papel es ayudar a encontrar respuesta. Porque la única persona que puede saber la respuesta es la propia persona. Nadie puede responder por ella.

**Podemos** y debemos dar información, dismantlar mitos y prejuicios sobre la homosexualidad, la heterosexualidad o la bisexualidad, también podemos dar permiso para tener dudas y confusiones, podemos dar tiempo y sobre todo podemos ser acogedores y empáticos. Incluso si llegara el caso podemos ofrecernos a hablar con la familia, si nos lo pide y nos lo autoriza. Pero, insistimos, aunque lo intentamos, no lo sabemos. No tenemos la respuesta.

## Cómo puedo hablar de sexo con mi hijo adolescente si se calla cada vez que intento sacar el tema?

No es siempre fácil hablar con un hijo o una hija adolescente acerca de cosas triviales, por lo que puede resultar mucho más difícil hablar de algo tan privado como el sexo. Podría tener vergüenza o considerar que lo que él o ella piensa acerca del sexo es algo que no es importante, no es lo que se espera o quizás es que aún no tenga claro lo que quiere decir.

No olvidemos algo que también sucede en las consultas: el diálogo no puede ser impuesto, no basta con la buena voluntad de una de las partes. A dialogar también se aprende. Y desde luego insistir con preguntas no parece la estrategia más adecuada.

De todos modos, que en la adolescencia chicos o chicas oculten sus pensamientos es tan razonable como que oculten su desnudo. Les cambia la forma de pensar y les cambia el cuerpo, de algún modo aún no se han adaptado a sus nuevas circunstancias y prefiere ocultarlas. Más adelante las cosas serán distintas, pero para ello será imprescindible que se les haya respetado su pudor tanto hacia el cuerpo como hacia las ideas.

A dialogar se aprende, y esto quiere decir, que para aprender a hablar, primero hay que aprender a escuchar. Lo que lleva implícito que padres y madres aprendan a respetar los silencios de sus hijos e hijas. Queremos decir que ante una situación donde el padre o la madre sientan la necesidad de comentar algo, por supuesto que deben hacerlo pero sin forzar a que inmediatamente después el hijo o la hija tengan que hablar también sobre el tema.

En conclusión, si padres o madres cuentan a sus hijos o hijas algo, que sea porque les parece oportuno y porque les parece importante que lo sepan. No para que, después, les cuenten algo. Si fuera así sería trampa. Además, así, lo único que se lograría es que el chico o la chica estuvieran pendientes de lo que le iban a preguntar, mucho más de lo que le están diciendo.

Sin embargo, cuando uno o una sabe que no le van a insistir, que van a respetar su silencio es probable que empiece a escuchar. Primer paso, indudablemente, para aprender a dialogar.



Así a la vez que información se le dará la oportunidad de que diga lo que piensa y de que haga preguntas. Insistimos, sin forzar. Pero eso sí habrá que aprender a aceptar los desacuerdos y sus opiniones. Dialogar también es eso. Los criterios y los valores se proponen, no se imponen. El objetivo es educar y no adoctrinar.

## 7. **P**revención y *anticoncepción de emergencia*

En primer lugar queremos proponer algunas reflexiones sobre por qué chicos y chicas no utilizan métodos anticonceptivos en sus relaciones coitales, ni se previenen frente a las ETS/ITS. Sabemos que no hay una única razón por ello, precisamente, creemos que es importante acercarse a qué puede pasar en unos casos y en otros.

Hay modelos teóricos que han tratado de explicar cuántas variables, y en qué medida, están implicadas en el hecho de que una persona modifique sus comportamientos; por ejemplo, para pasar de no usar los preservativos a hacerlo. Así, podríamos hablar, entre otros, de la teoría de la “acción razonada” o del modelo Precede. No es nuestra intención ahora abundar en modelos teóricos pero sí señalar, al igual que ellos, que las conductas están influidas por muchas variables, aunque, por supuesto, somos conscientes que desde las consultas de pediatría no se puede incidir en todas con la misma intensidad. Tan conscientes como que hay otros profesionales que deberían hacerse estas mismas reflexiones.

**La información es necesaria.** A estas alturas nadie va a discutir que para prevenir los embarazos no deseados es necesaria la información. Como tampoco que haya quien discuta que generalmente la información no es suficiente para garantizar ciertos comportamientos. Se puede afirmar sin lugar a dudas que la información es necesaria pero no es suficiente.

Naturalmente que es importante que chicos y chicas conozcan cómo se producen los embarazos y como se pueden evitar. Del mismo modo que conozcan las enfermedades, infecciones y las vías de transmisión. Qué conozcan más sobre las ovulaciones, el semen, la fecundación, el aparato



reproductor masculino y el femenino, los ciclos menstruales, la respuesta sexual, los virus... Así como cuáles son y cómo funcionan los distintos métodos anticonceptivos y preventivos, sobre todo algunos de ellos como el preservativo o la píldora.

**Espantar mitos.** También será necesario espantar ciertos mitos que, con cierta frecuencia, circulan entre chicos y chicas. Estos mitos son del tipo: “la primera vez no pasa nada” “tampoco si lo haces en el agua o si lo haces de pie” “si te lavas bien la vagina después del coito no hay posibilidades de embarazo” “para que una mujer se quede embarazada es necesario que tenga orgasmo”, “a las personas que pueden contagiarte se les nota”...

**Además,** y ya que hablamos de información y de embarazos, no podemos olvidar que el riesgo de embarazo siempre se da en el marco de una relación erótica, por lo que la información no debe quedar reducida a aspectos de la reproducción. Chicos y chicas necesitan conocer también sobre otros aspectos de su sexualidad y su erótica, sobre la fisiología del placer, sobre su cuerpo, los sentidos, la identidad sexual y la orientación sexual. Si olvidamos estos aspectos caeremos en la trampa de querer evitar la reproducción reduciendo toda la sexualidad a este aspecto, con lo que no sólo resultaremos ineficaces, sino que además limitaremos la erótica, empobreciendo su vivencia.

**Ciertos valores y ciertas creencias.** La poca o mala información deja el campo abierto a que se den por verdaderos ciertos supuestos falsos y que los grupos, tanto de jóvenes como de personas adultas, actúen como si de verdades eternas se trataran. Además estos “supuestos” después servirán de coartada o de justificación a los coitos no protegidos.

**Por ejemplo:** si un chico o una chica no está educado en “los placeres”, en que todo su cuerpo tiene sensibilidad y en que son muchas las partes de su cuerpo sensibles y capaces de hacerle disfrutar de una relación, seguirá creyendo que “el único” y “el verdadero” placer está en los genitales, que es uno de esos supuestos falsos. Con lo que aumentará las posibilidades de que su expresión erótica tenga como protagonista indiscutible a sus genitales. Incluso a veces, sólo a una parte de estos genitales, los necesarios para el coito.

**Otro ejemplo:** si cuando se habla de la masturbación se habla de ésta como “algo para aprender”, como forma de expresar la erótica “cuando no hay pareja”, como “propia de adolescentes”,

evidentemente se está dando el mensaje que la masturbación ayuda a preparar el coito y que cuando hay posibilidad de coito la masturbación no tiene sentido. Otro supuesto. Así, será otra manera de empujar a los coitos como “lo único” o “lo más”. La masturbación es una forma de expresar la erótica y como tal debería ser tratada, y si no es así, no es educación sexual lo que estamos haciendo sino simple educación para el coito.

Un último ejemplo: la creencia de que las relaciones “sin penetración” no son relaciones completas está muy arraigada entre muchos chicos y chicas, y, como es natural, entre quienes esté más arraigada será más probable que haya quien haga hasta lo imposible por llegar a lo que considera completo: el coito. Otra vez la necesidad de educar para la erótica y no para el coito y de desterrar los supuestos falsos.

Estas creencias están más enraizadas dentro de los estereotipos masculinos que de los femeninos; de hecho en muchas chicas no existen tales mitos o, por lo menos, con tanta intensidad. Saben perfectamente que su cuerpo es sensible y que su sensibilidad está repartida y que no se limita a su vagina o a su clitoris. También saben que para disfrutar de una relación erótica no es imprescindible la penetración.

Si queremos educar tanto las sexualidades de chicos como la de chicas debemos caminar hacia la Educación de los Sexos, hombres y mujeres capaces de compartir, sin que una erótica se imponga a otra, ambos conociendo lo que hay y lo que podría haber y ambos con criterios para decidir y comprender al otro y la otra. Las relaciones eróticas son un juego en el que o los dos ganan o no debería haber juego.

**Las otras normas.** Casi todos los chicos y chicas tienen una actitud favorable al uso de los métodos anticonceptivos. Son muy pocos los que consideran que deberían estar prohibidos o que habría que limitar el acceso a ellos. La mayoría piensan que está bien que existan y quien quiera que los use. Aunque, claro, puede que haya quien personalmente considere que para él o para ella, por sus valores o su religión, no esté aconsejado su uso. En este último caso, vaya por delante nuestro respeto, pero creemos que esa coherencia con los valores puede y debe ser compatible con evitar consecuencias no deseadas.



En la mayoría de los casos los chicos y las chicas son favorables al uso. Además esta actitud es coherente con los mensajes que reciben de muchas campañas institucionales o de otras entidades, con los mensajes que reciben en la escuela y con ciertos mensajes de muchas familias. Hasta las series de televisión que se dirigen a los chicos y chicas jóvenes han incorporado de modo explícito este mensaje. Prácticamente hay unanimidad y todos los mensajes guardan coherencia: los de los jóvenes, instituciones, escuela, familias y medios de comunicación.

Sin embargo, junto a estas normas explícitas conviven otras no escritas y que suelen sustentarse en el grupo de los amigos o las amigas. Ya vimos que la opinión de la pandilla y de “los iguales” es muy importante para el chico y la chica. Y en estos grupos, que a veces se reducen a un amigo, una amiga o la propia pareja, las normas pueden ser otras.

No es raro encontrar en estos grupos normas del tipo de “hacerlo con preservativo, no es hacerlo del todo”, “si le propones un preservativo es que no confías plenamente”, “las relaciones tienen que ser espontáneas y si llevas preservativo ya no es espontáneo”, “si hay posibilidad de un coito y te quedas en una relación sin penetración, no ganas nada, pierdes una oportunidad”, “cuanto antes se haga mejor”...

Todas estas normas tienen mucho más peso en los primeros encuentros. Así en la llamada “primera vez” resulta todavía más improbable el uso del preservativo. A todo lo anterior se añaden los ideales románticos y la incompatibilidad entre amor y preservativo. En la primera vez se sueña con playas, velas, chimeneas, pasión, amaneceres... pero muy pocos preservativos u otros medios.

Cuando la pareja se estabiliza las cosas cambian, pues muchas de esas normas tienen que ver con los primeros encuentros. También cuando el chico o la chica empiezan a pensar por sí mismos, escuchan sus propios deseos y dejan de estar tan pendientes de los demás. Aprenden que una cosa son los ideales y otra la realidad, y que las relaciones eróticas aunque se tengan tumbados se han de tener “con los pies en el suelo”.

A ciertas edades es evolutivo que la pandilla cobre importancia, pero esto no está reñido con que se eduque al chico o la chica para distinguir entre lo que uno quiere y lo que la pandilla propone, sin que eso signifique romper con los suyos o dejar de prestarles atención. Significa simplemente saber defender lo que uno o una considera sensato.

**El riesgo existe.** Para que el chico o la chica adopten una conducta que les evite consecuencias no deseadas, tienen que tener conciencia de que el riesgo es real, que es algo más que una posibilidad teórica. Sin embargo, esto no siempre sucede así. A veces la información errónea: “es mucho más difícil de lo que te dicen”, ciertas creencias: “así es imposible que pase algo” o alguna norma un tanto extraña: “eso a nosotros no puede pasarnos”, hace que prácticamente no se tenga percepción de riesgo. Y quien no ve el peligro es difícil que lo prevenga.

Es verdad que a veces los embarazos tardan en producirse y que hay parejas que incluso buscándolo, no lo consiguen. Y es que no siempre resulta sencillo que los espermatozoides alcancen el útero, logren llegar a las trompas, que en ese preciso momento haya un óvulo, que lo fecunde uno de ellos y que, por último, el óvulo fecundado consiga anidarse en el útero. Es verdad, no suele resultar sencillo, pero, por las mismas, casi nunca resulta imposible. Tampoco resulta sencilla la transmisión de virus como el VIH.

Cuando se pretende educar para que aprendan a ver el riesgo, no es necesario exagerar. No se trata que crean que cada vez que hay penetración hay embarazo; se trata de que aprendan que cada vez que sucede, hay posibilidades de embarazo. Y que, quizá, el debate sobre si estas posibilidades son muchas o pocas no sea el más interesante, porque lo que está en juego es mucho: un embarazo no deseado o alguna enfermedad como el SIDA. Por ahí van las cosas, por educar hombres y mujeres responsables de sus actos y no por conseguir que actúen sólo movidos por el chantaje del miedo.

Cuando se exagera o sólo se pone el acento en las consecuencias, a veces se logra justo lo contrario. La experiencia personal puede remar en dirección contraria. Por ejemplo, una pareja practica el coito sin protección y no les pasa nada, lo vuelven a hacer y sigue sin pasar y así otra y otra. Esta pareja, no se da cuenta de que está teniendo suerte, simplemente cree que todo era mentira “que no es para tanto”, con lo cual las posibilidades de que en su próximo encuentro cambien el comportamiento son muy pocas.

La percepción de riesgo aumenta en la medida en que somos capaces de ponerle rostro a las consecuencias. Es decir, no es lo mismo ser conscientes del número de embarazos no deseados, que conocer a los protagonistas de alguno de ellos.



Como profesionales de la salud nos corresponde “no exagerar”, contribuir a que aprendan lo que significa posible e imposible, y cómo todo esto tiene que ver con el “nosotros” y no sólo con el “ellos”. A partir de ahí puede que logremos que el chico o la chica manifiesten su intención de llevar adelante conductas preventivas cuando llegue el momento. Sin embargo ni siquiera ser capaz de explicitar esta intención de conducta garantizará que las lleven a cabo.

**Ser capaz de hablar.** Alguien puede tener muy clara su intención, pero luego resultar incapaz de proponerla. Quién sabe, quizá por no estar acostumbrado o acostumbrada a hablar de estos temas, por temor a cómo responderá su pareja, por creer que te pueden malinterpretar, por no encontrar las palabras o el momento adecuado. Por lo que sea, pero el resultado es que, habiendo intención, la conducta prevista no se presenta.

Saber hablar de sexualidad y de relaciones eróticas es fundamental para hablar y proponer el uso de medidas “anti o aconceptivas”. Pero que no se nos olvide que a hablar también se aprende.

Sinceramente creemos que es más fácil que hable con su pareja de todos estos temas quien ha sido capaz de hablarlos ya con otras personas significativas. Quien, por tanto, ya tiene lenguaje y no le resulta una novedad manejar y oír estas palabras, fuera del chiste fácil o de la grosería. Esto no es cuestión de un día o de golpe; es un proceso, se aprende poco a poco, hablando, escuchando, mirando a la cara, incorporando nuevas palabras y conceptos y, así, hasta llegar a lo que a uno o una realmente le interesa o le preocupa.

Todo lo que hemos escrito sobre cómo hablar en un despacho, la importancia de que nos escuchen hablar del tema, lo importante de que les hablemos y les permitamos sus dudas, sus inquietudes o sus curiosidades, tiene que ver con todo esto. Así como el que le reforcemos cualquier avance en esta dirección.

Tanto con los amigos, las amigas o con otras personas importantes se entiende que, todo esto de hablar, debe ser un proceso. Sin embargo con la pareja, casi siempre, se tiene el pensamiento mágico de que cuando llegue el coito “se podrá hablar” y, más, si entre la pareja hay emociones compartidas. En cambio, la realidad tozudamente nos muestra lo contrario. Quien no supo hablar antes del coito, difícilmente cuando llegue ese momento será capaz de articular propuestas o manifestar deseos.

Como es lógico cuando hablamos de aprender a hablar no nos limitamos a proponer que se aprenda a hablar del látex, las erecciones, las píldoras o la lubricación. Proponemos aprender a hablar de lo que importa, de los deseos y de los fantasmas. Además, lo proponemos sin la exigencia de la eficacia inmediata. Sabemos que el sonrojarse, el titubear, los silencios y hasta las palabras inadecuadas suelen formar parte del proceso. Y, por supuesto, insistiendo en la idea de que es más fácil hablar y hacer propuestas para evitar la anticoncepción antes del coito, incluso bastante antes, que cuando éste tiene pinta de resultar inevitable.

**Otras destrezas y habilidades.** Alrededor de los coitos y de muchas relaciones eróticas se ha construido la idea de que “lo importante es que salgan bien”, y que para ello lo que hay que procurar es aprender “cómo” y después poner interés en la puesta en práctica. De este modo nos encontramos con que los chicos y chicas cuando mantienen sus encuentros eróticos están fundamentalmente pendientes de que todo salga bien, de que las cosas sucedan “según el plan previsto”.

A esta idea de la buena ejecución probablemente hemos contribuido todos, también desde la Educación Sexual. Tanto empeño hemos puesto en que la gente aprenda, que se nos ha olvidado que cada cosa lleva su tiempo. Con el uso de los métodos anticonceptivos sucede lo mismo. Especialmente con el preservativo. Tanto hemos insistido en explicar como usarlo correctamente, en cómo integrarlo en el juego erótico, que, quizá, nuestro empeño se haya convertido en presión: en que el chico o la chica se sientan en la obligación de hacerlo todo correctamente.

Entre unos y otros hemos complicado las cosas: el objetivo de las relaciones eróticas y de los coitos son disfrutarlos. No se pueden convertir en un examen que haya que aprobar. Del mismo modo que se puede sentir pudor o ponerse nervioso o nerviosa, por supuesto que se pueden cometer errores al intentar poner o ponerse un preservativo. Nadie nace sabiendo, y una cosa es saber cómo se debe hacer y otra muy distinta es saber hacerlo en el momento. Los errores están permitidos porque nadie examina y si estos se presentan, se corrigen o, incluso, se puede aprender a tomárselo con humor y reírse de ellos.

Parecerá simple, pero al igual que hay chicos o chicas que fingen el pudor, la inexperiencia o los nervios, los hay y los hay



que renuncian al uso del preservativo por el temor a que “corte el rollo”, no saber ponerlo, o resultar inoportuno.

**En definitiva** la ansiedad, los nervios, las prisas o la falta de experiencia o de práctica suelen formar parte del equipaje con el que chicos y chicas se embarcan a sus relaciones eróticas o sus coitos. Nuestra propuesta va encaminada a lograr que chicos y chicas se permitan mostrar ese equipaje y no crean que deben ocultarlo a su pareja.

**El acceso a los medios.** De todos modos, incluso con todos los puntos anteriores bien resueltos, aún habrá chicos o chicas que seguirán sin usar los anticonceptivos. Y es que las dificultades no se presentan sólo en el momento del coito, algunas son previas.

**Para usar los anticonceptivos o métodos preventivos** la única condición imprescindible es tenerlos y para poder tenerlos habrá que poder y saber acceder a ellos. No en todos los municipios resulta sencillo que una chica pueda acudir a solicitar anticoncepción, por ejemplo la píldora, con los requisitos de profesionalidad, gratuidad y confidencialidad. En muchos lugares la sanidad pública se basta y se sobra para resolver estas situaciones, pero sabemos que no siempre es así y que, además, no siempre hay alternativa.

**Muchas veces**, incluso cuando el tema podría estar resuelto, hay fantasmas propios que se despiertan que dificultan el acceso: “¿y si voy y no me la dan? ¿se lo dirán a mis padres? ¿qué pensará de mí?... Como profesionales de la Atención Primaria sí que podemos contribuir en este punto. Informándonos de cómo funciona. Aprovechando las revisiones, como ya se ha dicho, para garantizarles la confidencialidad, para facilitarles el acceso, para legalizar sus dudas y temores como pertinentes...

**En el caso concreto de los preservativos** suceden cosas similares. Su acceso cada vez está más extendido, pues ya no son de venta exclusiva en farmacias. Sin embargo el acceso no siempre está resuelto. Aún quedan pequeñas localidades donde no hay alternativas. Aunque en la mayoría de los casos el acceso es aparentemente sencillo. Basta con ir a alguno de los sitios que los venden y adquirirlos.

**Sin embargo** sigue existiendo dificultades para dar el paso y comprarlos. Habrá que trabajar, por tanto, para que chicos y chicas tengan habilidades suficientes como para saber ir a comprarlos, recursos como para cambiar de barrio si es preciso o para permitirse

pedirle a un amigo o amiga que te los compre. Para que sepan guardarlos o para que compren estuchados con menos cantidad.

**Hacerse respetar.** El consumo de alcohol y otro tipo de drogas también influye. A mayor consumo, menos uso. En ocasiones como consecuencia de la pérdida de conciencia y realidad y, en otras, porque actúa como coartada más o menos consciente, “es que había bebido”.

El tipo de pareja, fija-conocida u ocasional-desconocida puede hacer que una misma persona cambie su conducta, previniéndose o no según con quien esté. No estaría de más, por tanto, recordar que la responsabilidad de la prevención es primero personal, lo que significa que uno o una debería prevenirse independientemente del tipo de pareja. Si luego la responsabilidad se comparte, mucho mejor.

Por eso es importante no sólo ser capaz de hacer y decir lo que se siente, sino también de resistir la presión y de hacerse respetar. Cuando una chica dice no a algo, significa no. El chico tendrá que aceptar que las negativas también forman parte del juego erótico y que en éste no hay lugar para la presión o ciertos chantajes. La chica por su lado habrá de saber distinguir sus deseos, manifestarlos y no dejarse embaucar. Cuando sucede al contrario, que la chica proponga y el chico niegue, estamos hablando de lo mismo. Idénticos planteamientos a los que también deben estar presentes en las parejas homosexuales.

Ya lo hemos dicho, las relaciones eróticas son el terreno de los deseos y no el de las obligaciones.

**La importancia del después.** Después del coito siguen pasando cosas. Es el momento de evaluar si el uso, o el no uso, del preservativo o de algún otro método, mereció la pena. El joven o la joven hace sus propias valoraciones, a la vez que probablemente reciba las de su pareja y, puede, que hasta las del entorno, la de alguno de sus amigos o amigas. Todo influye y del resultado, quizás se desprenda que la próxima vez se insista o se cambie. Es bueno que chicos y chicas sepan escuchar, pero que a la vez sepan expresar y defender sus criterios.

**La realidad es siempre compleja.** La forman hombres y mujeres complejos. Que se relacionan con sus genitales



y con todo su cuerpo. Con sus emociones y sus valores. Sus habilidades, sus deseos, sus expectativas y sus temores. Su forma de entender la erótica y las relaciones de pareja. Su percepción de riesgo y su conciencia de la realidad. Con su capacidad de influir o de dejarse influir. En definitiva una relación entre “dos peculiaridades”, dos seres únicos.

Por tanto, desde toda esa complejidad, no pueden bastar las respuestas simples. Son muchas las variables y son muchas las vías de trabajo que se abren. También somos muchos y muchas los implicados.

**Anticoncepción de emergencia.** En este caso hablamos de un recurso para parejas que hayan tenido relaciones eróticas incluyendo un “coito no protegido” o para aquellas que después de hacer todo lo posible para que no ocurra, el preservativo, sin embargo, se rompe durante el coito. Este recurso también es útil para otras situaciones, lamentablemente reales, como en las un chico o un hombre se aprovecha de alguna circunstancia o utiliza la fuerza para obligar a una mujer a practicar un coito no deseado y además no protegido.

Aunque el término esconde alguna otra posibilidad, lo que comúnmente llamamos anticoncepción de emergencia es lo que se suele llamar “píldora postcoital”. El término emergencia subraya su carácter excepcional, dado que consideramos que su uso frecuente no es recomendado. Y que una cosa es que sea una buena salida para circunstancias excepcionales y otra, muy distinta, incorporarlo como si de un método anticonceptivo más se tratara y cuya frecuencia de uso careciera de importancia.

El cuerpo de la mujer, sus hormonas y sus ciclos menstruales son suficientemente importantes como para procurar cuidarlos y no someterlos a continuas alteraciones. Aunque, por otro lado, también somos plenamente conscientes de que un embarazo no deseado es menos recomendado aún que el uso repetido de la “anticoncepción de emergencia”.

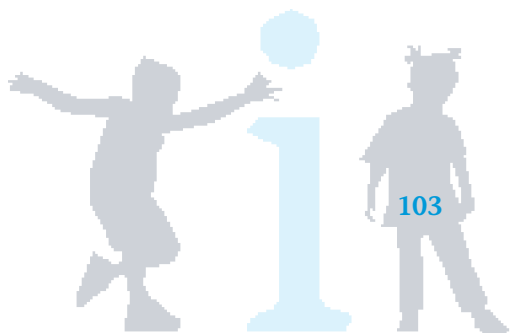
La píldora se compone básicamente de un gestágeno, el Levo-Norgestrel. Con lo cual se mantiene la eficacia, a la vez que se reducen significativamente los efectos secundarios: vómitos, náuseas o tensión mamaria, que cuando para provocar los mismos efectos se utilizaban píldoras anticonceptivas siguiendo la pauta “yuzpe”.

**Objeción de conciencia.** Las dificultades que rodean a la anticoncepción de emergencia suelen estar ligadas a problemas morales o de legalidad. Sabemos que hay personal médico que se niega a prescribirla, que afirma que este fármaco va contra “sus principios” y que, por tanto, hace objeción de conciencia por considerar que su uso es contrario a su ideología, sus creencias religiosas o su ética personal.

Desde esa óptica, se considera a este tipo de píldoras como abortivas pues consideran que el embarazo comienza con la fecundación y, como sabemos, ésta no siempre se impide. La Organización Mundial de la Salud, sin embargo, no hace esta misma consideración: desde su perspectiva sólo se puede hablar de embarazo cuando se produce la “anidación” del óvulo fecundado en las paredes del útero. Y es claro que, con la ingesta de este fármaco, esa implantación no va a producirse. Siguiendo esa lógica no existe la posibilidad de hablar de aborto, sencillamente, porque no ha llegado a producirse el embarazo.

En cualquier caso, y respetando el derecho a ejercerla, la objeción de conciencia en ningún caso puede amparar la denegación de auxilio. Un profesional de la medicina podrá objetar pero no hará bien su trabajo si no recepciona la demanda y la deriva a otro profesional que pueda atenderla. Una cosa es objetar y otra dejar de prestar ayuda.

**Menores maduros.** Desde pediatría y enfermería debemos procurar salvaguardar y proteger los derechos de las y los menores y actuar en su beneficio. En este sentido se hace preciso conocer al menos algunos aspectos legales que nos han de servir de referencia., por ejemplo la ley 41/2002 de Autonomía del Paciente (LAP) que establece que en relación con la autonomía y las decisiones en menores, hasta los 12 años son los padres, las madres o los tutores legales quienes tiene la representación legal, defienden sus derechos y deciden en su beneficio; entre los 12 y los 16 años, las leyes reconocen el derecho al ejercicio de los derechos personalísimos (derecho a la vida, a la integridad física y moral, al honor, a la intimidad, a la salud, a la sexualidad y a la opinión) al menor maduro y capaz. De los 16 a los 18 años todos los y las menores tendrán consideración de menores maduros, existe mayoría de edad médica salvo para los supuestos de interrupción voluntaria del embarazo, reproducción asistida y ensayos clínicos.



En definitiva, a partir de los 16 años no hay dudas; antes habrá que valorar la madurez. Aunque, en rigor, lo que habría que demostrar sería la inmadurez, pues la carga de la prueba debería caer del lado de quien quiere ir en contra de alguno de los derechos y la ley lo que hace es reconocerlos, no los crea.

Tener madurez implica tener capacidad para juzgar y valorar situaciones concretas, poseer inteligencia y voluntad suficientes como para realizar un acto válido y ejercitar un derecho y tener aptitud psicológica para manejarse con autonomía personal, expresando decisiones y defendiéndolas de manera consecuente con la propia escala de valores. La mayoría de las veces que una chica que no ha cumplido los 16 años solicita anticoncepción de emergencia lo hace de este modo: comprendiendo las consecuencias de su decisión, así como las eventuales repercusiones tanto sobre su salud como sobre su vida.

No obstante, sabemos que hay excepciones. Pues valorémoslas como tales y no generalicemos. También reconozcamos que cuando una chica acude por quinta vez a solicitar este tipo de ayuda hay una parte de fracaso que indudablemente le corresponde a ella, pero puede que haya otra que sea nuestra. Cinco veces la hemos tenido delante y cinco veces no hemos sabido argumentar, hablar, aconsejar para modificar su comportamiento. Sin embargo, recordemos que hay asignaturas que se han aprobado en sexta convocatoria.

**Más leyes.** No son solamente las recientes leyes las que amparan los derechos de las y los menores, ya que en el apartado 1 del artículo 10 de la vigente Constitución Española (1978), se proclama que: “La dignidad de la persona, los derechos inviolables que le son inherentes, el libre desarrollo de la personalidad, el respeto a la ley y a los derechos de los demás son fundamento del orden político y de la paz social”, completándose con el artículo 39.4, que declara que “Los niños gozarán de la protección prevista en los derechos internacionales que velan por sus derechos”.

La Resolución A3-0172/92 sobre la Carta Europea de Derechos del Niño, en su artículo 8.32, recoge “El niño deberá ser protegido frente a las enfermedades sexuales. A tales efectos, se le deberá facilitar la información oportuna. Igualmente, deberá proporcionársele una educación en materia sexual y las atenciones médicas necesarias, con inclusión de las medidas dirigidas al control de natalidad, dentro del respeto de las convicciones filosóficas y religiosas”.

**Ante la demanda.** Toda demanda de anticoncepción de algún modo es una demanda de sexualidad, por tanto lo que se nos reclama suele ser algo más que una receta. Por ello la primera clave, antes de pensar en contenidos es la de procurar despertar “actitudes de escucha”.

Lo que más le preocupa a una chica que demanda anticoncepción de emergencia es “conseguir la pastilla”, de modo que desde que entra en la consulta todo estará encaminado en esa dirección. Queremos decir que mientras la chica no tenga claro que se le va a dar la receta es poco probable que ni las palabras, ni los consejos le hagan efecto. Sencillamente no los estará escuchando. Toda su atención seguirá puesta en “después de contarme todo esto me la dará o no me la dará”.

En definitiva, claro que hay que hablar con la chica de las posibilidades de embarazo, de los riesgos innecesarios y del poco placer que proporcionan las relaciones de riesgo. Sobre todo cuando se aprende a cuantificar en el placer todo lo que sucede los días siguientes y hasta que baje la menstruación. De todo eso hay que hablar y si hay tiempo de muchas más cosas: de las alternativas, de la coherencia, del diálogo, del protagonismo también de la mujer... pero insistimos antes de todo ello es imprescindible conseguir “que quieran escuchar” y que se den cuenta que lo que le proponemos tiene que ver con los que se supone que son sus objetivos, que las relaciones eróticas sirvan para que ambos miembros de la pareja acaben sintiéndose satisfechos, que les merezca la pena tanto “mientras” como, por supuesto, “después”.





## *más allá de Pediatría*

*Vicent Bataller i Perelló*

La educación en salud sexual es un tema que los y las profesionales de la salud debemos tener muy claro. Quienes trabajamos desde el ámbito de la sexología, por supuesto, pero no exclusivamente desde ahí. Una de nuestras labores fundamentales es la promoción de la Salud Sexual tal como la Organización Mundial de la Salud en 1974 definió “como la integración de los elementos somáticos, emocionales y psicosexuales de las personas sexuadas, es decir todas y todos, niños y niñas, preadolescentes, adolescentes, jóvenes, personas adultas y mayores, con el fin de que se potencien entre las personas, la comunicación el placer y el amor.” También sabemos que una persona que ha tenido una infancia y adolescencia con expresiones sexuales naturales es más feliz que aquellas que han vivido una represión o conductas inadecuadas en la misma.

Como profesional, he tenido el placer a lo largo de estos veinticinco años dedicados a la educación sexual y a la promoción de la salud sexual de todas las personas de participar en eventos, congresos y reuniones de Sexología como el XIII Congreso Mundial de Sexología, celebrado por primera vez en España y en València, donde ya en 1997 hicimos la declaración de los Derechos Sexuales para todas las personas, que posteriormente fue ratificado por la Asociación Mundial para la Salud Sexual (WAS) en Hong Kong en 1999 y que sirvió para que después en Montreal en el 2005, se hiciera la Declaración de Montreal o también conocida como “Salud Sexual para el Milenio”.

Todas estas acciones tienen como objetivo promover la salud sexual en todo el mundo y a lo largo de la vida para todas las personas por eso es importante que los profesionales de atención primaria, las enfermeras y enfermeros escolares, pediatría, medicina general, educadoras



y educadores se impliquen en estos objetivos. Si no se aborda la educación sexual como, lo que es, una dimensión básica del ser humano, y contamos que ocurre con la sexualidad de un bebé, de una niña o niño, de una chica y un chico, la mera información sexual que se está transmitiendo desde el ámbito sanitario no será suficiente para lograr una salud sexual óptima (accediendo a métodos anticonceptivos, evitando infecciones de transmisión sexual, embarazos no deseados, vih/sida, ...etc) que contribuya a preparar a las personas a qué sepan que desean, con quién y con el objetivo de ser autónomas y libres en su deseo sexual.

Para la Asociación Mundial para la Salud Sexual (WAS) “la promoción de la salud sexual es central para alcanzar el bienestar y el logro del desarrollo sostenible y más específicamente, para la instrumentación de los Objetivos de Desarrollo del Milenio. Los individuos y las comunidades que experimentan el bienestar se encuentran en una mejor posición para contribuir a la erradicación de la pobreza individual y social. Al cultivar la responsabilidad individual y social y las interacciones sociales equitativas, la promoción de la salud sexual fomenta la calidad de vida y la realización de la paz”.

La Asociación Mundial para la Salud Sexual (WAS) a través de **Declaración de Montreal “Salud Sexual para el Milenio” (XVII Congreso Mundial de Sexología; Montreal 2005)** insta a las Instituciones Académicas, a los Gobiernos, a los y las profesionales de la sexología y, por supuesto también a quienes trabajan en las consultas de atención primaria:

### **1 Reconocer, promover, asegurar y proteger los derechos sexuales para todos**

*“Los derechos sexuales (Declaración de Valencia, WAS, 1997) son básicos para todas las personas por eso son inalienables y universales. La salud sexual no puede ser obtenida ni mantenida sin derechos sexuales para todos”.*

Lo que se pretende es que las expresiones sexuales y la sexualidad sea para todo tipo de orientaciones e identidades sexuales. Se trata de que todas las sexualidades puedan participar en igualdad, las de todas las personas, hombres y mujeres, homosexuales,

heterosexuales o bisexuales, personas con discapacidad ya sea está física, intelectual, sensorial o de otro tipo y, por supuesto, en todas las edades. Así en España en ésta última legislatura se han logrado metas sociales y jurídicas para las personas homosexuales y transexuales, impensables en otras culturas y que indudablemente contribuyen en esta dirección.

Es importante por tanto que en la atención en las consultas siempre tengamos presente la dimensión sexuada de las personas y les tratemos como tal. Que perciban que su sexualidad nos importa y que con toda legitimidad pueden reclamarnos atención.

## 2 Avanzar hacia la equidad de género

*“La salud sexual requiere respeto y equidad de género. Las inequidades relacionadas con el género y los desequilibrios de poder impiden las interacciones humanas constructivas y armoniosas y por ello, la consecución de la salud sexual”.*

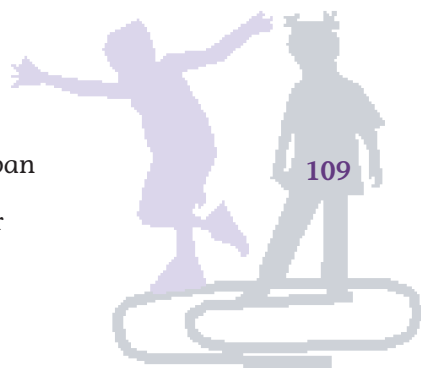
Si enseñamos a niños y a niñas, a chicos y a chicas, a adolescentes a relacionarse en igualdad, en simetría y equidad estaremos favoreciendo que las relaciones entre los hombres y las mujeres mejoren, y por tanto evitando situaciones inadecuadas, abusos de poder u otras formas de sometimiento que se siguen dando entre los hombres y las mujeres, como la lacra social de la violencia contra las mujeres. Educación y cambio actitudinal son las únicas herramientas que tenemos para combatir la violencia.

Nuestras palabras, nuestros comentarios y sobre todos nuestros gestos deben actuar en esta dirección dando protagonismos por igual a hombres y mujeres y transmitiendo que en los juegos de pareja son dos voluntades las que han de encontrarse y no una la que se impone sobre la otra.

## 3 Eliminar todas las formas de violencia y abuso sexuales

*“La salud sexual no puede alcanzarse en tanto las personas no estén libres de estigma, discriminación, abuso, coerción y violencia sexuales”.*

Es fundamental que las niñas y los niños sepan que conductas y expresiones afectivas son adecuadas e inadecuadas. Que sepan hablar



de este tema y que tengan con quien hacerlo. Sabemos que eso ayuda. Pero también sabemos que estas claves no se agotan en la infancia.

Cuando trabajamos con personas adultas sigue siendo importante que hablemos de lo adecuado y de lo inadecuado. Por ejemplo subrayando siempre la idea de que las relaciones eróticas han de entrar por la puerta del deseo. Pero que no basta con un único deseo. Que se puede decir que sí pero también se puede decir que no. Sigue siendo importante que las personas adultas sepan hablar de este tema y que tengan con quien hacerlo. La consulta de atención primaria puede ser un espacio para ello.

#### **4 Proveer acceso universal a la información y educación de la sexualidad integral“**

*El logro de la salud sexual requiere que todas las personas, incluyendo a los jóvenes tengan pleno acceso a una educación integral de la sexualidad y a información y atención a su salud sexual durante todo el ciclo vital”.*

Este es un apartado específico para todos aquellos profesionales que trabajan con adolescentes y jóvenes a que aborden su salud sexual y por tanto insta a pediatras, profesorado, personal de enfermería, educadoras y educadores y, por supuesto, a las madres y a los padres o a las personas adultas con chicos o chicas a su cargo a dar importancia a la sexualidad.

Importancia que, evidentemente, no acaba en la adolescencia y que debe continuar después en la edad adulta y continuar mucho más allá. Por supuesto, como se habla de sexualidad integral, ni la información ni la atención deben reducirse a los aspectos reproductivos o sobre los genitales.

#### **5 Asegurar que los programas de salud reproductiva reconozcan la importancia medular de la salud sexual**

*“La reproducción es una de las dimensiones críticas de la sexualidad humana y puede contribuir al fortalecimiento de las relaciones y la realización personal cuando ha sido deseada y planeada. La salud sexual es un concepto más abarcativo que la salud reproductiva. Los actuales programas de salud reproductiva deben ampliarse para contemplar integralmente las diversas dimensiones de la sexualidad y salud sexual”.*

Hay que nombrar las cosas con su nombre dice el refranero popular español y es cierto. La salud sexual es un concepto que hay que integrar desde los diversos ámbitos. La sexología, ciencia que estudia el hecho sexual humano, tiene que estar en los ámbitos Universitarios, Políticos y Sociales si realmente queremos ir más allá de los riesgos que suponen las prácticas sexuales de las personas. La sexualidad es algo más que embarazos no deseados, anticonceptivos e infecciones de transmisión sexual.

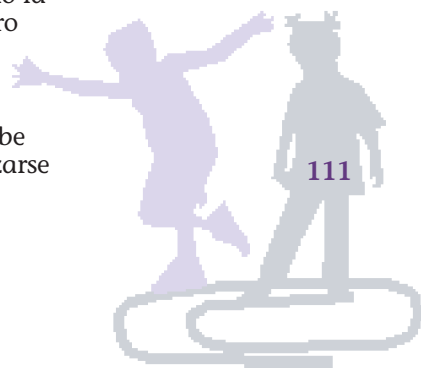
La dimensión de la sexualidad como generadora de placer, salud y calidad de vida es una asignatura que tenemos pendiente. Desde la consulta de atención primaria se puede contribuir a cambiar actitudes, estereotipos, falacias, errores y conductas inadecuadas. Eso sí, el primer paso es que los y las profesionales sean capaces de romper el silencio que tradicionalmente ha rodeado a estos temas y, por el contrario, abran la puerta a que se puedan abordar en las consultas.

## 6 Detener y revertir la propagación del VIH/SIDA y otras infecciones de transmisión sexual (ITS)

*“El acceso universal a la prevención, consejería y prueba de detección voluntaria, la atención y tratamiento integral de los pacientes infectados con el VIH/SIDA y otras infecciones de transmisión sexual son igualmente esenciales para la salud sexual. Deben adoptarse e incrementarse de inmediato los programas que aseguren el acceso universal a estos servicios”.*

En España la Colectividad de Gays, Lesbianas, Transexuales y Bisexuales (GLTB) tomó conciencia muy pronto que lo fundamental en la prevención del VIH/SIDA era la utilización del preservativo y las campañas de sensibilización y prevención. Posteriormente llegaron los colectivos de personas afectadas, e incluso su Federación CESIDA es ejemplo para muchos Países sobre todo Latinoamericanos y de nuestro entorno. El Plan Nacional del SIDA y las políticas que de él se derivan son fundamentales para frenar la pandemia del SIDA. Hoy por hoy la mejor prevención sigue siendo la educación sexual, las prácticas de sexo seguro y la utilización del preservativo.

En cuanto a los recursos, parece necesario que facilitemos el acceso a los mismos. Se debe tener información sobre cómo y dónde realizarse las pruebas, pero también sobre grupos y colectivos que prestan ayuda y con lo que



tampoco estaría mal colaborar. En cualquier caso las personas afectadas tienen que percibir con toda claridad que el sustantivo sigue siendo “la persona” con todo lo que ello supone.

## **7 Identificar, abordar y tratar inquietudes, padecimientos y disfunciones sexuales.**

*“Puesto que la plenitud sexual tiene la capacidad de elevar la calidad de vida, es crítico reconocer, prevenir y tratar las inquietudes, padecimientos y preocupaciones sexuales”.*

Es necesario detectar, prevenir y tratar los problemas sexuales de las personas y atención primaria es un buen lugar para ello: los llamados síntomas sexuales (inhibición del deseo sexual o falta de ganas, la eyaculación precoz, los problemas de erección en los varones, las anorgasmias o la ausencia de orgasmos en las mujeres, los miedos o las fobias a la penetración vaginal por parte de mujeres y de varones, el vaginismo o la imposibilidad de penetración vaginal en las mujeres), la contracepción en las diferentes etapas evolutivas, los embarazos no deseados, las infecciones de transmisión sexual, problemas de identidad sexual, conflictos o malestar en la vivencia de la orientación sexual...etc.

Desde las consultas se debe contribuir a la atención de la salud sexual, a que las personas gocen de su salud integral y vivan plenamente y con satisfacción sus relaciones sexuales. Con información se resolverán la mayoría de las demandas, para otro buen grupo además de la información será necesario algunas indicaciones o permisos y sólo en un pequeño grupo hará falta lo que se suele decir “tratamiento o terapia”. Para estos últimos casos, a veces es necesario derivar a profesionales de la sexología.

En cualquier caso el temor a que venga uno casos más complejo no puede ser una razón para cerrar la puerta a todos. Desde atención primaria se pueden y se deben resolver muchas demandas.

## **8 Lograr el reconocimiento del placer sexual como un componente del bienestar.**

*“La salud sexual es más que la ausencia de enfermedad. El placer y la satisfacción sexuales son componentes integrales del bienestar y requieren su reconocimiento y promoción universal”.*

Es necesario que los planes de acción internacionales, nacionales, regionales y locales para el desarrollo sostenible, prioricen acciones de salud sexual. Por tanto, que asignen recursos suficientes y aborden las barreras sistémicas, estructurales y comunitarias que afectan a la salud sexual de las personas o que dificultan que ésta pueda desarrollarse plenamente.

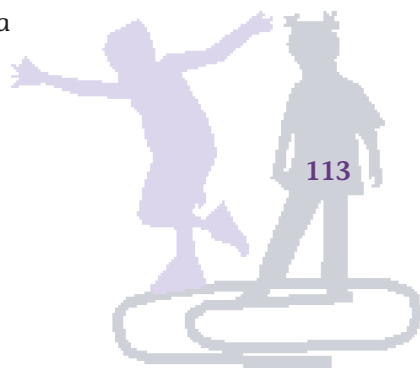
Todas las personas tienen derecho al placer y a disfrutar de su sexualidad. La promoción de la salud sexual es necesaria para todas las personas y desde todos los ámbitos. La sexualidad como fuente de salud y de bienestar para todas las personas, recién nacidos, bebés, niños, niñas, chicas y chicos, adolescentes, jóvenes, adultas y mayores.

Estos puntos fueron redactados por un grupo de expertas y expertos en sexología, en el cual participé durante el XVII Congreso Mundial de Sexología celebrado en Montreal el 15 de julio de 2005.

El propósito de esta declaración es asumir por parte de las Asociaciones que forman parte de la Asociación Mundial para La Salud Sexual (W. A. S.), de las Instituciones Académicas, Gobiernos, Agencias Internacionales, el sector privado (compañías biomédicas, fundamentalmente), Sociedades Científicas de Sexología en España, (SEIS, FESS, AES y AEPS), el compromiso de promover la salud sexual en todo el mundo y a lo largo de la vida. Compromiso que me gustaría que también fuera asumido por todos los y las profesionales de atención primaria, personal médico y de enfermería.

Eso sí para ello, para promover la salud sexual de las personas que atienden en sus consultas, los y las profesionales de la salud tendrán que adoptar una actitud objetiva y científica en cuanto a la sexualidad de modo que se asegure la no imposición de sistemas de valores propios sobre las demás personas. Dado que jamás se podrá establecer que las normas o valores propios son los de máxima universalidad. La premisa primordial, desde mi punto de vista, es la **escucha y el respeto ante la sexualidad y comportamientos sexuales de las y los consultantes.**

Así la Sexualidad tendrá cabida en el sistema sanitario público y, evidentemente, contemplará en la historia clínica de todas las personas también su salud sexual. Por último me gustaría incluir la llamada, **“Declaración Universal de los Derechos**



**Sexuales o Declaración de València**", redactada en el 13º Congreso Mundial de Sexología, celebrado en Valencia en 1997 y revisada y aprobada por la Asamblea General de la Asociación Mundial de Sexología, WAS, el 26 de Agosto de 1999, en el 14º Congreso Mundial de Sexología en Hong Kong.

## DECLARACIÓN UNIVERSAL DE LOS DERECHOS SEXUALES

*La sexualidad es una parte integral de la personalidad de todo ser humano. Su desarrollo pleno depende de la satisfacción de las necesidades humanas básicas como el deseo de contacto, intimidad, expresión emocional, placer, ternura y amor.*

*La sexualidad se construye a través de la interacción entre el individuo y las estructuras sociales. El desarrollo pleno de la sexualidad es esencial para el bienestar individual, interpersonal y social.*

*Los derechos sexuales son derechos humanos universales basados en la libertad, dignidad e igualdad para todos los seres humanos.*

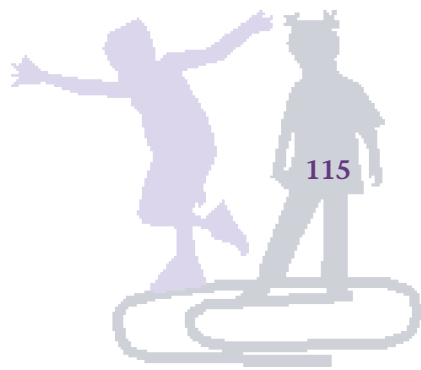
**Los derechos sexuales deben ser reconocidos, promovidos, respetados y defendidos por todas las sociedades con todos sus medios.**

La salud sexual es el resultado del reconocimiento y respeto de los derechos sexuales:

- 1. El Derecho a la Libertad Sexual:** La libertad sexual abarca la posibilidad de las personas a expresar su sexualidad y excluye todas las formas de coerción sexual, explotación y abuso en cualquier periodo y situaciones de la vida.
- 2. El Derecho a la Autonomía Sexual, Integridad Sexual y Seguridad del Cuerpo Sexual:** Incluye la capacidad de tomar decisiones autónomas sobre la vida sexual dentro de un contexto de la propia ética personal y social. También incluye el control y disfrute de nuestros cuerpos, libres de tortura, mutilación y violencia de cualquier tipo.
- 3. El Derecho a la Privacidad Sexual:** Derecho a expresar las preferencias sexuales en la intimidad siempre que estas conductas no interfieran en los derechos sexuales de otros.

4. **El Derecho a la Equidad Sexual:** Este derecho se refiere a la oposición a todas las formas de discriminación, por razones de sexo, género, orientación sexual, edad, raza, clase social, religión o discapacidad física, psíquica o sensorial.
5. **El Derecho al Placer Sexual:** El placer sexual, incluyendo el autoerotismo, es una fuente de bienestar físico, psicológico, intelectual y espiritual.
6. **El Derecho a la Expresión Sexual Emocional:** La expresión sexual es más que el placer erótico en los actos sexuales. Cada individuo tiene derecho a expresar su sexualidad a través de la comunicación, el contacto, la expresión emocional y el amor.
7. **El Derecho a la Libre Asociación Sexual:** Significa la posibilidad de casarse o no, de divorciarse y de establecer otros tipos de asociaciones sexuales.
8. **El Derecho a Tomar Decisiones Reproductivas, Libres y Responsables:** Derecho a decidir sobre tener descendencia o no, el número y el tiempo entre cada uno, y el derecho al acceso a los métodos de regulación de la fertilidad.
9. **El Derecho a Información Basada en el Conocimiento Científico:** La información sexual debe ser generada a través de un proceso científico libre de presiones externas y difundido de forma apropiada en todos los niveles sociales.
10. **El Derecho a la Educación Sexual Comprensiva:** Este es un proceso que dura toda la vida, desde el nacimiento y debería involucrar a todas las instituciones sociales.
11. **El Derecho a la Atención Clínica de la Salud Sexual:** La atención clínica de la salud sexual debe estar disponible para la prevención y el tratamiento de todos los problemas, preocupaciones y trastornos sexuales.

**LOS DERECHOS SEXUALES SON  
DERECHOS HUMANOS  
FUNDAMENTALES  
Y UNIVERSALES.**





*Amezúa, Efigenio.* (1999) **Teoría de los Sexos, la letra pequeña de la sexología.** Revista Española de Sexología, 95-96. Madrid.

*American Academy of Pediatrics* (2001) **“Sexuality education for children and adolescents”.** Pediatrics 2001; 108: 498-502

*Bataller i Perelló, V.* (1995) **“Educación Sexual: Estudio de la sexualidad de los jóvenes de la Comunidad Valenciana en Base a un servicio Público de información sexual”.** Tesis Doctoral. València.

*Bataller i Perelló, V. y García Ruiz Mercedes.* (2005) **Educando en las Sexualidades. Universidad Internacional de Gandía.** Documentación Curso. UIG.

*Bataller i Perelló, V.* (2006) **“La salud sexual”** I Jornada de Salud Sexual en Atención Primaria. Grupo de salud Sexual de la Sociedad Española de Medicina General . SEMG. Palma de Mallorca.

*Bataller i Perelló, V. y De la Cruz Carlos.* (2007) **Jornada Comunitaria de Educación en Salud Sexual.** Documentación Jornadas. UIG.

*Bataller i Perelló, V.* (2007) **“La Eyaculación Precoz”** II Jornada de Salud Sexual en Atención Primaria. Grupo de Salud Sexual de la Sociedad Española de Medicina General. SEMG. Benidorm.

*Beltrán Navarro, A.* (2007) **Salud sexual y Atención Primaria en la Adolescencia.** Universitat de València. Facultat de Psicologia. Departament de Personalitat, Avaluació i Tractaments Psicològics. València.

*Colomer J* (2003). **“Prevención de embarazo no deseado e infecciones de transmisión sexual en adolescentes”.** Recomendaciones Previnfad/PAPPS. <http://www.aepap.org>



*De la Cruz, Carlos* (2002) **“Otro folleto de Sexualidad”**  
Ayuntamiento de Leganés – Consejo de la Juventud de la  
Comunidad de Madrid.

*De la Cruz, Carlos* (2002) **“Educación Sexual desde la Familia.  
Infantil y Primaria”** Madrid. CEAPA.

*De la Cruz, Carlos* (2002) **“Situaciones embarazosas. Claves para  
situarse y prevenir embarazos no deseados”** Madrid CJE.

*De la Cruz, Carlos* (2003) **“Educación de las Sexualidades. Los  
puntos de partida de la Educación Sexual”** Madrid.  
Cruz Roja Juventud.

*De la Cruz, Carlos y Suárez, Ana M.* (2003) **“Educación Sexual desde  
la Familia. Secundaria”** Madrid. CEAPA.

*De la Cruz, Carlos y Sáez, Silberio* (2003) **“Prevención del VIH/SIDA.  
Claves educativas”** Madrid. Cruz Roja Juventud.

*De la Cruz, Carlos* (2005) **“Expectativa de Diversidad, ideas y  
dinámicas”** Madrid. CJE.

*De la Cruz, Carlos y Lázaro, Óscar* (2006) **“Apuntes de Educación  
Sexual sobre la sexualidad de niños y niñas con discapacidad”**.  
Madrid. CEAPA.

*Fernández, Juan.* (Coord.) (1996) **Varones y mujeres. Desarrollo de la  
doble realidad del sexo y del género.** Madrid: Pirámide.

*Fernández-Cuesta Valcarce, MA.* (2007). **“Balanitis”**. Guía\_ABE.  
Infecciones en Pediatría. Guía rápida para la selección del  
tratamiento antimicrobiano empírico. <http://infodoctor.org>

*Fernández-Cuesta Valcarce MA* (2007). **“Vulvovaginitis”**. Guía\_ABE.  
Infecciones en Pediatría. Guía rápida para la selección del  
tratamiento antimicrobiano empírico. <http://infodoctor.org>

*González Marcos MI.* **Anticoncepción desde la consulta del pediatra.**  
En: AMPAP, ed. II Curso Primavera 2007. Madrid: Exlibris Ediciones;  
2007. p.43-54.

*Hernández, Graciela y Jaramillo, Concepción* (2003). **“La educación  
sexual de la primera infancia”**. Guía para madres, padres y

profesorado de Educación Infantil. Madrid. Ministerio de Educación, Cultura y Deporte.

*Hernández, Graciela y Jaramillo, Concepción* (2006). **“La educación sexual de niños y niñas de 6 a 12 años”**. Guía para madres, padres y profesorado de Educación Infantil. Madrid. Ministerio de Educación y Ciencia.

*Landarroitajauri, Joserra* (2007) **“Sexorum Scientia Vulgata”** Revista Española de Sexología, 139-140. Madrid.

*López, Félix* (1995) **“Educación Sexual de Adolescentes y jóvenes”** Madrid. Siglo XXI Editores.

*Martín Pérez, Rafaela.* (2007) **“Aspectos legales sobre la atención de Adolescentes en Salud Reproductiva y Anticoncepción”** Documentación Curso “Salud Sexual y Reproductiva en Adolescentes” Agencia Laín Entralgo. Madrid.

*Martinez Gonzalez, C.* (2006) **“Problemas éticos y legales en la atención al adolescente”**. En: AMPap, ed. I Curso Primavera Madrid: Exlibris Ediciones.

*Merino M.* (2007) **“Cribado de la criptorquidia”**. Recomendaciones Previnfad/PAPPS. <http://www.aepap.org>

*Sáez Sesma, Silverio* (2005) **“Cuando la terapia sexual fracasa, aportaciones sexológicas para el éxito”** Madrid. Fundamentos.

VV. AA. **“Talking about sex with your teen”**. (2007) Patient education on line. Handouts American Academy of Pediatrics. <http://patiented.aap.org>

*Wellings K, Parker R* (2006). **Sexuality education in Europe. A reference guide to policies and practices**. IPPF European Network. <http://www.euro.who.int>



Edita: **UNAF**  
Textos: **Carlos de la Cruz Martín-Romo**  
**Miguel Ángel Fernández Cuesta Valcarce**  
**Vicent Bataller i Perelló**  
Diseño: **La Tinta China**  
Impresión: **Gráficas JMG**  
Dep. Legal: **M-55977-200**  
Copyright: **UNAF**

*Impreso en papel reciclado*