

El papel del pediatra en la educación sexual.

Ana Ramírez de Ocáriz Sorolla.

Sexóloga y Socióloga

Centro Sexológico Emaize. Responsable de la Asesoría de Sexualidad para jóvenes del Ayuntamiento de Vitoria-Gasteiz

A. ¿Qué entendemos por Sexualidad?

Vivimos en un momento social e histórico donde lo sexual aparece bombardeándonos desde los medios de comunicación. Sin embargo, la concepción que se transmite de ella está exclusivamente relacionada con lo genital y lo coital.

Por ello es bastante probable que también nosotros, ciudadanos y ciudadanas de a pie además de profesionales de la salud, estemos influidos por este modelo y que por ello en nuestro trato con las niñas, niños y adolescentes nos sea difícil darnos cuenta de que la sexualidad hay que tratarla en su globalidad.

¿Cómo entender esta sexualidad en su globalidad? Desde un punto de vista sexológico, entendemos el hecho sexual humano¹ como el reconocimiento de que todas las personas son sexuadas, se viven como tales y expresan su erótica de un modo u otro.

Partimos del hecho de que cada persona se vive como “ser sexuado”, se va construyendo de un SEXO o de otro, niña o niño, hombre o mujer (IDENTIDAD SEXUAL. Es decir, de los dos sexos, ¿con cuál me identifico?), con sus dificultades, características, peculiaridades, sus deseos, amores (HOMO o HETERO) y sus conductas.

Entendemos que el “ser sexuado” es algo más que el resultado de un cromosoma o del aspecto externo de los genitales. Es un proceso que no se detiene en el momento del nacimiento, sino que dura toda la vida (desde el momento de la fecundación hasta el de la muerte) y que en cada caso es único e irrepetible. Hay dos sexos, hombre y mujer, pero muchas maneras de “construirse” como mujer o como hombre. Esta construcción se da en diálogo constante entre lo biofisiológico (estructuras sexuadas), lo vivencial (emociones, pensamientos,...) y lo conductual (conductas eróticas compartidas o no,...).²

Evidentemente lo social (normas y valores del grupo familiar, social y cultural,...) influyen en dicho proceso vital.

Este proceso (hacernos, vivirnos y comportarnos como mujeres y hombres) tiene en la etapa infantil y adolescente momentos claves que van a marcar el desarrollo posterior de esa persona.

Desde esta concepción, la sexualidad o mejor dicho, el Hecho Sexual Humano se entendería desde una dimensión más amplia que, por supuesto, también englobaría la erótica (conductas tanto individuales como compartidas) o lo reproductivo.

B. ¿Qué papel tiene la pediatría en todo esto?

Es evidente que todas las personas, como sexuadas que somos, tenemos nuestras propias concepciones, valores, normas, actitudes,... con respecto a la sexualidad, y que también en nuestra labor profesional los transmitimos. Podemos encontrar múltiples ejemplos: ¿les hablamos de los cambios puberales de la misma manera a chicos que a chicas?, ¿nos es más fácil hablar de la menstruación que de la eyaculación?, ¿nos preocupamos sólo de su “salud sexual” (como genital), o tenemos en cuenta otros aspectos importantes en el crecimiento de la criatura como ser sexuado?,... Se mira que su cuerpo en general vaya bien: crecimiento, piernas, espalda, oído, vista, descenso de

los testículos, fimosis,... pero ¿qué pasa con los genitales femeninos (escondidos, sin nombrar, sin verse, como si no existieran) hasta que llegamos a la menstruación?

Tenemos que tener en cuenta que, junto a la familia y al profesorado, el y la pediatra cumplen un papel como agentes educativos en lo sexual. Y dado que en nuestra labor con las criaturas también estamos haciendo educación sexual, podría ser interesante que hiciéramos una revisión de nuestras propias concepciones para saber qué puedo estar transmitiendo con mi modo de estar y actuar con la criatura y también con la madre y/o el padre.

Así, el papel de la y el pediatra, junto a la enfermera de pediatría como agente sanitario más cercano a la niña o al niño, tiene un papel muy importante: acompañarle en su camino hacia la madurez, a cada uno según sus modos, sus matices y peculiaridades.

Los objetivos que debemos plantearnos serían:

Diagnosticar y ayudar terapéuticamente en los problemas de salud relacionados con el desarrollo sexual (anormalidades genéticas, hermafroditismo,...)

Facilitar el conocimiento de sus cuerpos, tanto anatómica como fisiológicamente (incluidos ambos genitales, masculinos y femeninos).

Incrementar los conocimientos, con información clara, sencilla y directa.

Aumentar la comunicación, de tal manera que facilite la toma de decisiones, entre ellas las relacionadas con las prácticas eróticas de riesgo, con el fin de prevenir riesgos relacionados con los embarazos no deseados o las infecciones de transmisión sexual.

Crear un espacio confidencial (al margen de la familia) en la entrevista clínica para que el niño, la niña o adolescente pueda comunicarse con libertad ante determinados aspectos sexuales.

Minimizar en lo posible la transmisión de opiniones y valores subjetivos.

C. Sucesos durante la evolución sexual en la infancia y Pautas “sexuales” en las revisiones pediátricas.

1. La Sexualidad en la etapa neonatal (de 0 a 3 meses)

El hecho más significativo en este momento es la asignación de sexo a la criatura neonata. Dado que esta asignación se sigue realizando de forma generalizada a través de la observación de los genitales externos, puede haber ciertas dificultades ante unos genitales no definidos totalmente en masculino o femenino.

2. La sexualidad durante los dos primeros años de vida

Desde el momento del nacimiento, e incluso con anterioridad, comienza la crianza diferenciada: tratamos de forma diferente a la criatura según el sexo que le hayamos asignado, a través de un doble proyecto educativo que viene determinado por las expectativas que tengamos hacia uno u otro sexo y no tanto por las peculiaridades de la criatura que tenemos delante: ¿nos acercamos, tocamos, acariciamos,... igual a uno que a otra?, ¿nos dirigimos de igual manera y tenemos en cuenta tanto a la madre como al padre?,...

En cuanto a los modelos familiares, estamos viviendo una época en la que el tipo de familia tradicional está dejando de ser exclusivo, para convivir con una gran diversidad de modelos, desde los monoparentales, los formados por progenitores del mismo sexo, hasta las familias reconstituidas,... Esta realidad se va a presentar en consulta cada vez con mayor frecuencia, por lo que las preguntas del pediatra así como los propios formularios deberán revisarse para tener en cuenta esta realidad y facilitar la entrevista y la confianza.

Otro hecho a destacar en estas edades es la importancia de las figuras de apego, es decir, de cómo la manera en que las personas significativas para la criatura (padre, madre,...) resuelvan sus necesidades básicas (incluida la del afecto) va a influir en la construcción de su seguridad emocional básica. Por ello es interesante que animemos al padre y a la

madre a mantener el contacto físico habitual, incluido el contacto piel con piel, que le dé confianza y seguridad en el otro.

¿Cómo nombramos los genitales externos? Creo que hoy en día seguimos teniendo dificultades en utilizar los términos adecuados, sobre todo en lo referido a los genitales femeninos. Considero que es muy importante que las criaturas y sus familias sepan cuáles son y que los puedan utilizar en lugar de los socorridos diminutivos y eufemismos. Estaremos ayudando a que las chicas y las mujeres de mañana puedan reconocer su vulva y quererla.

Otro tema relacionado con los genitales se refiere a cómo reaccionamos cuando la criatura se los acaricia durante la revisión: ¿le dejamos que continúe?, ¿le quitamos la mano?, ¿hacemos algún comentario?,... Como más adelante especificaremos, las conductas masturbatorias pueden darse desde los primeros meses de vida, aunque sean más evidentes tras quitarles el pañal. Incluso pueden tener capacidad para sentir orgasmos, que pueden inquietar a la persona cuidadora si no los identifica como tal (puede confundirlo por ejemplo, con un ataque epiléptico).

3. La sexualidad de los dos a los seis años

A esta edad la curiosidad sobre temas sexuales se manifiesta continuamente: preguntas acerca de las diferencias anatómicas entre los sexos (entre niñas y niños y entre éstos y las personas adultas), acerca de las diferencias de roles y estereotipos de unos y otras, sobre el origen,... Es importante que también vean en su pediatra una persona dispuesta a resolver sus dudas y curiosidades, puesto que si se establece una relación de confianza para hablar de estos aspectos, estamos abriendo puertas para seguir hablando sobre cuestiones que aparecerán en la adolescencia, muchas de ellas relacionadas con conductas eróticas de riesgo (anticoncepción,...).

En este momento del proceso vital el aprendizaje se va a dar en gran medida a través de los Modelos de Imitación e Identificación de que disponga. Estos van a contribuir en la construcción temprana de su Identidad Sexual y en la asimilación del Rol que se espera de su sexo. Por eso, cuanto mayor sea la diversidad de esos modelos sexuales (esas maneras de ser hombre y mujer), mayores posibilidades tendrá de construirse sin cortapisas arbitrarias por ser de uno u otro sexo.

La exploración de su propio cuerpo y de sus genitales les proporciona vivencias y sensaciones placenteras que tenderán a repetir. Sin embargo estas conductas masturbatorias serán vividas de manera diferente según la reacción de las personas adultas ante ellas (por ejemplo, sentimiento de culpa). Una pauta clara debería ser que aprendieran a realizarlas en espacios íntimos y en el momento adecuado (no delante de otras personas a las que pueda molestar e incluso escandalizar, o en momentos en los que hay que realizar otra actividad).

4. La sexualidad de los seis a los once años

Durante este período el crecimiento biofisiológico³ es normalmente lento, especialmente hasta los nueve o diez años. Los órganos genitales externos de chicos y de chicas, a pesar de ser de tamaño más reducido que los de las personas adultas, pueden dar las mismas respuestas fisiológicas placenteras que en la madurez, excepto la eyaculación en el caso de los chicos. A estas edades los chavales y chavalas se hacen muchas preguntas, tienen curiosidades, psicológicamente están muy activos y activas, pero van adquiriendo una moral que van interiorizando de manera que saben qué preguntar y a quién. ¿Qué tipo de actitud transmitimos a la madre o al padre preocupados por estas vivencias de sus criaturas? Debemos infundirles seguridad, animándoles a seguir dejando las puertas abiertas para que su hija o su hijo pueda seguir preguntando o pueda hablar con naturalidad de sus propias dudas, vivencias, sentimientos,...

Al final de este período se inician los primeros signos de la pubertad, especialmente en las niñas. El problema fisiológico más significativo que puede plantearse en esta edad es la pubertad precoz. Debemos tener en cuenta que estas niñas y niños siguen siendo más jóvenes de lo que aparentan, por lo que se les debe tratar en relación con su verdadera edad cronológica y mental.

Desde el punto de vista psicológico, la figura corporal adquiere más significado a medida que se acercan al final de este periodo, coincidente con los primeros signos de la pubertad.

Otro aspecto muy importante es la toma de conciencia de la identidad sexual y el inicio de la relativización de los roles sexuales. Hasta los seis años han creído que depende de su voluntad, que puede cambiar con el tiempo y que está ligada a las características de los roles sexuales (indumentaria, profesión,...) más que a las fisiológicas (genitales entre otras). Ahora, entre los 6 y 9 años, reconocen su identidad sexual como permanente, saben que no depende de su voluntad, que depende de las características anatómicas y que no varía a pesar de los cambios superficiales propios del rol.

La dificultad mayor que podemos encontrar en este punto es la de una niña o un niño que manifiesta de forma estable y reiterada el deseo de pertenecer al otro sexo y adopta conductas y actitudes socialmente consideradas del otro sexo. Lo más indicado sería reforzar las manifestaciones que se relacionen con sus genitales (sin que éstas tengan que ser extremas), sin perseguir las contrarias e insistir en el respeto a la diversidad y la individualidad. Se debería seguir el proceso de esa criatura para, en su caso derivarlo al profesional adecuado.

En cuanto a los roles sexuales, en este periodo discriminan mejor el rol sexual asignado. Comienzan a relativizar su consistencia a través de los modelos de observación en su entorno, pues pueden comprobar que son arbitrarios. Pueden comprender que discriminan a las mujeres, pero su observación reiterada en su entorno puede hacer que, sobretudo los varones, no quieran perder las ventajas de su rol sexual (como no responsabilizarse de las tareas domésticas que le corresponderían,...)

En esta etapa, entre los cambios psicosociales que se producen, está la interiorización de elementos esenciales de la moral sexual adulta (normas sociales y morales) a través de premios o castigos, comentarios y gestos a su conducta por parte de las personas adultas (muchas veces motivada por su interés por las cuestiones sexuales).

A la vez que se da cierta independencia de la familia, aceptan los criterios de las personas adultas, incluido el de la o el pediatra, sin verdadera oposición (en contraposición a lo que sucederá en la adolescencia, momento en que se cuestionará todo lo proveniente de la autoridad adulta).

En cuanto a las conductas eróticas, es habitual que participen en juegos compartidos con contenido sexual con otros niños y niñas de la edad y que tengan conductas eróticas. La mayor parte de las manifestaciones eróticas prepuberales son el resultado de la curiosidad y de la imitación a las personas adultas, pero también son frecuentes las conductas relacionadas con la búsqueda del placer erótico, como la masturbación. Como hemos dicho anteriormente, esta conducta puede darse en cualquier etapa de la vida, aunque es a partir de este momento cuando comienza a realizarse de manera consciente. Dependiendo de la flexibilidad o rigidez de las normas morales de su entorno, estos juegos y conductas serán vividos de una manera positiva o culpabilizadora. El pediatra como educador sexual tiene que tener en cuenta que el dar información sobre cualquier aspecto de la sexualidad no contribuye a aumentar las conductas eróticas infantiles. Normalmente las criaturas autorregulan sus conductas eróticas sin necesidad de intervención.

De once a catorce años. Pubertad y Adolescencia

La pubertad comienza con los primeros cambios fisiológicos, alrededor de los diez años y medio en las chicas y los once y medio en los chicos. Un problema que se puede presentar es el de la pubertad tardía, cuando los primeros cambios puberales no comienzan hasta los 13 años en el caso de las chicas y los 14 en el caso de los chicos.

Estos cambios duran unos tres o cuatro años e implican un período de cambios profundos a otros niveles, como el mental, afectivo y social. Es una etapa de transición en la que los cambios señalados ocurren con mucha rapidez, por lo que es un período de crisis que exige readaptaciones continuas. Las personas se hacen más autónomas de la familia, de la escuela, de la moral e ideología de sus padres: estamos ante personas con capacidades adultas sin la experiencia adulta.

Los cambios biofisiológicos a diferentes niveles (hormonal, cerebral, somático y genital) implican cambios en otros aspectos, que vamos a ir viendo.

Nos encontramos ante una nueva figura corporal que el chico y la chica tiene que ir admitiendo. Hoy en día nos encontramos con un modelo social de belleza muy rígido, por lo que quien no se ajuste a él tendrá mayores dificultades en aceptar y querer ese nuevo cuerpo, pudiendo contribuir a la aparición de síntomas relacionados con algún trastorno de la alimentación.

Con la menarquia y las primeras poluciones nocturnas comienza la capacidad reproductiva. Es importante que tanto la familia como el personal sanitario den información a ambos sexos de lo que suponen los cambios puberales, fisiológicos y mentales.

A la joven se le explicará lo que es la menstruación y lo que implica (higiene personal, ciclo menstrual y cambios corporales, capacidad reproductiva,...). Es habitual, sin embargo, que al chico se le prive de esta información, que por lo general la obtendrá de sus iguales (que por otra parte están tan llenos de dudas como él). Creo que es necesario que tanto uno como otra reciban información clara de estos procesos, no restringiéndola a lo reproductivo o a valoraciones negativas (suciedad, dolor,...), sino haciendo referencia también a lo placentero, a lo gratificante.

En esta etapa también comienzan los primeros sentimientos eróticos de deseo, atracción y enamoramiento hacia uno u otro sexo. Dado que la moral sexual de nuestra cultura está regida por la Heterosexualidad, las personas que sientan deseos homoeróticos pueden sentirse rechazadas. El hecho de que en la consulta se haga referencia a esta diversidad en la orientación del deseo puede ayudar a muchos y muchas jóvenes a no sentirse únicos.

El aumento de la excitabilidad sexual trae como consecuencia el incremento de conductas e intereses eróticos, por lo que se hace habitual la actividad masturbatoria (que en muchos casos se habría iniciado con anterioridad). Aun hoy, a pesar de la información –en muchos casos incompleta o falsa– que sobre erótica pueden manejar las personas adolescentes, hay una abierta ignorancia sobre la respuesta fisiológica del orgasmo, sobre todo femenino.

Tampoco son inusuales las conductas eróticas compartidas entre iguales del mismo sexo, lo que no significa necesariamente una orientación del deseo homoerótica, sino simple experimentación.

En cuanto a las relaciones coitales, aun siendo poco frecuentes en esta edad, en los últimos tiempos se está dando una reducción en la edad de inicio de estas relaciones. Según la encuesta de salud y hábitos sexuales realizada por el I.N.E., está aumentando el porcentaje de adolescentes que tienen su primera relación coital antes de los 16 años.⁴ Respecto a la interrupción voluntaria del embarazo, dentro del colectivo de adolescentes la tasa llegaba al 8,29 por 1.000.⁵

Dado que en la adolescencia las relaciones de pareja son de corta duración y frecuentemente seriadas; y las relaciones eróticas irregulares y no previstas, debemos mostrar una actitud abierta a hablar de anticoncepción con quien pueda necesitarlo, antes de que puedan recurrir a la anticoncepción de urgencia, a un embarazo no deseado o a su interrupción voluntaria. No debemos pronunciarnos sobre la edad a la que se pueden o se deben mantener relaciones coitales, sino poner el acento en las condiciones en que deben darse.

A este respecto, debemos decir que no hay un método anticonceptivo ideal y que su elección debe ser una opción libre e individual de cada adolescente. Los requisitos para la utilización de un método en esta etapa deben ser los siguientes: tener en cuenta la maduración biológica y psicológica, no interfiriendo en el desarrollo y crecimiento; debe ser reversible (salvo casos excepcionales); debe ser adecuado a su actividad coital y de fácil utilización.⁶

Podemos hacer la siguiente clasificación de los métodos anticonceptivos en la adolescencia:

- Recomendables: preservativo, anticonceptivos hormonales orales y los hormonales en forma de anillo vaginal y parches.
- Aceptables: diafragma, esponjas, espermicidas y anticonceptivos hormonales inyectables.
- Poco aceptables: DIU y la anticoncepción quirúrgica.
- De emergencia: intercepción postcoital.

Creo que en lo que se refiere al asesoramiento sexual en materia anticonceptiva es indispensable hablar de una erótica no centrada en el coito, de conductas eróticas aconceptivas e igualmente (o más) satisfactorias, y dar este tipo de información tanto a chicas como a chicos.

Dado el vacío en la atención médica de las personas adolescentes, creemos conveniente la creación de consultas específicas para este sector de población, con el fin de facilitar su acceso a los servicios de salud y se respete su confidencialidad.

D. Una atención global a la sexualidad, también desde la Pediatría

Según el documento elaborado por profesionales de la sexología que trabajamos con la infancia y la juventud, consideramos que la Atención a la Sexualidad de la Juventud debe contemplar, entre otros puntos:⁷

El reconocimiento de que adolescentes tienen capacidades, sentimientos, deseos y conductas sexuales, así como opiniones y aportaciones que realizar.

La creación de espacios y servicios de atención a la sexualidad adecuados a los criterios de disponibilidad y accesibilidad de la juventud que posibiliten la explicitación abierta de su sexualidad.

La necesidad de redefinir el concepto de Sexualidad desde una visión globalizada, positivadora... que aportaría una ampliación de la idea de sexualidad, más allá de la genitalidad y el coito.

La necesidad de que las intervenciones consideren la heterogeneidad y la gran diversidad del colectivo joven, y actúen sobre las desigualdades y desventajas existentes en el mismo.

La conveniencia de enfocar las intervenciones en el ámbito de la Sexualidad para que aprendan a conocerse, a aceptarse y a expresar su erótica como fórmula de desarrollo de las capacidades personales y como camino hacia el desarrollo gratificante e integrado de la sexualidad.

Sabemos que se trata de un reto, pero más factible cuanto mayor sea la implicación de los diversos agentes socializadores y sanitarios que trabajamos con niñas, niños y jóvenes.

BIBLIOGRAFIA

¹ De la Cruz, Carlos. Situaciones embarazosas. Claves para situarse y prevenir embarazos no deseados. En CJE. Madrid: 2002

² De la Cruz, Carlos y Diezma, Juan Carlos. ¿Hablamos de sexualidad con nuestros hijos? En CEAPA. Madrid: 2002

³ López Sánchez, Félix. Programa Harimaguada. Guía Didáctica del Profesorado. En: Carpetas de Educación afectivo-sexual en la etapa primaria. Canarias: 1994

⁴ Cifras INE. Salud y hábitos sexuales. En: Boletín Informativo del Instituto Nacional de Estadística. Madrid: 2004; 4

⁵ Estudio sobre salud reproductiva realizado por el Servicio de Ginecología del Hospital Santiago de Vitoria-Gasteiz (julio 2004).

⁶ Benítez Rubio MR, Medranda de Lázaro MI y Pizarro Hernández C. Anticoncepción en la adolescencia. En: Revista Pediatría de Atención Primaria. Madrid: 2003; 5 89-114

⁷ Asexoría de Sexualidad para Jóvenes. Recomendaciones para la elaboración de un Plan Global de Atención a la Sexualidad de las Personas Jóvenes. Gazteen Sexualitateari arreta emateko Plan Global bat lantzeko Gomendioak. Ayuntamiento de Vitoria-Gasteiz. Servicio de Juventud. Vitoria-Gasteiz: 2003

OTROS

Amezúa, Efigenio. Sexología: cuestiones de fondo y forma. La otra cara del sexo. En Revista española de Sexología. Madrid: 1991

Amezúa, Efigenio. Teoría de los sexos. En Revista española de Sexología. Madrid: 1999

Amezúa, Efigenio. El ars amandi de los sexos. En Revista española de Sexología. Madrid: 2000

De la Cruz, Carlos e InCiSex. Guía para trabajar en el tiempo libre la diversidad de orientación sexual. En CJE. Madrid: 2000

Haffner, Debra W. De los pañales a la primera cita. La educación sexual de 0 a 12 años. En Ed. Alfaguara. Madrid: 2001