

# *Educación de la sexualidad y prevención del abuso sexual infantil*



Con más educación sembramos la semilla de un México seguro para ti y tu familia



Vivir Mejor

GOBIERNO FEDERAL  
SEP EN EL DF

GOBIERNO  
FEDERAL

SEP



***Educación de la  
sexualidad y  
prevención del  
abuso sexual  
infantil***

Secretaría de Educación Pública  
Dr. José Ángel Córdova Villalobos

Administración Federal de Servicios Educativos en el Distrito Federal  
Dr. Luis Ignacio Sánchez Gómez

Dirección General de Servicios Educativos Iztapalapa  
Mtra. María Isaura Prieto López

Título “Educación de la sexualidad y prevención del abuso sexual infantil”

Derechos reservados ©2011

DGSEI

Coordinadoras  
Mtra. Irene Torices Rodarte  
Lic. Guadalupe Avila García

Colaboradoras (es)  
Edgar Cesar Báez Lara  
Ana Virginia Díaz Mundo  
Rosa Alba Espinoza Moreno  
Alberto Jiménez Ramos  
María Elena Moreno Castellanos  
Liliana Villafranca Fanyten

ISBN: 978-607-717-000-6

Queda prohibida la reproducción total o parcial del contenido de la presente obra en cualquier forma, conocida o por conocerse, sin consentimiento previo y por escrito de los titulares del Copyright.

# ÍNDICE

<b>PRÓLOGO .....</b>	<b>I</b>
<b>PRESENTACIÓN .....</b>	<b>II</b>
<b>I CONCEPTOS BÁSICOS PARA LA EDUCACIÓN DE LA SEXUALIDAD Y LA PREVENCIÓN DEL ABUSO SEXUAL INFANTIL .....</b>	<b>1</b>
INTRODUCCIÓN .....	1
CONCEPTOS BÁSICOS DE SEXOLOGÍA .....	2
<i>Sexología</i> .....	2
<i>Sexo</i> .....	5
<i>Sexo de asignación</i> .....	8
<i>Género</i> .....	8
<i>Rol sexo - genérico</i> .....	9
<i>Identidad de género</i> .....	9
<i>Preferencia sexual</i> .....	10
<i>Orientación sexual</i> .....	11
<i>Identidad sexual</i> .....	11
<i>Erotismo</i> .....	11
<i>Vínculo afectivo</i> .....	11
<i>Actividad sexual</i> .....	12
<i>Prácticas sexuales</i> .....	12
<i>Relaciones sexuales sin riesgo</i> .....	12
<i>Expresiones comportamentales de la sexualidad</i> .....	12
<i>Comportamientos sexuales responsables</i> .....	12
<i>Sexualidad</i> .....	13
<i>Educación de la sexualidad</i> .....	14
<i>Salud sexual</i> .....	18
CONCEPTOS BÁSICOS PARA LA IDENTIFICACIÓN Y PREVENCIÓN DE LA VIOLENCIA Y ABUSO SEXUAL INFANTIL .....	21
<i>Derechos sexuales</i> .....	21
<i>Violencia sexual</i> .....	28
<i>Abuso sexual y violación a menores</i> .....	30
<i>Circunstancialidad del abuso sexual</i> .....	31
<i>Marco legal</i> .....	35
<i>Atención al maltrato y abuso sexual en el contexto escolar</i> .....	42
BIBLIOGRAFÍA .....	44
<b>II ANATOMÍA HIGIENE Y RESPUESTA SEXUAL INFANTIL .....</b>	<b>47</b>
INTRODUCCIÓN .....	47
DESARROLLO PRENATAL DE LAS GÓNADAS: TESTÍCULO Y OVARIOS .....	47
ÓRGANOS SEXUALES PÉLVICOS DE LA NIÑA.....	49
<i>Órganos sexuales externos</i> .....	49
<i>Órganos sexuales internos</i> .....	53
ÓRGANOS SEXUALES PÉLVICOS DEL NIÑO .....	58
<i>Órganos sexuales pélvicos externos</i> .....	58
<i>Órganos sexuales pélvicos internos</i> .....	61

<i>Lesiones Físicas de los Órganos Sexuales en la Infancia.</i> .....	67
HIGIENE SEXUAL INFANTIL.....	67
<i>Higiene sexual de la niña</i> .....	68
<i>Higiene sexual del niño</i> .....	70
RESPUESTA SEXUAL INFANTIL.....	71
FASES DE LA RESPUESTA SEXUAL HUMANA .....	72
<i>Respuesta sexual en las niñas</i> .....	73
<i>Respuesta sexual en los niños</i> .....	77
BIBLIOGRAFÍA .....	81
<b>III DESARROLLO DE LA SEXUALIDAD EN LA INFANCIA, LA PUBERTAD Y LA ADOLESCENCIA .....</b>	<b>83</b>
INTRODUCCIÓN .....	83
ESTUDIOS DEL DESARROLLO Y DE LA SEXUALIDAD INFANTIL .....	83
¿QUÉ ENTENDEMOS POR INFANCIA? .....	86
DESARROLLO PSICOSOCIAL DE LA SEXUALIDAD INFANTIL .....	87
<i>Desarrollo psico social de la sexualidad del lactante</i> .....	88
<i>Desarrollo psicosocial de la sexualidad en la primera infancia</i> .....	93
<i>Desarrollo psicosocial de la sexualidad en la segunda infancia</i> .....	103
DESARROLLO PSICOSOCIAL DE LA SEXUALIDAD EN LA PUBERTAD.....	113
DESARROLLO PSICOSOCIAL DE LA SEXUALIDAD EN LA ADOLESCENCIA.....	115
EDUCACIÓN DE LA SEXUALIDAD EN LA INFANCIA, PUBERTAD Y ADOLESCENCIA.....	120
FUNCIONES GENERALES DE LA ESCUELA Y LA FAMILIA EN EL DESARROLLO DE LA SEXUALIDAD.....	121
<i>Para una infancia, pubertad y adolescencia sexualmente saludable</i> .....	125
<i>Prevención del abuso sexual en la infancia y adolescencia</i> .....	126
<i>Medidas que ayudan a prevenir el abuso sexual</i> .....	127
<i>Identificación del abuso sexual infantil</i> .....	127
<i>Consecuencias inmediatas y mediatas del abuso sexual</i> .....	130
BIBLIOGRAFÍA .....	135
<b>IV SEXUALIDAD EN LA DISCAPACIDAD INFANTIL Y ADOLESCENTE .....</b>	<b>141</b>
<i>Introducción</i> .....	141
<i>Atención a la sexualidad de las personas con discapacidad: ¿opción u obligación?</i> .....	141
<i>¿Quiénes son personas con discapacidad?</i> .....	149
<i>Bases para la orientación, educación y consejería en sexualidad a menores con discapacidad</i> .....	152
<i>La atención a la sexualidad de infantes y adolescentes con discapacidad</i> .....	159
<i>Educación de la sexualidad en la discapacidad</i> .....	165
<i>La educación de la sexualidad y la educación especial: una perspectiva para el aprendizaje...</i> .....	171
BIBLIOGRAFÍA .....	178
<b>V DIRECTORIO DE INSTITUCIONES QUE ATIENDEN CASOS DE VIOLENCIA SEXUAL Y ABUSO SEXUAL INFANTIL .....</b>	<b>181</b>

## Prólogo

La educación de la sexualidad y la prevención del abuso sexual infantil, abordan elementos *core* de la sexualidad: los afectos, sentimientos y la lucha contra la violencia. Dos elementos teóricos claves para destruir el patriarcado y debilitar las relaciones de poder opresoras hasta lograr vencerlas.

En la historia de la educación de la sexualidad siempre han predominado las mujeres comprometidas políticamente, con una ética insuperable y una entrega absoluta para promover cambios en el aprendizaje de la sexualidad que permitan a las personas alcanzar la libertad y la felicidad.

La estructura de la obra es encomiable por el gran esfuerzo que han realizado para organizar la información. Su lectura facilitará a profesionales, madres y padres la comprensión del significado de la sexualidad humana, su relación con los sentimientos y las vivencias en el marco de la libertad y la responsabilidad. La vinculación con los derechos humanos completa las ideas sociales y culturales que implica el tema.

La capacidad para elegir libremente la forma de desarrollar nuestros deseos, pasiones e ilusiones. Se encuentra fragmentada en cuatro parámetros: legal, cultural y social y político.

La prevención del abuso sexual es abordada de manera clara y precisa dejando claro que el *abuso sexual* no es una expresión de la sexualidad sino el ejercicio ilegítimo de poder contra la voluntad de otra persona con la intención explícita de hacerle daño utilizando como vehículo la actividad sexual.

La sexualidad en las personas con discapacidades diversas se aborda para visibilizar a un colectivo sobre el que el patriarcado ha construido un conjunto de estereotipos que esta obra analiza críticamente.

El corazón tiene tres puertas, *secretos del corazón*: la puerta de los amigos. La puerta de los amigos es la alegría. Por ello, escribir este prólogo ha resultado una tarea grata pero compleja. Es difícil resaltar las cualidades profesionales y personales de las compiladoras y de quien dignamente dirige la institución de la que forman parte. Les garantizo que aprenderemos todas y todos de su lectura.

La puerta para *vivirse y soñar* y la *puerta de la vida*: ¡abre la puerta al bien de amar!

**Doctor Fernando Barragán Medero**

**San Cristóbal de La Laguna 18 de mayo de 2011  
Universidad de La Laguna**



## Presentación

Una pregunta que de manera frecuente realizan las madres, los padres, las profesoras, los profesores, y personal encargado de la educación y atención de las niñas y los niños cuando se trabajan temas relacionados con la educación de la sexualidad es *¿cuándo iniciar esta educación?*

Desde el nacimiento a partir del afecto, el aprecio y la atención a las necesidades que se proporciona a un niño o niña inicia la educación de la sexualidad, ya que desde ese momento se reconoce a la persona como un ser importante, merecedor de ser amado, respetado y atendido. Sin embargo se cree que la educación de la sexualidad se debe proporcionar en edades posteriores poco antes o cuando se desarrollan las características sexuales secundarias ya que pareciera que esta educación solo es sinónimo de salud reproductiva, olvidando las partes afectiva y de convivencia.

De manera informal, y sin percatarse de esto, se va educando al decir qué “pueden hacer” o qué “no pueden hacer” las niñas y los niños, cómo manifestar sus sentimientos, cómo comportarse, vestirse o a qué y con qué jugar. Todo esto se refuerza con las conductas, los mensajes y las actitudes de los adultos cercanos, como padres y docentes, amigas, amigos, con los que convive de manera cotidiana y los medios de información; ante la diversidad de situaciones relacionadas con la sexualidad, en las que se incluye la violencia.

El estudio del desarrollo de la sexualidad de las niñas y los niños es algo que ha quedado en puntos suspensivos, pareciera que es un tema privado, que esto sólo le toca a la familia y que los niños son asexuados, a pesar de que existen una gran cantidad de inquietudes y preguntas por parte de madres, padres, docentes y cuidadores, resultado de las conductas sexuales que las niñas y los niños presentan tanto en la casa como en el contexto escolar y en otros lugares de convivencia como clubs deportivos o de actividades recreativas, y solo se les considera cuando, según los adultos, son “inapropiadas”, “precoces”, o “abusivas” o se sospecha de que han sido víctimas de abuso sexual.

**Tomando como base lo anterior el presente trabajo aborda temas que son considerados primordiales para fortalecer las competencias profesionales de los actores educativos que trabajan en centros escolares con niñas, niños y adolescentes, siendo un buen referente para madres, padres y personas interesadas en garantizar un sano desarrollo de la sexualidad infantil y adolescente.**

En el capítulo *Conceptos Básicos para la Educación de la Sexualidad y la Prevención del Abuso Sexual Infantil* se presenta un marco teórico básico de referencia, donde se incluye como prioridad, impartir una educación de la sexualidad



fundamentada en los Derechos Sexuales y se especifican los tipos de violencia existentes desde el marco normativo de la Organización Mundial de la Salud, estableciendo una diferenciación con la tipificación de los delitos sexuales comprendidos en el Código Penal para el Distrito Federal.

Los capítulos *Anatomía, Higiene y Respuesta Sexual Infantil y Desarrollo de la Sexualidad en la Infancia, la Pubertad y Adolescencia* revisan cómo es que influyen los aspectos biológicos y psicosociales en el desarrollo integral de la sexualidad en la infancia para contribuir a la formación de individuos además de sexualmente plenos, responsables y se ofrecen elementos para la intervención inmediata, así como estrategias de prevención del abuso sexual.

Mientras que en el capítulo *Sexualidad en la Discapacidad Infantil y Adolescente*, se reconocen los factores que favorecen e interfieren en el desarrollo sexual de las personas con discapacidad.

Esperamos que el presente material sea de utilidad en la planeación y orientación de la Educación de la Sexualidad de niñas, niños y adolescentes, tomando en cuenta que esta es una responsabilidad y compromiso compartido entre padres, madres, docentes y sociedad.

***Irene Torices Rodarte y Guadalupe Ávila García***

# I Conceptos básicos para la educación de la sexualidad y la prevención del abuso sexual infantil

**Irene Torices Rodarte**  
**Guadalupe Ávila García**

## **Introducción**

Quizás por su proximidad al mundo de lo cotidiano, la sexología ha carecido de una tradición terminológica profesional bien asentada. No hay que olvidar que en la sexología, empleamos como referencia los comportamientos sexuales y el lenguaje propio de la vida diaria de los seres humanos.

Los primeros sexólogos no tenían teorías propias por lo que la disciplina tomó prestada de otras ciencias no solo teorías sino también los conceptos asociados a ellas. En el pasado más reciente, se han producido numerosos intentos por asentar no solo las bases filosóficas de la disciplina sino también un esfuerzo por establecer un lenguaje específico común y claro, caracterizado por continuos tropiezos que empiezan a resolverse.

El ejemplo más notorio y reciente de esta solución son las Actas de la Reunión de la consulta convocada por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Organización Mundial de la Salud (OMS), en colaboración con la Asociación Mundial de Sexología (WAS); reunión celebrada en Antigua, Guatemala del 19 al 22 de mayo del 2000 de la que surge el programa para la *“Promoción de la Salud Sexual: Recomendaciones para la Acción”* en el que se señala expresamente *la necesidad imprescindible de contar con definiciones elaboradas por consenso de los principales conceptos utilizados en los ámbitos de sexualidad humana y salud sexual* (OPS/OMS, 2000, p.5). Agregando que es evidente que las definiciones de los conceptos clave son fundamentales para lograr mayor eficacia en la comunicación, divulgación de la información y formulación de medidas y programas especiales destinados a la promoción de la salud sexual.

Por todo ello, el objetivo de este documento es definir los conceptos básicos relativos a la sexualidad para alcanzar un entendimiento mutuo y una homogeneidad en la terminología empleada en la sexología haciendo más eficiente la comunicación entre actores de diversas disciplinas para la identificación de necesidades de intervención sexológica en las comunidades escolares, la educación de la sexualidad, la prevención y la atención del abuso sexual infantil.

## **Conceptos básicos de sexología**

A través de la práctica en el área de la Sexología, al iniciar un nuevo curso se solicita a los asistentes que expliquen el significado que la palabra sexo tiene para ellos teniendo una gran variedad de respuestas como: “hacer el amor”, “tener relaciones”, “tener órganos sexuales”, “crecer como hombre o como mujer”, “parte del desarrollo en la pubertad”, “las características sexuales secundarias”, “reproducirse”, y otras más. Si cada uno de nosotros realizáramos la misma pregunta a las personas que nos rodean tendríamos igual número de respuestas, tal vez parecidas pero cada una con su percepción personal.

Hagedorn (1997, p. 5) dijo que *las palabras son importantes, pues son las herramientas para la comunicación académica y científica. Asimismo, que la precisión del lenguaje es necesaria, y que es esencial para una profesión emplear un vocabulario de común acuerdo.*

El estudio de la sexualidad, y más concretamente la Sexología, implica la necesidad de conceptos básicos que sirvan como marco teórico: es necesario que estos conceptos permitan mantener unidad y coherencia en el desarrollo de la disciplina; sin que esto implique que sean absolutas o inmodificables.

## **Sexología**

La Sexología es la disciplina que abarca el estudio científico de todos los aspectos de la sexualidad; contiene un vasto acervo de conocimientos médicos, sociales y conductuales referentes a esta, por lo que participan un gran número de especialidades médicas como la ginecología, urología, genética, endocrinología, neurología, rehabilitación y salud pública, entre otras.

También participan disciplinas como: psicología, pedagogía, sociología, antropología, comunicación, historia, ética, derecho, trabajo social, etcétera.

Sin embargo, aún cuando la educación básica en sexualidad debería ser parte del programa de formación de los especialistas de todas estas disciplinas, la realidad es que está ausente este contenido en la curricula, por lo que se hace indispensable desarrollar programas de formación profesional en el campo de la sexología a través de los cuales además del campo original de capacitación, los profesionales cuenten con suficientes conocimientos y destrezas para que sean capaces de desempeñar las tareas relacionadas con su campo de subespecialidad.

Hasta ahora, la experiencia en diferentes países ha conducido al reconocimiento de las siguientes áreas de sub especialización de los profesionales de la sexología (OPS/OMS, 2000, p.45-47):

- Educación sobre sexualidad.
- Sexología clínica (incluye medicina sexual, cirugía sexual, consejería sexual y psicoterapia sexual).
- Investigación en sexología.

Un área de la sexología se especializa en *educación sobre la sexualidad*. La educación integral de la sexualidad compete a muchas personas entre ellas a los padres, maestros, dirigentes comunitarios, profesionales de los medios de comunicación de masas y líderes religiosos, entre otros. Sin embargo, existe la necesidad de contar con profesionales que se especialicen en el diseño, ejecución y evaluación de programas y curriculares específicos a través de los cuales pueda apoyarse el resto de los educadores no especializados.

La educación integral de la sexualidad incluye educación sexual para lograr la salud sexual, llamada también educación en salud sexual. La capacitación de los profesionales de educación sobre sexualidad debería incluir, como mínimo, las siguientes áreas de experiencia y conocimientos técnicos:

- Conocimiento de la sexualidad humana.
- Conocimiento amplio del campo de la educación (lo que incluye destrezas pedagógicas para diseñar, ejecutar y evaluar programas educativos en sexualidad humana), particularmente desde una perspectiva participativa.
- Conciencia de las actitudes personales hacia la propia sexualidad y la de otros (lo que debería incluir una actitud respetuosa hacia las personas con diferentes orientaciones sexuales y prácticas sexuales).
- Destrezas básicas para identificar, y de ser necesario, referir a la persona al profesional adecuado que pueda tratar problemas de salud sexual.

La *sexología clínica* es el área de la sexología que se especializa en la prevención y atención de conflictos que atañen a las disfunciones sexuales, síndromes de identidad de género, comportamiento sexual “compulsivo” y síndromes que ocurren después de una agresión sexual.

Otros tipos de problemas sexuales han sido abordados por otras disciplinas debido a las destrezas específicas requeridas para su solución: ginecología, andrología y urología en el caso de síndromes reproductivos y la infectología en el caso de infecciones de transmisión sexual.

Sin embargo, sigue siendo aconsejable que los profesionales de estas disciplinas reciban capacitación en los aspectos básicos de la salud sexual, ya que –como se ha mencionado- su formación original a menudo carece de un enfoque integral de la sexualidad humana y de la salud sexual.

Cada una de las áreas de la sexología clínica utiliza diferentes modalidades terapéuticas que requieren capacitación especializada para aplicarlas, pero es deseable que los profesionales que abordan estos problemas tengan en común un conocimiento básico en salud sexual que, lamentablemente, sigue siendo fragmentario. Dependiendo del enfoque terapéutico utilizado, un sexólogo clínico puede clasificar su trabajo en las siguientes áreas: medicina sexual, cirugía sexual, consejería sexual y psicoterapia sexual.

La capacitación de los profesionales de sexología clínica debería tener como mínimo las siguientes áreas de experiencia y conocimientos técnicos:

- Conocimiento de la sexualidad humana.
- Conocimiento amplio de las inquietudes y problemas de la salud sexual.
- Conocimiento de los programas locales de educación sexual y habilidad para referir a las personas, si fuese el caso, para que reciban intervención educativa.
- Conocimiento de las actitudes personales hacia la propia sexualidad y la de otros (lo que debería incluir una actitud respetuosa hacia las personas con diferentes orientaciones sexuales y prácticas sexuales).
- Destrezas para identificar y diagnosticar etiológicamente problemas de salud sexual comprendidos en el área de la sexología clínica; es decir, disfunciones sexuales, género (síndromes de identidad de género), comportamientos sexuales “compulsivos” y síndromes que aparecen después de que una persona ha sido víctima de un delito sexual.
- Destrezas para identificar, y de ser necesario, referir a la persona al profesional adecuado; así como problemas de salud sexual que pudieran surgir en otras áreas tales como síndromes reproductivos y de infecciones de transmisión sexual
- Destrezas para aplicar estrategias de tratamiento en sus áreas de especialización: medicina sexual, cirugía sexual, consejería sexual y psicoterapia sexual, así como la capacidad para referir a los pacientes al especialista apropiado, quien indicará el tratamiento cuando el diagnóstico etiológico indique la necesidad de un tratamiento diferente del que este profesional puede prescribir.

Por otro lado, la *investigación en sexología* es el campo del conocimiento, que se especializa en la recopilación de información para crear nuevos conocimientos sobre la sexualidad humana. Utiliza metodologías apropiadas a la disciplina y ámbitos de estudio. Para poder realizar mejor sus tareas específicas en la actividad de investigación, los profesionales que trabajan en investigación especializada en sexología deberían tener una base amplia de conocimientos y haber recibido capacitación en sexualidad humana y salud sexual.

La formación de los profesionales de la investigación en sexología deberían tener al menos las siguientes áreas de experiencia y conocimientos técnicos:

- Conocimiento básico de la sexualidad humana.
- Conocimiento y destrezas amplios en metodologías de investigación, de acuerdo con su campo de especialización.
- Conocimiento de las actitudes personales hacia la sexualidad propia y la de otros (lo que debería incluir una actitud respetuosa hacia personas con diferente orientación sexual y prácticas sexuales).

- Conocimiento de actitudes personales hacia otras disciplinas de investigación (lo que debería incluir una actitud respetuosa que facilite la investigación interdisciplinaria).
- Destrezas básicas para identificar problemas de salud sexual y, de ser necesario, referir al paciente al profesional adecuado.
- Un compromiso para realizar investigación sólo de acuerdo a las normas éticas de más alto nivel, como se promueve a través de cursos y enseñanzas sobre ética de la investigación, particularmente las que atañen a la investigación en salud sexual.

Los siguientes conceptos corresponden a la consulta celebrada en Antigua Guatemala por la OPS, y hemos incluido otros, aquellos que aparecen en documentos nacionales y que permitirán una comprensión más clara del concepto en más de un caso.

## **Sexo**

*Se refiere al conjunto de características biológicas que definen al espectro de humanos como hembras y machos.*

El significado común del término “sexo” en el lenguaje coloquial comprende su uso como actividad (p.e., tener ‘sexo’) y como un conjunto de comportamientos (p.e., roles sexuales). Empero, en aras de la precisión conceptual, se acordó que en el marco de las discusiones y los documentos de índole técnica se limitaría el uso del término “sexo” al plano biológico (OPS/OMS, 2000, p.6).

Álvarez - Gayou (1990, p.1) define sexo como la *serie de características físicas, determinadas genéticamente que colocan a los individuos de una especie en un punto del continuo que tienen como extremos a los individuos reproductivamente complementarios.*

Desde el momento de la fecundación, las células sexuales (el óvulo y el espermatozoide) se unen determinando el sexo del nuevo ser. En la especie humana, el espermatozoide es el que determina el sexo y de ahí derivan las características sexuales primarias y secundarias de las personas, los órganos sexuales femeninos y masculinos, hasta llegar a su máximo desarrollo en la pubertad.

Durante este proceso pueden suceder alteraciones de las características sexuales primarias o secundarias que dan lugar a sujetos que se encuentren en algún punto del continuo y no necesariamente en los extremos reproductivamente complementarios.

Igualmente, a lo largo de la vida cada uno de nosotros se encuentra en un extremo del continuo o lejos de él. Por ejemplo, la niñez o las mujeres después de la menopausia no se sitúan en los extremos como se ejemplifica en el siguiente cuadro:

Alteraciones Genéticas			
	X0 Sx. Turner	Hermafroditismo verdadero	XXY Sx. Klinefelter
Extremo del Continuo	Continuo		Extremo del Continuo
Mujer con capacidad reproductiva	Mujer de 60 años	Niño de 6 años	Hombre con capacidad reproductiva
Edad			

El síndrome de Klinefelter es el resultado de un modelo cromosómico 47 XXY. Sus características son: hombres de estatura alta, brazos y piernas largas, poco desarrollo muscular, con ginecomastia, vello facial y corporal escaso, testículos pequeños, los niveles de testosterona son inferiores a los normales y hay esterilidad. Suele diagnosticarse en la adolescencia, cuando no se presentan las características de desarrollo sexual secundario. Este síndrome aparece en uno de cada 500 nacidos vivos (Kolodny, 1983, p. 88).

El síndrome de Turner es el resultado del modelo cromosómico 45 X0, las mujeres que presentan este síndrome son de corta estatura, carecen de desarrollo sexual secundario, presentan amenorrea, la vagina es poco profunda, el útero es pequeño y no hay ovarios, además se acompaña de otras alteraciones como enfermedad cardíaca, hipertensión o anomalías renales. Este síndrome aparece en una de cada 2500 nacidas vivas (Kolodny, 1983, p. 33). Las personas que presentan estos síndromes no se ubican en los extremos del continuo.

Álvarez-Gayou (en McCary, 1996, p. 392-393) refiere ocho dimensiones básicas del sexo:

1. Dimensión cromosómica: las células sexuales, óvulos y espermatozoides, contienen cromosomas que determinan el sexo en el momento de la concepción (X y Y), los cuales darán como resultado un individuo cromosómicamente femenino (XX) o masculino (XY).
2. Dimensión génica: contiene la información genética encargada de la herencia, se determina en el momento en que el espermatozoide y el óvulo comparten la información genética que se encuentra dentro de sus cromosomas; esta serie de instrucciones empiezan a regular el crecimiento y el desarrollo del nuevo ser.

3. Dimensión gonadal: de acuerdo a la información genética del cromosoma X o Y, se desarrollarán las gónadas; ovarios en la mujer, testículos en el hombre. Esta dimensión se determina en el momento en que la gónada indiferenciada se diferencia en: testículo, si el complejo cromosómico sexual es “XY” o en ovario si es “XX”.
4. Dimensión morfológica de órganos sexuales pélvicos internos: se determina en un producto con complejo cromosómico “XY”, en el momento en que se estimula el desarrollo de los conductos de Wolf, a partir de la presencia de la testosterona fetal y la proteína citosólica nuclear, la cual está determinada genéticamente; además, se inhibe el desarrollo de los conductos de Müller o paramesonéfricos por medio de la sustancia de Jost. En un producto “XX” al no haber testosterona y proteína citosólica nuclear, se estimula el desarrollo de los conductos de Müller.
5. Dimensión morfológica de órganos sexuales pélvicos externos: ésta se determina en un producto con complejo cromosómico “XY”, en el momento en que la testosterona fetal, por medio de la 5 alfa reductasa la transforma en dihidrotestosterona; esta última estimula el desarrollo del tubérculo genital, los pliegues labio escrotales y los pliegues urogenitales del pene y el escroto. En un producto con complejo cromosómico “XX”, al no existir andrógenos, se estimula el desarrollo del tubérculo genital, los pliegues labio escrotales y los pliegues urogenitales del clítoris, los labios mayores y los menores.
6. Dimensión cerebral: se determina durante el período crítico perinatal de sexualización neurofisiológica, en el cual, por un proceso complicado, el cerebro de un producto con complejo cromosómico “XX” se feminiza, y el producto con un complejo cromosómico “XY”, se masculiniza; existiendo por tanto diferencias entre cerebros de hombres y mujeres.
7. Dimensión hormonal: se determina durante el período crítico natal de sexualización neurofisiológica, en el cual el cerebro de un producto “XX” se feminiza y el de un producto “XY” se masculiniza
8. Dimensión de los caracteres sexuales secundarios: esta dimensión se determina cuando la producción hormonal empieza a incidir sobre nuestro cuerpo y lo transforma para que aparezcan los llamados caracteres sexuales secundarios. El funcionamiento en nuestro organismo del eje hipotálamo-hipófisis-gónadas, tanto en los hombres como en las mujeres, se encarga de la producción, desarrollo y maduración de las células sexuales.

Entonces, cuando empleamos la palabra sexo, nos referimos sólo a los aspectos biológicos de la sexualidad humana.



## **Sexo de asignación**

Los avances científicos en el área de diagnóstico y seguimiento del embarazo a través de estudios de laboratorio y gabinete, han permitido que pueda hacerse una presunción del sexo del producto antes del nacimiento, ésto ha generado controversia especialmente cuando las expectativas de la madre o el padre no son coincidentes con la gesta y determinan actitudes poco favorables en la consecución del embarazo y en la relación inicial con el recién nacido. Sin embargo, de manera tradicional:

*El sexo de asignación la hace el médico y/o familiares en el momento del nacimiento en función del aspecto de los órganos sexuales externos del recién nacido, y se traduce en una serie de actitudes y conductas por las personas que le rodean, condicionando a su vez, actitudes y conductas esperadas (Bustos, 1994, p. 269).*

## **Género**

Es la suma de valores, actitudes, papeles, prácticas o características culturales basadas en el sexo. El género, tal como ha existido de manera histórica, transculturalmente, y en las sociedades contemporáneas, refleja y perpetúa las relaciones particulares de poder entre el hombre y la mujer (OPS/OMS, 2000, p. 7).

La categoría de género ha sido de especial importancia y utilidad para poder comprender y analizar los comportamientos y aspectos que tradicionalmente han sido considerados únicos de las mujeres y los hombres; a partir de esto se ha formulado el cuestionamiento de que los comportamientos de mujeres y hombres más que tener una base natural e invariable, se deben a una construcción social que alude a aspectos personales y psicológicos asignados de manera diferenciada a unas y otros, por medio de los cuales las personas adquieren y desarrollan ciertos comportamientos característicos y atributos que definen la femineidad y la masculinidad; derivándose de esto los *roles de género*.

*El género es lo que una sociedad dada cree acerca de las funciones y actividades propias de hombres y mujeres y los comportamientos que resultan de estas creencias (OMS, 2009, p.51)*

Siendo un concepto social, las definiciones y percepciones varían según las culturas. El género define y diferencia las funciones, los derechos, las responsabilidades y las obligaciones de las mujeres y los hombres. Las diferencias biológicas innatas entre las mujeres y los hombres forman la base de las normas sociales que definen los comportamientos apropiados para las mujeres y los hombres en un determinado grupo (UN Millennium Project, 2005, p. 2).

Bustos (1994, p. 269) define género como: *La red de creencias, rasgos de personalidad, actitudes, sentimientos, valores, conductas, y actividades que*

diferencian a las mujeres y los hombres, como producto de un proceso histórico de construcción social. Esto último implica la transmisión y aprendizaje de normas que informan a la persona lo que es obligado y lo que es o no permitido.

### **Rol sexo - genérico**

*Es el comportamiento que los individuos adoptan por los requerimientos sociales en función de su sexo* (Álvarez-Gayou, 1986, p.2). Se establece desde pequeños y son diferentes para cada sexo: ropa, juguetes, juegos, trato, actitudes, gestos, lenguaje, empleo, etcétera; es producto del condicionamiento social y la educación. Se esperan ciertos comportamientos sociales apropiados para las personas que poseen un sexo específico, la estructura social es la que prescribe la serie de funciones de hombres y mujeres como “propias o naturales”; lo cual está establecido y normado y llega a heredarse por generaciones.

### **Identidad de género**

*La identidad de género define el grado en que cada persona se identifica como masculina o femenina o alguna combinación de ambos. Es el marco de referencia interno, construido a través del tiempo, que permite a los individuos organizar un auto concepto y a comportarse socialmente en relación a la percepción de su propio sexo y género.* La identidad de género determina la forma en que las personas experimentan su género y contribuye al sentido de identidad, singularidad y pertenencia (OPS/OMS, 2000, p. 7).

De acuerdo a Álvarez – Gayou (1990, p. 3) *Es la vivencia psíquica y emocional obtenida mediante el proceso de identificación, de pertenecer al género masculino o al femenino.*

Si un bebé a los cuatro meses se ve en un espejo o ve su fotografía no se reconoce, pues aún no desarrolla la imagen o identidad corporal propia. Algo semejante ocurre en cuanto a la posibilidad de reconocer la existencia de dos tipos de seres humanos: las niñas y los niños; por lo tanto, a esa edad no le es posible establecer el grupo al que pertenecen. Cuando reconocen la existencia de estos grupos y sienten y saben que pertenecen a uno de ellos, se dice que adquirieron ya identidad de género.

Dicho en otros términos, es la sensación personal e íntima que todos tenemos de ser mujeres u hombres.

Investigadores como John Money han estimado que esto sucede a partir de los 18 meses de edad, aunque esa identidad esté basada en aspectos concretos tales como la ropa y los juguetes. Sin embargo, otros autores dicen que es hasta los cuatro años cuando se establece un concepto de permanencia de la identidad de

género y algunos más postulan que no es sino hasta el final de la adolescencia (entre los 17 y 21 años) en que se constituye en forma definitiva.

### ***Preferencia sexual***

*Es el gusto o la preferencia para relacionarse afectiva y/o eróticamente con las personas, ésta puede ser heterosexual cuando la atracción es hacia personas del otro sexo, homosexual cuando la atracción es hacia personas del mismo sexo y bisexual cuando la atracción es hacia personas de uno y otro sexo indistintamente (Álvarez-Gayou, 1986, p.18).*

En nuestra cultura occidental de origen judeocristiana, la iglesia ha intentado suprimir la homosexualidad al considerarla pecaminosa y merecedora de castigo. En algunos países la legislación la juzga como delito, en México no es el caso. Sin embargo, la sociedad la reprime y algunos “profesionistas” la siguen etiquetado como enfermedad mental intentando su cura mediante métodos que atentan contra la dignidad humana; todo esto provoca la no aceptación de las personas con preferencias distintas a la heterosexual, infundiendo sentimientos de culpa y estigmatización. Sin embargo, la preferencia genérica es sólo una expresión de la forma de relacionarse con el otro a partir de la sexualidad.

Álvarez - Gayou plantea que la preferencia heterosexual, bisexual u homosexual no es inamovible y puede modificarse en el transcurso de la vida una o varias veces.

La preferencia sexual en hombres y mujeres no se distingue por aspectos o manierismos especiales, es importante establecer la diferencia entre homosexualidad y dos estados que suelen confundirse con ella: el travestismo y el transexualismo.

La persona travestista es la que obtiene placer, no sólo de tipo erótico sexual, usando ropa, accesorios, lenguaje y manierismos considerados como del otro género en una sociedad y momento determinados. Esta situación a veces se relaciona con homosexualidad; pero igualmente se presenta en individuos con preferencia heterosexual.

*El transexualismo es la discordancia entre el genotipo y fenotipo con la identidad de género, sin alteraciones genéticas u hormonales (Álvarez-Gayou, 1986, p.29) y no se relaciona con la homosexualidad.*

El término “Preferencia Sexual” ha sido incluido en nuestro país en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, en la Ley para Prevenir y Eliminar la Discriminación del Distrito Federal y en la Ley Federal para Prevenir y Eliminar la Discriminación.

## ***Orientación sexual***

El termino orientación sexual es el más frecuentemente utilizado en la literatura científica, particularmente en aquella procedente de publicaciones anglosajonas, aún cuando podemos considerar que su uso puede resultar “tendencioso” pues parte de la consideración de los seres humanos como heterosexuales en naturaleza. El mismo ha sido el concepto elegido por la Organización Panamericana de la Salud para la Promoción de la Salud Sexual.

*La orientación sexual es la organización específica del erotismo y/o el vínculo emocional de un individuo en relación al género de la pareja involucrada en la actividad sexual. La orientación sexual puede manifestarse en forma de comportamientos, pensamientos, fantasías o deseos sexuales, o en una combinación de estos elementos (OPS/OMS, 2000, p. 7).*

## ***Identidad sexual***

*La identidad sexual incluye la manera como la persona se identifica como hombre o mujer, o como una combinación de ambos, y la orientación sexual de la persona. Es el marco de referencia interno que se forma con el correr de los años, que permite a un individuo formular un concepto de sí mismo sobre la base de su sexo, género y orientación sexual y desenvolverse socialmente conforme a la percepción que tiene de sus capacidades sexuales (OPS/OMS, 2000, p. 7).*

## ***Erotismo***

*El erotismo es la capacidad humana de experimentar las respuestas subjetivas que evocan los fenómenos físicos percibidos como deseo sexual, excitación sexual y orgasmo y, que por lo general, se identifican con placer sexual. El erotismo se construye tanto a nivel individual como social con significados simbólicos y concretos que lo vinculan a otros aspectos del ser humano (OPS/OMS, 2000, p. 7).*

## ***Vínculo afectivo***

*La vinculación afectiva es la capacidad humana de establecer lazos con otros seres humanos que se construyen y mantienen mediante las emociones. El vínculo afectivo se establece tanto en el plano personal como en el de la sociedad mediante significados simbólicos y concretos que lo ligan a otros aspectos del ser humano. El amor representa una clase particularmente deseable de vínculo afectivo (OPS/OMS, 2000, p.7).*

## **Actividad sexual**

*La actividad sexual es una expresión conductual de la sexualidad personal donde el componente erótico de la sexualidad es el más evidente. La actividad sexual se caracteriza por los comportamientos que buscan el erotismo y es sinónimo de comportamiento sexual (OPS/OMS, 2000, p. 8).*

## **Prácticas sexuales**

*Las prácticas sexuales son patrones de actividad sexual presentados por individuos o comunidades con suficiente consistencia como para ser predecibles (OPS/OMS, 2000, p. 8).*

## **Relaciones sexuales sin riesgo**

*La expresión “relaciones sexuales sin riesgo” se emplea para especificar las prácticas y comportamientos sexuales que reducen el riesgo de contraer y transmitir infecciones de transmisión sexual, en particular el VIH (OPS/OMS, 2000, p. 8).*

## **Expresiones comportamentales de la sexualidad**

Álvarez-Gayou (1986, p.35) define estos como *todos los comportamientos de la sexualidad que integran el universo expresivo del ser humano, aún las que se manifiesten en forma no erótica.*

El juicio acerca de lo bueno y lo malo de un acto está fuera del área de competencia del profesional de la sexología cuyo deber consiste en la atención de consultantes y comunidades. Para esto es importante aclarar que en un comportamiento sexual, las personas pueden hacer lo que deseen siempre y cuando no dañe a la persona, a terceros y que los que participen se impliquen en un acto voluntario y con conocimiento de las consecuencias del mismo, desde el marco legal, moral y cívico.

## **Comportamientos sexuales responsables**

*El comportamiento sexual responsable se expresa en los planos personal, interpersonal y comunitario. Se caracteriza por autonomía, madurez, honestidad, respeto, consentimiento, protección, búsqueda de placer y bienestar. La persona que practica un comportamiento sexual responsable no pretende causar daño y se abstiene de la explotación, acoso, manipulación y discriminación. Una comunidad fomenta los comportamientos sexuales responsables al proporcionar la información, recursos y derechos que las personas necesitan para participar en dichas prácticas.*

## Sexualidad

Cuando se reúnen en uno solo los conceptos biológicos, psicológicos y sociales, surge el concepto de sexualidad. Cuando hablamos de sexualidad nos referimos a los aspectos biológicos, psicológicos y sociales del sexo, de tal manera que la sexualidad remite a la fecundación, genética, hormonas, coito y reproducción; también al aspecto psicológico, es decir, las sensaciones, percepciones y sentimientos; y al aspecto sociológico, como serían comportamientos, trabajo, ocupaciones, leyes, juegos, uso de ropas, manierismos, etcétera.

La sexualidad es un aspecto inherente al ser humano, para algunos es fuente de placer y aceptación, para otros origina problemas y conflictos de diversa índole; es todo lo que los seres humanos somos, sentimos y hacemos en función del sexo al que pertenecemos. Para Fernando Barragán (1997, p. 15) *la sexualidad humana constituye un conjunto amplio de manifestaciones comportamentales y actitudinales que fundamentalmente se estructuran por influencias culturales y sociales, más que por una determinación biológica.*

*El término “sexualidad” se refiere a una dimensión fundamental del hecho de ser humano. Basada en el sexo, incluye el género, identidades de sexo y género, orientación sexual, erotismo, vínculo emocional, amor, y reproducción. Se experimenta o se expresa en forma de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, actividades, prácticas, roles y relaciones. La sexualidad es el resultado de la interacción de factores biológicos, psicológicos, socioeconómicos, culturales, éticos y religiosos o espirituales. Si bien la sexualidad puede abarcar todos estos aspectos, no es necesario que se experimenten ni se expresen todos. En resumen, la sexualidad se practica y se expresa en todo lo que somos, sentimos, pensamos y hacemos (OPS/OMS, 2000, p. 6).*

Si bien la sexualidad puede abarcar el erotismo, los vínculos afectivos, el amor, el sexo, el género y la reproducción, no todas estas dimensiones tienen que expresarse. La sexualidad se encuentra presente en toda la vida, aunque es posible que las expresiones e influencias que repercuten en la sexualidad difieran con el correr de los años. La sexualidad está circunscrita por un contexto histórico y cultural concreto y, por ende, está determinada por costumbres, tradiciones y valores y ella, a su vez, repercute en estos. Su desarrollo pleno depende de la satisfacción de las necesidades fundamentales del ser humano, tales como el deseo de contacto, intimidad, expresión emocional, placer, ternura y amor.

Además de que hay acuerdo en que los elementos socioculturales (significados compartidos) de la sexualidad son vitales para la conceptualización de la sexualidad humana, existe una clara tendencia en los enfoques teóricos de que la sexualidad se refiere no solamente a las capacidades reproductivas del ser humano, sino también (y en muchas circunstancias, principalmente) al placer.

Algunos teóricos han considerado otro elemento de la sexualidad: el vínculo afectivo o amor. La bibliografía psicoanalítica abarca las consideraciones del amor, la patología del amor y la sexualidad a menudo en un lenguaje en el que el amor no puede distinguirse en relación con otras expresiones sexuales tales como la atracción erótica. Sin embargo, algunos hallazgos recientes plantean la posible existencia de un sistema neurobiológico bien diferenciado que rige el apego y la formación de las parejas en los animales y cumpliría la misma función en los seres humanos (OPS/OMS, 2000, p. 9).

## ***Educación de la sexualidad***

En todos los pueblos, a lo largo de su historia, se han elaborado modelos de educación sexual que permiten perpetuar el modelo social, lo que afirma que en todas las épocas de manera formal o informal se ha hecho educación sexual.

Existen culturas o sociedades que aceptan cierta información, otras que la facilitan y otras más que la reprimen. La educación es una instancia de socialización de las más importantes aunque no toda se lleva a cabo en la escuela; en este sentido se hace la distinción entre la educación formal y la informal.

La primera tiene lugar en la escuela, la segunda se da a través de la familia, de los medios de información y de los amigos, entre otros. Ambas tienden a sostener y perpetuar los roles de género asignados a mujeres y hombres.

El reto de dar una *educación de la sexualidad*, es establecer y llevar a la práctica una educación formal, considerando las diversas disciplinas que intervienen para dar una información objetiva y científica, dirigida a toda persona; sin distinción de sexo o género.

La educación informal se genera de diversas formas, se inicia a partir del nacimiento mediante la familia; aquí es en donde se transmiten valores y creencias que irán formando actitudes y pautas de comportamiento, es donde se sostienen y perpetúan los roles de género asignados a mujeres y hombres que la sociedad requiere para los individuos que la forman (Bustos, 1994).

Álvarez-Gayou (1990) menciona que la educación formal de la sexualidad proporciona a la persona todos los elementos de juicio necesarios para la toma de una decisión en cuanto a su conducta y actitudes.

Barragán (1997, p.25) afirma que la educación de la sexualidad, *la entendemos como un proceso lento, gradual y complejo que ha de facilitar la construcción de las diferentes nociones sexuales y ha de ayudar a comprender los procesos históricos y culturales por los que se han generado los conocimientos actuales y la organización social y sexual vigentes.*

Los objetivos de la educación formal de la sexualidad son:

- 1) Proporcionar información científica que propicie la toma responsable de decisiones, tomando en cuenta valores personales, familiares y sociales.
- 2) No perpetuar roles rígidos y estereotipados en hombres y mujeres.
- 3) Cambiar actitudes ante la sexualidad, entendiéndola como forma de relación, comunicación, satisfacción y placer.
- 4) Conocer y diferenciar las funciones de la sexualidad humana.
- 5) Romper con tabúes, miedos y creencias erróneas en torno a conductas sexuales como la preferencia sexual o la masturbación.
- 6) Reconocer que las personas con discapacidad, los niños y niñas y las personas adultas mayores no son asexuales.
- 7) Aclarar que la información sobre sexualidad proporcionada desde la infancia, no “despierta” el deseo sexual ni incita a tener actividades sexuales.
- 8) Prevenir situaciones de riesgo como infecciones de transmisión sexual, embarazos no deseados, abortos provocados o muerte materna.

La comprensión de la educación de la sexualidad intenta equipar a la gente joven del conocimiento, habilidades, actitudes y valores que necesitan para determinar y disfrutar de su sexualidad física y emocional, tanto en lo individual como en su relación con otro. Esta visión holística de la sexualidad, reconoce que la información sola no es suficiente. Las personas requieren adquirir habilidades esenciales para la vida para desarrollar actitudes positivas en relación a su sexualidad y la de otras personas.

La educación de la sexualidad requiere de un acercamiento congruente con la edad y la cultura, requiere proporcionar información científica, realista y no valorativa. La educación de la sexualidad debe favorecer oportunidades para explorar los propios valores y actitudes para la toma de decisiones responsables.

En este tenor se hace imprescindible hablar del sistema educativo ya que, tener acceso a la información completa y a la educación integral de la sexualidad, así como a los servicios de salud sexual desde la infancia; garantiza una sociedad más responsable, comprometida y sensible al ejercicio de la sexualidad, así mismo la promoción eficaz de la salud sexual en toda la sociedad no sólo debe incluir al sistema de salud y al sistema educativo sino que debe abordarse también mediante el cumplimiento de leyes y políticas.

La educación en general tiene como finalidad la preparación para la vida, es decir, el desarrollo de aptitudes que las personas usarán a lo largo de toda su vida.

Con respecto a la educación de la sexualidad más específicamente, la información, actitudes y aptitudes que las personas desarrollen desde la infancia y adolescencia influirán en sus decisiones y repercutirán en su salud sexual general en la edad adulta. El conocimiento científico, las actitudes formativas y las prácticas saludables



que se aprenden antes o a medida que empieza la actividad sexual tienen muchas más probabilidades de transferirse sistemáticamente hasta la edad adulta.

Garantizar una niñez y adolescencia apta para ejercer responsablemente su sexualidad, requiere contar con directivos, docentes y personal que interactúa con la población escolar informándose y actualizándose en sexología, no solamente para educar en la sexualidad sino también para que atienda -de ser necesario- aspectos que atañen a la seguridad y bienestar de los niños y jóvenes que asisten a los planteles escolares.

### ***Educación integral de la sexualidad***

La educación integral en sexualidad tiene una amplia perspectiva basada en los derechos humanos y en el respeto a los valores de una sociedad plural y democrática en la que las familias y las comunidades se desarrollan plenamente. Ésta educación incluirá aspectos éticos, biológicos, emocionales, sociales, culturales y de género, así como temas referentes a la diversidad de orientaciones e identidades sexuales conforme al marco legal de cada país, para así generar el respeto a las diferencias, el rechazo a toda forma de discriminación y para promover entre los jóvenes la toma de decisiones responsables e informadas con relación al inicio de sus relaciones sexuales.

La educación integral en sexualidad favorece que adolescentes y jóvenes adquieran los conocimientos y habilidades para tomar decisiones responsables e informadas sobre sus relaciones sexuales y sociales. También promueve conductas que reducen los riesgos y propicia que las personas jóvenes se expliquen y clarifiquen valores y actitudes.

La educación integral en sexualidad desde la infancia, favorece la adquisición gradual de la información y de los conocimientos necesarios para el desarrollo de las habilidades y de las actitudes apropiadas para vivir una vida plena y saludable, así como para reducir riesgos en materia de salud sexual y reproductiva. (XVII Conferencia Internacional de SIDA, 2008, p.2).

### ***Características de la educación sexual integral***

La educación integral sobre sexualidad tiene las siguientes metas:

- Más que la simple adquisición de conocimientos y contenidos, la educación sobre sexualidad debería guiar hacia al desarrollo del pensamiento crítico conducente al logro de actitudes positivas hacia la sexualidad.
- Fomentar el proceso por medio del cual el individuo pueda reconocer, identificar y aceptarse como un ser sexuado y sexual a todo lo largo del ciclo de vida, libre de toda ansiedad, temor o sentimiento de culpa.

- Fomentar el desarrollo de roles de género que promuevan el respeto y las relaciones justas entre seres humanos dentro de un marco de valores basado en los derechos humanos.
- Promover el valor de los vínculos y del componente afectivo de las relaciones humanas más allá de las relaciones de pareja.
- Promover el autoconocimiento en relación con el cuerpo como un factor de autoestima y de atención a la salud.
- Fomentar el comportamiento sexual libre, responsable, consciente y placentero hacia sí mismo y los otros.
- Promover la comunicación dentro de la pareja y la familia, al fomentar relaciones equitativas, independientemente del sexo y la edad.
- Promover un comportamiento responsable compartido en relación con la planificación familiar, crianza de los hijos y el uso de métodos anticonceptivos.
- Promover decisiones responsables para la prevención de las infecciones de transmisión sexual.

Resultados de evaluaciones de programas eficaces de educación sobre la sexualidad, prevención del embarazo de adolescentes y de prevención del VIH han demostrado que los programas de educación sobre la sexualidad de buena calidad se caracterizan por:

- Aumentar los conocimientos.
- Aclarar los valores.
- Mejorar la comunicación entre padres e hijos.
- Ayudar a los jóvenes a retrasar el inicio de las relaciones sexuales, si estos programas están dirigidos a los adolescentes jóvenes.
- Aumentar el uso de anticonceptivos y condones.
- No fomentan en los jóvenes el inicio de las relaciones sexuales y,
- No aumentan la frecuencia de las relaciones sexuales.

Estos análisis también describen características comunes de los programas que son eficaces. Concretamente, esos programas:

- Se orientan a comportamientos específicos.
- Se basan en modelos teóricos para el cambio del comportamiento.
- Brindan información acerca de los riesgos de las relaciones sexuales sin protección y cómo reducir ese riesgo.
- Dan a los estudiantes una oportunidad de practicar destrezas y discutir situaciones que ellos encuentran significativas y realistas.
- Abordan la influencia de los medios, de otros jóvenes, y de la cultura sobre los comportamientos y las decisiones sexuales de los adolescentes.
- Desarrollan y refuerzan las creencias y los valores entre estudiantes que les ayudan a mantener sus decisiones respecto a la abstinencia y la protección o de ambas y,

- Brindan oportunidades para que los estudiantes practiquen la comunicación y las destrezas para la negociación.

Se ha acumulado una amplia experiencia en los programas de educación sexual en América Latina. Se sugiere que tal vez podrían aplicarse las pruebas existentes sobre la eficacia de los programas de educación sexual en América del Norte a los países de América Latina si estos programas:

- Son sensibles y adecuados a las culturas.
- Aseguran la participación plena de todos los interesados en el diseño, ejecución y evaluación.
- Promueven valores sociales tales como equidad, respeto y responsabilidad.
- Brindan una comprensión del contexto social donde ocurre el comportamiento sexual.

## **Salud sexual**

*La salud sexual es la experiencia del proceso permanente de consecución de bienestar físico, psicológico y sociocultural relacionado con la sexualidad.*

La salud sexual se observa en las expresiones libres y responsables de las capacidades sexuales que propician un bienestar armonioso personal y social, enriqueciendo de esta manera la vida individual y social. No se trata simplemente de la ausencia de disfunción o enfermedad o de ambos. Para que la salud sexual se logre es necesario que los derechos sexuales de las personas se reconozcan y se garanticen (OPS/OMS, 2000, p. 6).

Para que la Salud Sexual se logre en cada país es necesario además que se establezcan y se cumplan metas que garanticen, a cualquier sector de la población de cualquier país del mundo, el tener acceso a los servicios de salud sexual que le permitan vivir una sexualidad responsable, libre y placentera:

- 1) Promover la salud sexual, con especial énfasis en la eliminación de barreras a la salud sexual.
- 2) Ofrecer educación sexual integral a todos los sectores de la población.
- 3) Dar educación, capacitación y apoyo a los profesionales que trabajan en campos relacionados con la salud sexual.
- 4) Desarrollar y dar acceso a servicios integrales de atención de salud sexual para la población.
- 5) Promover y auspiciar la investigación y la evaluación en materia de sexualidad y salud sexual, así como la difusión del conocimiento resultante (OPS-OMS, 2000, p.24).

La salud sexual puede reconocerse tanto en el plano personal como en el de la sociedad. SIECUS (2000), afirma que en el plano personal, existen comportamientos concretos que se han identificado como comportamientos que caracterizan a la persona sexualmente sana:

- Valora su propio cuerpo.
- Busca información sobre la reproducción según sea necesario.
- Afirma que el desarrollo del ser humano comprende el desarrollo sexual, el cual puede o no incluir la reproducción o la experiencia sexual genital.
- Interactúa con ambos géneros de una manera respetuosa y adecuada.
- Afirma su orientación sexual y respeta la orientación sexual de los demás.
- Expresa su amor e intimidad en forma apropiada.
- Establece y mantiene relaciones significativas.
- Evita toda relación basada en la explotación y la manipulación.
- Toma decisiones con conocimiento de causa respecto a opciones de familia y estilos de vida.
- Muestra destrezas que mejoran las relaciones personales.
- Se identifica y vive de acuerdo con sus propios valores.
- Es responsable de sus propios actos.
- Practica la toma de decisiones eficaz.
- Se comunica de manera eficaz con su familia, sus compañeros y su pareja.
- Disfruta y expresa su sexualidad durante el transcurso de su vida.
- Expresa su sexualidad de manera congruente con sus propios valores.
- Es capaz de reconocer los comportamientos sexuales que realzan la vida y los que son perjudiciales para sí mismo o para los demás.
- Expresa su sexualidad a la vez que respeta los derechos de los demás.
- Busca información nueva que le permita mejorar su sexualidad.
- Utiliza métodos anticonceptivos de manera eficaz a fin de evitar embarazos no deseados.
- Evita el abuso sexual.
- Busca atención prenatal oportuna.
- Evita contraer o transmitir infecciones de transmisión sexual, entre otras el VIH.
- Practica comportamientos que promueven la salud, tales como reconocimientos médicos regulares, autoexámenes de los testículos o de los pechos, e identificación oportuna de posibles problemas.
- Muestra tolerancia hacia personas con diferentes valores y modos de vida sexuales.
- Ejerce sus responsabilidades democráticas a objeto de tener influencia en la legislación relativa a los asuntos sexuales.
- Evalúa la repercusión de los mensajes familiares, culturales, religiosos, de los medios de comunicación y de la sociedad en los pensamientos, sentimientos, valores y comportamientos personales relacionados con la sexualidad.
- Promueve los derechos de todas las personas a tener acceso a información fidedigna acerca de la sexualidad.
- Evita los comportamientos que conllevan prejuicio e intolerancia.
- Rechaza los estereotipos respecto de la sexualidad de las diversas poblaciones.

La salud sexual puede identificarse igualmente en el plano de la sociedad. El grupo de expertos identificó varias características de una sociedad sexualmente sana:

- Compromiso político. El Estado reconoce que la salud sexual es un derecho fundamental del ser humano y se hace responsable de la promoción de la salud sexual.
- Políticas explícitas. Las instituciones sociales, entre ellas las entidades gubernamentales, formulan, desarrollan y ponen en práctica políticas públicas que comprenden instrucciones claras y precisas destinadas a la protección y promoción de la salud sexual como derecho humano fundamental.
- Legislación. Para la promoción de la salud sexual es indispensable que haya leyes vigentes destinadas a proteger los derechos sexuales. Es fundamental contar con leyes que protejan de la explotación a las personas vulnerables (p. e., prohibición de la “prostitución infantil”); reconocer los derechos de todas las personas a la integridad del cuerpo (p.e., protección contra la mutilación genital); proteger a las minorías sexuales para que se respeten sus derechos humanos tan fundamentales como educación, salud y empleo (p.e., legislación contra la discriminación); y promover la igualdad en todas las dimensiones sexuales (p.e., legislación relativa a la igualdad de oportunidades).
- Buena educación. Un elemento necesario de una sociedad sexualmente sana es el acceso universal a la educación sexual integral acorde con la edad, a todo lo largo de la vida.
- Infraestructura suficiente. A objeto de garantizar el acceso de las personas a los servicios, es necesario contar con una infraestructura de profesionales en resolución de conflictos de índole sexual. Esto incluye ofrecer programas de especialización en salud sexual a profesionistas interesados.
- Investigación. Una sociedad comprometida con la salud sexual de los miembros que la integran apoya las investigaciones adecuadas y concretas destinadas a abordar las inquietudes clínicas, educativas y de salud pública. Esto abarca la investigación relativa a las inquietudes emergentes (p.e., nuevas infecciones) y la vigilancia para estimar la extensión y tendencias de condiciones que afectan la salud y que pueden prevenirse (p.e., tasas de relaciones sexuales peligrosas en poblaciones de alto riesgo, tasa de violencia sexual, prevalencia de disfunciones sexuales, etcétera).
- Vigilancia adecuada. La vigilancia es necesaria para supervisar los indicadores biomédicos y de comportamiento que miden las inquietudes y los problemas de salud sexual.
- Cultura. Es necesario lograr una cultura de apertura hacia la salud sexual que a la vez asigne a ésta la prioridad que le corresponde. Algunos indicadores tales como calidad de la información suministrada por los medios sobre las inquietudes relativas a la salud sexual, y el grado en que pueden promoverse abiertamente los mensajes sobre salud pública relativos a las graves amenazas a la salud sexual, pueden servir para medir la cultura.

Por otra parte, la promoción de la salud sexual es fundamental para la consecución de la salud y el bienestar, así como para alcanzar el desarrollo sostenible. La promoción de la salud sexual fomenta la responsabilidad individual y social, lo que contribuye a mejorar la calidad de vida.

### ***Conceptos básicos para la identificación y prevención de la violencia y abuso sexual infantil***

La información, la educación y los servicios de salud sexual y reproductiva constituyen derechos sexuales por sí mismos y favorecen las condiciones propicias que permiten a las personas actuar sobre otros derechos sexuales; de allí que la salud sexual exija igualdad, equidad y respeto; independientemente del género.

### ***Derechos sexuales***

*Los derechos humanos son inherentes a los seres humanos; empero, el reconocimiento de los derechos inherentes no crea derechos per se.*

Los derechos humanos están por encima de los valores culturales. Si una cultura en particular tiene una costumbre que va en contra de un derecho humano es necesario cambiar el valor cultural, como sucede en el caso de la práctica cultural de la mutilación genital femenina. El enfoque de los derechos humanos en materia de promoción de la salud se ha estipulado explícitamente en el caso de la promoción de la salud reproductiva.

El reconocimiento de los derechos sexuales se encuentra en proceso de evolución. Los derechos humanos son aquellos principios que se consideran universalmente como protectores de la dignidad humana y promotores de la justicia, la igualdad, la libertad y la vida misma. Dado que la protección de la salud es un derecho fundamental del ser humano, es obvio que la salud sexual conlleva derechos sexuales.

Los derechos sexuales son derechos humanos universales basados en la libertad, dignidad e igualdad inherentes a todos los seres humanos. Dado que la salud es un derecho humano fundamental, la salud sexual debe ser un derecho humano básico. Para asegurar el desarrollo de una sexualidad saludable en los seres humanos y las sociedades, los siguientes derechos sexuales deben ser reconocidos, promovidos, respetados y defendidos por todas las sociedades con todos sus medios. La salud sexual es el resultado de un ambiente que reconoce, respeta y ejerce estos derechos:

- 1) El derecho a la libertad sexual. La libertad sexual abarca la posibilidad de la plena expresión del potencial sexual de los individuos. Sin embargo, esto

excluye toda forma de coerción, explotación y abuso sexuales en cualquier tiempo y situación de la vida.

- 2) El derecho a la autonomía, integridad y seguridad sexuales del cuerpo. Este derecho incluye la capacidad de tomar decisiones autónomas sobre la propia vida sexual dentro del contexto de la ética personal y social. También están incluidas la capacidad de control y disfrute de nuestros cuerpos, libres de tortura, mutilación y violencia de cualquier tipo.
- 3) El derecho a la privacidad sexual. Este involucra el derecho a las decisiones y conductas individuales realizadas en el ámbito de la intimidad siempre y cuando 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, independientemente del sexo, género, orientación sexual, edad, raza, clase social, religión o deficiencia física o emocional.
- 5) El derecho al placer sexual. El placer sexual, incluyendo el autoerotismo, es fuente de bienestar físico, psicológico, intelectual y espiritual.
- 6) El derecho a la expresión sexual emocional. La expresión sexual va más allá del placer erótico o los actos sexuales. Todo 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 contraer o no matrimonio, de divorciarse y de establecer otros tipos de asociaciones sexuales responsables.
- 8) El derecho a la toma de decisiones reproductivas, libres y responsables. Esto abarca el derecho a decidir tener o no hijos, el número y espaciamiento entre cada uno, y el derecho al acceso pleno a los métodos de regulación de la fecundidad.
- 9) El derecho a información basada en el conocimiento científico. Este derecho implica que la información sexual debe ser generada a través de la investigación científica libre y ética, así como el derecho a la difusión apropiada en todos los niveles sociales.
- 10) El derecho a la educación sexual integral. Este es un proceso que se inicia con el nacimiento y dura toda la vida y que debería involucrar a todas las instituciones sociales.
- 11) El derecho a la atención de la salud sexual. La atención 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**

Declaración del 13r. Congreso Mundial de Sexología, 1997, Valencia, España 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, Hong Kong, República Popular China.

Ante la vulnerabilidad evidente de algunos grupos de población, ha sido necesario crear documentos que permitan velar por los derechos de los mismos, tal es el caso de los adolescentes, las mujeres y las personas con discapacidad entre otros. Por los propósitos que persigue este documento, se enlistaran los derechos sexuales de los adolescentes y se expondrán algunos cuestionamientos en relación a la necesidad de generar una carta de derechos sexuales de las niñas y los niños en apego a los acuerdos vigentes de protección y atención a la infancia.

### **Los derechos sexuales de las y los jóvenes**

En nuestra sociedad, tanto a nivel privado como público, prevalece una postura de control, regulación y sanción de la sexualidad juvenil, lo cual implica –en la mayoría de los casos- la restricción de sus derechos (Elige, 2003). Es importante reconocer que las decisiones tomadas en el ámbito de la sexualidad y la reproducción tienen un impacto directo sobre el rumbo de nuestras vidas. Tres condiciones básicas para el goce de los derechos sexuales y los derechos reproductivos de los jóvenes son:

1. Conocerlos
2. Comprenderlos
3. Ejercerlos

Lo anterior demanda responsabilidad y compromiso, para lo cual es necesario enfatizar la importancia de la información clara, científica y laica sobre la diversidad de sexualidades y la incorporación de la educación de la sexualidad en los programas escolares de todos los niveles; la necesidad de intervenciones preventivas, la sanción de todos los tipos de violencia y la promoción de la equidad entre varones y mujeres de manera que se favorezca la igualdad real de oportunidades de desarrollo personal, escolar y laboral para las mujeres y los varones mexicanos (IPAS, 2004, p. 7).

La Cartilla de Derechos Sexuales y Reproductivos de las y los Jóvenes forma parte de la Campaña Nacional "Hagamos un Hecho Nuestros Derechos", es producto del esfuerzo conjunto de diversas organizaciones de la sociedad civil y de la Comisión Nacional de Derechos Humanos y está basada en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, así como en diversos instrumentos internacionales ratificados por el Estado Mexicano (CNDH, 2003).

Con esta campaña dirigida a las personas de 12 a 29 años, se resalta y ratifica el derecho a ejercer su sexualidad de manera libre y responsable, y se trabaja por la



eliminación de la discriminación y cualquiera de las formas en que ésta se manifieste atentando contra su dignidad, incluyendo aquellas relacionadas con la edad, el género, la preferencia y la orientación sexual.

Los derechos contenidos en esta cartilla son:

1. Derecho a decidir de forma libre sobre su cuerpo y su sexualidad. Existen diversas formas de vivir la sexualidad. Tienen derecho a que se respeten las decisiones que toman sobre su cuerpo y su sexualidad. Son responsables de sus decisiones y actos. Nadie debe presionar, condicionar ni imponer sus valores particulares sobre la forma en que deciden vivir su sexualidad.

2. Derecho a ejercer y disfrutar plenamente su vida sexual. El disfrute pleno de la sexualidad es fundamental para la salud y bienestar físico, mental y social. Tienen derecho a vivir cualquier experiencia, expresión sexual o erótica que elijan, siempre que sea lícita; como práctica de una vida emocional y sexual plena y saludable. Nadie puede presionarles, discriminarles, inducirles al remordimiento o castigarles por ejercer o no actividades relacionadas con el disfrute de su cuerpo y su vida sexual.

3. Derecho a manifestar públicamente sus afectos. Las expresiones públicas de afecto promueven una cultura armónica afectiva y de respeto a la diversidad sexual. Tienen derecho a ejercer sus libertades individuales de expresión, manifestación, reunión e identidad sexual y cultural, independientemente de cualquier prejuicio. Pueden expresar sus ideas y afectos sin que por ello nadie les discrimine, coarte, cuestione, chantajee, lastime, amenace o agrede verbal o físicamente.

4. Derecho a decidir con quién compartir su vida y su sexualidad<sup>1</sup>. Existen varios tipos de familias, uniones y convivencia social. Tienen derecho a decidir libremente con quién compartir su vida, su sexualidad, sus emociones y afectos. Ninguna de sus garantías individuales debe ser limitada por esta decisión. Nadie debe obligarles a contraer matrimonio o a compartir con quien no quieran su vida y su sexualidad.

5. Derecho al respeto de su intimidad y su vida privada. Su cuerpo, sus espacios, sus pertenencias y la forma de relacionarse con las y los demás son parte de su identidad y privacidad. Tienen derecho al respeto de sus espacios privados y a la confidencialidad en todos los ámbitos de su vida, incluyendo el sexual. Sin su consentimiento, ninguna persona debe difundir información sobre los aspectos sexuales de su vida.

6. Derecho a vivir libre de violencia sexual. Cualquier forma de violencia hacia su persona afecta al disfrute pleno de su sexualidad. Tienen derecho a la libertad, a la

---

<sup>1</sup> En estos casos si la persona es menor de edad, se le sugiere consultar el Código Civil de su Estado.

seguridad jurídica y a la integridad física y psicológica. Ninguna persona debe abusar, acosar, hostigar o explotarles sexualmente. El Estado debe garantizarles el no ser torturada/o, ni sometida/o a maltrato físico, psicológico, acoso o explotación sexual.

7. Derecho a la libertad reproductiva<sup>2</sup>. Las decisiones sobre su vida reproductiva forman parte del ejercicio y goce de su sexualidad. Como mujer u hombre joven tienen derecho a decidir de acuerdo con sus deseos y necesidades, tener o no hijos, cuántos, cuándo y con quién. El Estado debe respetar y apoyar sus decisiones sobre su vida reproductiva, brindándoles la información y los servicios de salud que requieran, haciendo efectivo su derecho a la confidencialidad.

8. Derecho a la igualdad de oportunidades y a la equidad. Las mujeres y los hombres jóvenes, aunque diferentes, son iguales ante la ley. Tienen derecho a un trato digno y equitativo y a gozar de las mismas oportunidades de desarrollo personal integral. Nadie, bajo ninguna circunstancia, debe limitar, condicionar o restringir el pleno goce de todos sus derechos individuales, colectivos y sociales.

9. Derecho a vivir libre de toda discriminación. Las y los jóvenes son diversos y, por tanto, tienen diferentes formas de expresar sus identidades. Tienen derecho a que no se les discrimine por su edad, género, sexo, preferencia, estado de salud, religión, origen étnico, forma de vestir, apariencia física o por cualquier otra condición personal. Cualquier acto discriminatorio atenta contra su dignidad humana. El Estado debe garantizarles la protección contra cualquier forma de discriminación.

10. Derecho a la información completa, científica y laica sobre la sexualidad. Para decidir libremente sobre su vida sexual necesitan información. Tienen derecho a recibir información veraz, no manipulada o sesgada. Los temas relativos a la información sobre sexualidad deben incluir todos los componentes de ésta: el género, el erotismo, los vínculos afectivos, la reproducción y la diversidad. El Estado debe brindar información laica y científica de manera continua de acuerdo con las necesidades particulares de las y los jóvenes.

11. Derecho a la educación sexual. La educación sexual es necesaria para el bienestar físico, mental y social, y para el desarrollo humano, de ahí su importancia para las y los jóvenes. Tienen derecho a una educación sexual sin prejuicios que fomenten la toma de decisiones libres e informadas, la cultura de respeto a la dignidad humana, la igualdad de oportunidades y la equidad. Los contenidos sobre sexualidad en los programas educativos del Estado deben ser laicos y científicos, estar adecuados a las diferentes etapas de la juventud y contribuir a fomentar el respeto a la dignidad de las y los jóvenes.

---

<sup>2</sup> En estos casos si la persona es menor de edad, se le sugiere consultar el Código Civil de su Estado.

12. Derecho a los servicios de salud sexual y a la salud reproductiva<sup>3</sup>. La salud es el estado de bienestar físico, mental y social de las personas. Tienen derecho a recibir los servicios de salud sexual gratuitos, oportunos, confidenciales y de calidad. El personal de los servicios de salud pública no debe negarles información o atención bajo ninguna condición y éstas no deben ser sometidas a ningún prejuicio.

13. Derecho a la participación en las políticas públicas de sexualidad. Pueden tener acceso a cualquier iniciativa, plan o programa público que involucre sus derechos sexuales y a emitir su opinión sobre los mismos. Tienen derecho a participar en el diseño, implementación y evaluación de políticas públicas sobre sexualidad, salud sexual y reproductiva; a solicitar a las autoridades gubernamentales y a las instituciones públicas que construyan y promuevan los espacios y canales necesarios para su participación; así como a asociarse con otras/os jóvenes para dialogar, crear y promover acciones propositivas para el diseño e implementación de políticas públicas que contribuyan a su salud y bienestar. Ninguna autoridad o servidor público debe negar o limitarles, de manera injustificada, la información o participación referente a las políticas públicas sobre sexualidad.

### ***Los derechos sexuales de las y los niños***

¿Son titulares de los derechos sexuales los niños y las niñas?, ¿cuáles son estos derechos?, ¿debe el Estado regular este tipo de derechos?, ¿existe un marco adecuado para ello?, ¿qué papel juega la patria potestad? En el caso de los adultos se considera que la intromisión del Estado es totalmente inaceptable ¿qué lleva a tener otro criterio en el caso de los niños y niñas?, ¿dónde se traza el límite de la vida privada? (González, 2009).

La Convención sobre los Derechos del Niño -aprobada por la Asamblea General de Naciones Unidas el 20 de noviembre de 1989- omite los derechos vinculados con las necesidades sexuales de las niñas y los niños. Esta omisión podría justificarse en la naturaleza del instrumento que tuvo que generar el consenso de prácticamente todos los países del mundo. La Convención es una prueba más del silencio respecto del tema de la sexualidad infantil. La única alusión manifiesta es el derecho a la protección en contra de cualquier forma de abuso o explotación sexual, fortalecido con la aprobación del Protocolo Facultativo de la Convención sobre los Derechos del Niño relativo a la venta de niños, la prostitución infantil y la utilización de niños en la pornografía pero, al igual que la Convención, se ocupa únicamente de la prevención de las formas más extremas de violación de los derechos vinculados con las necesidades sexuales.

Cuestiones fundamentales, además de las expuestas, como la edad para otorgar consentimiento para tener relaciones coitales, la libertad para solicitar métodos de

---

<sup>3</sup> En estos casos si la persona es menor de edad, se le sugiere consultar el Código Civil de su Estado.

anticoncepción o el derecho a ver respetada la orientación o preferencia sexual ni siquiera son mencionados. Se dejan a la facultad de los estados, que en la mayoría de los casos tampoco establecen una regulación clara. La decisión final se entiende reservada a los padres sin un marco jurídico comprensible. Lo grave es que se deja sin protección a un grupo en condición de extrema vulnerabilidad, sobre todo cuando a ésta se le añade la condición de género o de discapacidad.

En este contexto se justifican desde prácticas culturales transgresoras de derechos como la imposición del velo o los matrimonios entre niños, hasta notoriamente violatorias de la dignidad humana, como puede ser la llamada “circuncisión femenina”, y en casos de discapacidad, la castración química y la esterilización.

Además de la evidente dificultad que representa el llegar a un consenso respecto a la necesidad de generar una carta de derechos sexuales de niñas y niños, derivado de la minoría de edad y la incapacidad para dar el consentimiento, hay que analizar aspectos más complejos, ¿quién es el titular del derecho?, ¿quién está facultado para ejercer el derecho, en el entendido de que se trata de una libertad de elección?, ¿qué pasa con el consentimiento en los siguientes casos? (González, 2009):

- Niños que presentan estados intersexuales. Los niños que presentan estados intersexuales son aquellos que nacen con órganos sexuales ambiguos (hermafroditismo o pseudohermafroditismo), de tal manera que es necesario tomar una decisión sobre la asignación de sexo. Esta decisión es una condición para la inscripción del menor en el registro civil. El procedimiento para la asignación del sexo se basa en un dictamen médico que determina cuál es el sexo más viable, pero se requiere del consentimiento de los padres.
- Pederastia, estupro y prostitución infantil. Estos temas están directamente vinculados con el consentimiento. ¿A partir de qué edad debe reconocerse el consentimiento?, ¿puede un niño o una niña dar su consentimiento para involucrarse en una actividad sexual?, ¿puede realmente hablarse de prostitución infantil?

Los expertos señalan no solo para los adolescentes, sino para todas las etapas de desarrollo, que un componente importante está en la diferencia de edad entre los sujetos. Es decir, no puede equipararse una relación consentida entre personas con dos o tres años de diferencia que con diez, veinte o cincuenta. Éste es un criterio para determinar si hay o no abuso sexual.

Finalmente, si el ámbito de la sexualidad en el sentido extenso del término es fundamental para el desarrollo de la persona, es necesaria la creación de un contexto normativo adecuado que garantice estos derechos. Esto implica también la protección en contra de los riesgos vinculados para lo cual el medio más efectivo es una educación integral de la sexualidad que permita al niño o niña protegerse a sí mismo(a). Para ello hay que conocer y reconocer sus necesidades.

Se trata de una asignatura pendiente que es necesario poner a discusión. La argumentación sobre los derechos de niñas y niños ha partido de la premisa de la irrelevancia de la voluntad en el ejercicio de los derechos y de la exclusión de la titularidad. Habría que iniciar un nuevo diálogo que parta de cuestionar estos supuestos y que sobre todo incorpore a las niñas y niños en la discusión sobre sus derechos.

## ***Violencia sexual***

La violencia sexual hacia las niñas y los niños es un hecho que ocurre tanto en el contexto familiar como fuera de él, y a pesar de que existen reportes sobre su incidencia, a este tipo de violencia se le da poca atención, lo mismo ocurre en el ámbito escolar cuando una niña o un niño reporta a alguna figura docente que está viviendo este tipo de violencia, las más de las veces es ignorada o se invisibiliza ya que el atenderla implica que el personal docente y directivo enfrente situaciones que van desde el desconocimiento de estrategias teórico metodológicas, no quererse involucrar en acciones jurídicas o posiblemente enfrentarse con situaciones personales por el hecho de haber vivido una experiencia semejante. Sin embargo no se toman en cuenta los efectos que el abuso sexual puede generar de manera inmediata y a largo plazo si no se da una atención adecuada.

Batres (1997) refiere algunas falsas creencias sobre el abuso sexual y la violación:

- Sólo los hombres desconocidos de la víctima abusan sexualmente.
- Los niños y las niñas mienten o fantasean sobre el abuso sexual.
- La violencia sexual se da en familias de bajos ingresos, en donde hay alcoholismo, drogadicción o en enfermos mentales.
- Algunos tipos de abuso no causan daño.
- Las niñas, los niños o las mujeres provocan el abuso o la violación.
- El abusador solo abusa de una persona o solo lo hace una vez.
- La culpa que siente el agresor nunca la siente la víctima.
- Un niño que sufre de abuso sexual de adulto será homosexual o abusador.

La realidad es que los hechos de violencia sexual se registran en todos los países, aunque no hay cifras exactas. De acuerdo a los datos de la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2003), una de cuatro mujeres puede ser víctima de violencia sexual por parte de su pareja y hasta la tercera parte de las adolescentes informa que su primera experiencia sexual fue forzada.

La OPS (2003, p.161) define la violencia sexual como: *Todo acto sexual, la tentativa de consumar un acto sexual, los comentarios o insinuaciones sexuales no deseados, o las acciones para comercializar o utilizar de cualquier otro modo la sexualidad de una persona, independientemente de la relación de esta con la víctima, en cualquier ámbito, incluidos el hogar y el lugar de trabajo.*

La coacción puede abarcar una amplia gama de formas de uso de la fuerza. Puede ser física, intimidación psíquica, extorsión, amenazas. También puede ocurrir cuando la persona violentada no está en condiciones de dar su consentimiento, y esto puede ser por estar bajo los efectos del alcohol, fármacos, drogas, dormida, con una discapacidad o cualquiera otra situación que le impida tomar decisiones.

Los actos de violencia sexual pueden ser: la violación, el acoso sexual, el abuso sexual de niñas y niños, abuso sexual de personas con discapacidad, matrimonio o la cohabitación forzada incluido el matrimonio de menores, la negación del derecho a hacer uso de la anticoncepción o a adoptar otras medidas de protección contra ITS, el aborto forzado, mutilación de genitales (sobre todo en las mujeres), inspecciones obligatorias para comprobar la virginidad, la prostitución forzada y la trata de personas con fines de explotación sexual así como la pornografía infantil, entre otros.

Otra forma de violencia sexual es el *hostigamiento* el cual es comprendido como el *comportamiento de naturaleza sexual no deseado y ofensivo... incluye eventos ocasionales tales como: agarrar, tocar o pellizcar a la mujer* (OPS, 2002, p.19). Este comportamiento puede identificarse en contactos físicos no deseados, comentarios sexuales tales como chismes, burlas y chistes con contenido sexual y ofensivo, referencias explícitamente sexuales; llamadas telefónicas, notas, cartas con contenido sexual para pedir o exigir citas o sexo, y proposiciones no deseadas por la mujer. Suelen ocurrir en la vía pública en donde el agresor y víctima son desconocidos, el ámbito laboral y el ámbito educativo.

Respecto a la violencia sexual que se da entre pares considerada un tipo de bullying, se define como: *Una situación de acoso o intimidación entre iguales, mediante una violencia prolongada, continuada e intencionada, ya sea física y/o psicológica y/o verbal, llevada a cabo por un individuo concreto o grupo y dirigida hacia un individuo que no es capaz de defenderse delante de la situación, transformándose en víctima* (CDHDF, 2007, p.85).

Se han observado que estos niños y niñas que llevan a cabo la intimidación o el acoso son: aparentemente más fuertes físicamente que sus compañeros o compañeras, hay necesidad de dominar a los demás, se enfadan fácilmente, son impulsivos o impulsivas, tiene una baja tolerancia a la frustración y busca salirse siempre con la suya, suele ser desafiante y agresivo o agresiva con los adultos, no muestra inseguridad, puede presentar excesos de ira en los cuales rompe cosas, grita o golpea; y a la vez, puede ser víctima de violencia familiar, abuso sexual o no se le presta atención, ni tampoco se le establecen límites.

Todos estos actos son violaciones al Derecho a la Libertad Sexual.

Algunas personas piensan que la violencia sexual es una expresión patológica de la sexualidad o que quien la ejerce no ha recibido una adecuada educación de la sexualidad, ante estas creencias es necesario clarificar el concepto de violencia y su

relación con la sexualidad. En consonancia con las últimas recomendaciones de la Unión Europea *La violencia sexual contra las mujeres, las chicas y los chicos no es la expresión agresiva de la sexualidad sino la expresión sexual de la agresión, hostilidad y poder con una base en las condiciones del patriarcado* (European Workshop: Prevention of Sexual Violence againsts Girls and Boys, p.32, citado en Barragán, 2005).

Así mismo refiere a Connel (1987) quién dice que el concepto de poder implica analizar quien toma las decisiones, sobre qué aspectos de la vida social y si esa persona está legitimada para tomarlas. Por eso la violencia sexual es una expresión de poder y no de sexualidad porque atenta contra la voluntad, la integridad y la dignidad de la persona. De acuerdo a este concepto algunas formas de violencia sexual son las llamadas telefónicas obscenas, propuestas sexuales indeseables, forzar a ver pornografía, acoso, violación, incesto, y cualquier acto sexual que la persona considere humillante o doloroso. La violencia constituye una expresión de prepotencia, intimidación y un atentado contra la libertad y la dignidad de las demás personas basado en un ejercicio ilegítimo del poder. Se ejerce contra personas concretas y en contextos concretos.

### ***Abuso sexual y violación a menores***

La OPS (2002, p. 16) en el documento de la Serie Género y Salud Pública como parte del Programa Mujer, Salud y Desarrollo conceptualiza como abuso sexual: *cualquier conducta sexual directa o indirecta cometida por una persona mayor contra una persona de menor edad. La misma puede darse en contra de la voluntad del niño o la niña, o bien, por medio de la coerción, el chantaje y la manipulación. Debe tenerse presente que el consentimiento no es posible entre un adulto y una niña o niño, ya que las diferencias entre poder, estatura, habilidades cognitivas, información –entre otras- hacen imposible la negociación para la actividad sexual.*

Se considera abuso sexual directo a la penetración oral, anal, vaginal, tocamientos o manoseos en las partes íntimas; forzar a la manipulación de los genitales del otro(a), al sexo oral, las proposiciones sexuales y la explotación sexual comercial. El abuso sexual indirecto es el exhibicionismo, voyerismo, mostrar material sexualmente explícito, exponer a presenciar actos sexuales, utilizar imágenes de niñas, niños o adolescentes en material sexualmente explícito por la vía del internet, videos o cualquier otro tipo de materiales; presenciar espectáculos de índole sexual donde participan niñas, niños y adolescentes, tráfico de personas menores de edad con fines sexuales, intermediarios en el comercio sexual de niños, niñas y adolescentes. Esta forma de violencia causa lesiones físicas y emocionales a niñas y niños y dejan graves secuelas en la vida de las personas sobrevivientes.

La explotación sexual comercial de personas menores de edad es una grave violación a los derechos humanos de las niñas, niños y adolescentes. El agresor casi siempre es un hombre adulto y la víctima por lo general es una niña o

adolescente. Implica contratar u ofrecer los servicios de una niña, niño, o adolescente para realizar actos sexuales a cambio de dinero u otro beneficio. Las formas reconocidas de explotación sexual comercial son el sexo remunerado, el material sexualmente explícito y la utilización de niñas, niños o adolescentes en espectáculos sexuales, el turismo sexual y el tráfico con fines sexuales

En algunos países, las normas penales conciben a la violación como un ataque sexual caracterizado por la penetración anal y/o vaginal del pene a niñas y niños menores de 12 años y haciendo uso de la fuerza o coacción en caso de personas adultas. Esta forma de tipificación legal ha sido modificada por otros países donde se amplía el concepto a la penetración con dedos, objetos e instrumentos, así como a la penetración vía oral, vaginal o anal.

### ***Circunstancialidad del abuso sexual***

El abuso sexual tiene características y particularidades: se trata de actos planificados, con estrategias manipulativas hacia las niñas y los niños, el entorno familiar y las circunstancias con respecto al lugar y el momento del abuso; no son hechos aislados sino situaciones progresivas y generalmente prolongadas de abuso. El ofensor culpa y responsabiliza a la víctima, es una experiencia cargada de violencia emocional y que sostiene generalmente por medio de las amenazas, coerción y manipulación. Son frecuentes las estrategias de control y aislamiento, así como el desacreditar a la víctima frente a sus familiares. Aunque el abuso sexual ocurre contra niñas y niños, diversas investigaciones demuestran que el ofensor es un hombre y la víctima en la mayoría de casos es una mujer, por lo que toma una direccionalidad genérica fundamental.

En contraste a la creencia de que la violación es perpetrada por desconocidos, actualmente se conoce que los ofensores son frecuentemente amigos, compañeros o novios. Lo cual puede tener profundos efectos en la salud física, psicológica y sexual de las víctimas (OPS, 2002).

El abuso sexual y la violación están relacionados con la violencia de género más que por las creencias de un “perfil psicopatológico del abusador” o la “provocación de la víctima”. La violencia se aprende fundamentalmente a través de los procesos de socialización de género y ante la ausencia de estrategias para resolver los conflictos de manera creativa.

Asimismo existen mecanismos sociales que vinculan las masculinidades patriarcales con la agresividad y la utilización de la violencia con formas de expresión explícitas como la guerra, la violación de los derechos humanos y la violencia de género, aunque no todos los hombres compartan este tipo de violencia. La cultura patriarcal ha promovido la asociación entre la afectividad y las mujeres, y la inteligencia y los hombres; así se enseña a las mujeres a entregarse a las demás personas y no amarse a sí mismas y por otra los hombres padecen una mutilación



afectiva o ver sometidos sus sentimientos en la clandestinidad, en consecuencia una implicación es la tendencia de algunas mujeres a culpabilizarse y perder la autoestima en situaciones de violencia de género (por no “cumplir” lo que se espera de ella) y la tendencia de algunos hombres a sustituir la afectividad por la agresividad y la violencia (Barragán, 2005).

La violencia hacia las mujeres se ha visto como una conducta normalizada en la educación de género que reciben los hombres; los roles asignados para cada género por la sociedad perpetúan las relaciones desiguales y las formas violentas para mantener el poder y el control de un género, el masculino, sobre el otro género, el femenino (González, 2001). La sexualidad es utilizada como instrumento que marca de manera impresionante la imposición de poder y la ira sobre el otro ser el cual se deshumaniza, degrada, y despoja de sus capacidades de libre elección sobre su cuerpo y el ejercicio de su sexualidad.

Las formas en cómo actúa el agresor sexual con los niños y las niñas, de acuerdo a Blume, (1990), Cazorla, Samperio, y Chirino (1992), para acercarse a ellos y realizar el abuso se mencionan a continuación:

El *secreto*. Corrompe el lazo entre la víctima y el abusador; al eliminar cualquier posibilidad de intervención, el secreto permite que el abuso continúe protegiendo al agresor. Este secreto puede guardarse durante años y tal vez para algunas personas adultas les sea sumamente difícil revelarlo en algún momento de su vida. Irónicamente muchas de las mismas consecuencias que protegen a la víctima, protegen al mismo tiempo al abusador.

Las *amenazas*. Hay casos en que las amenazas mínimamente requeridas para iniciar el abuso, al avanzar este se van haciendo necesarias para dar fuerza al secreto. Estas amenazas refuerzan la impotencia del niño o la niña ya que no tienen el poder que se requeriría para también amenazar, ven su existencia y su bienestar como su responsabilidad, temen arriesgar su ambiente. Las amenazas van en el sentido de que si “no cooperan” los pueden separar de la familia, les harán daño físico, matarán a algún miembro de su familia o a ellos mismos, les pueden hacer lo mismo a sus seres queridos, nadie les creerá por ser niños y el adulto es “más importante” además de experimentar las preferencias sociales que se les da a los adultos y la consigna de obediencia a cualquier persona de autoridad, “ya nadie los va a querer porque lo que se le hizo lo dañó”, si el agresor es el padre o padrastro “podría ser mandado lejos y eso pondría en riesgo la economía de la familia”. Las amenazas conllevan un poder aterrador y terrible para que un niño o una niña lo soporten.

El *daño físico*. Puede ser directamente hacia el niño o la niña o hacia algún animal para demostrarle que si es capaz de realizarlo. El daño físico trata de hacerlo en zonas del cuerpo que no sean vistas con facilidad y que sean cubiertas por la ropa, estas van desde apretones, taparles la boca, hasta quemaduras.

En el Programa de Atención Integral a Víctimas y Sobrevivientes de Agresión Sexual (PAIVSAS) citado por González (CDH del D.F., 2010) el cual fue creado a partir de las actividades realizadas en el Programa de Sexualidad Humana en el centro de servicios psicológicos de la Facultad de Psicología de la UNAM, al impartir terapia sexual a mujeres se encontró que un número significativo de pacientes con disfunciones sexuales tenían antecedentes de violación y o abuso sexual. La atención clínica del PAIVSAS centró su atención a personas que sufrieron o estuvieran pasando por violencia sexual y doméstica, los principales usuarios fueron mujeres, niñas y niños, en menor proporción hombres. De la atención que se dio de julio de 1994 a mayo de 2002 se reporta algunos datos que se consideran importantes para el presente trabajo:

De 886 personas atendidas 71% vivían en ese momento o estuvieron en situación de violencia sexual. De 100 niños y niñas atendidas en el 2002 el agresor en un 95% de los casos es del género masculino, conocido de la víctima en todos los casos; 19% lo ocupa la figura paterna (aquí incluyen al hermano mayor), primos y tíos suman el 34%, edad promedio 19 años y el 90% no se encontraba alcoholizado.

Las personas atendidas que eran abusadas sexualmente tienen en edad promedio 6 años, 77% niñas, recibieron amenazas 70%, maltratadas físicamente con relación al abuso 70%, tocadas en sus órganos sexuales 40% y con penetración 25%. El lugar en el 45% fue en su casa. Si se toman en cuenta estos datos se comprenderá la sensación de impotencia, confusión, atropellamiento y degradación que sufre una niña o un niño y las consecuencias que se plasman a corto y mediano plazo en su desarrollo físico, psicológico y sexual.

Consecuencias reportadas por personas adultas sobrevivientes de abuso sexual: 75% mujeres, 25% hombres, edad promedio 22.6 años, 49% soltera. Recuerda sensación de despersonalización 60%, irrealidad 30%, tiene recuerdos parciales actualmente entre 90% y 80% recuerda que sí estaba alcoholizado; de 80% que restablecieron su vida sexual el 65% presenta disfunciones sexuales, el 35% tiene depresión y 30% vive violencia sexual; solo el 40% cuenta con una red social y el 25% con una red familiar.

Otro estudio exploratorio realizado por Cazorla, Samperio, y Chirino en 1992, como resultado de la atención a casos de abuso sexual a menores en el Centro de Terapia de Apoyo con población que en ese entonces vivía en el DF, reporta datos estadísticos, demográficos y victimológicos, a fin de evaluar el impacto de la agresión sexual. Los rangos de edad se fueron entre los 6 y 12 años, el 75% fueron niñas y 25% niños, la condición socioeconómica 70% bajo y 31% medio, el 81% asistían a la escuela, en el 57% hubo violación, la relación del agresor con la víctima en un 80% era conocido siendo 26% padre o padrastro, 26% amigo, 25% vecino, 8% tío, 6% primo, 2% cuñado, 2.5% hermano; agresiones físicas y verbales 65%, hospitalización 10%; consecuencias conductuales en las víctimas agresividad 57%, demandas de afecto 51% enuresis 8%, miedo a ser violentado 47%, bajo rendimiento escolar 30.6%, otros miedos 26%, coraje contra el agresor 24%, regresiones conductuales 10%, aislamiento 4%.

Sobre el agresor sexual, la mayor parte de los que abusan además de ser conocidos por sus víctimas no son psicóticos y gran porcentaje realizan los abusos sin estar bajo el efecto de alcohol. Según el manuscrito *Abuso Sexual al Menor* escrito de manera original por la Fundación Yaocihuatl A.C., Torices, (1994) Server y Janzen (1972) reportan en un estudio sobre abusadores sexuales que los perpetradores son incapaces de sentir interés por sus víctimas y no comprenden que sus acciones son nocivas para los niños. En algunos aparecen sentimientos de culpa, pero no por las consecuencias psicológicas o traumáticas que dejaron en los niños, más bien se deben al hecho de que saben que lo que hacen es pecaminoso, prohibido o delictuoso. La mayoría de los culpables niegan su falta, sino que incluso culpan al niño o a la niña de conductas seductoras para con ellos, evadiendo su responsabilidad que como adultos tienen ante lo acontecido.

Finkelhor (1987) menciona tres situaciones; una es que éstas actitudes están relacionadas a que la mayoría de los hombres mantienen muy pocos momentos de convivencia y acercamiento físico con las niñas y los niños a diferencia de las madres, ya que en nuestra sociedad se establece que los hombres no son responsables directos de la educación del niño; en segundo término la mujer tiene una mayor relación con las funciones excretorias y de limpieza de la zona pélvica de los niños y las niñas lo que crea una relación de mayor naturalidad con estas zonas lo que disuelve algún grado de tensión entre la mujer y el niño o niña; por lo que los hombres desconocen su lógica y su lenguaje y además parece que van desarrollando poco reconocimiento hacia los sentimientos de bienestar de los niños y las niñas; y en tercer lugar los canales socialmente condicionados, para la mujer existe un mayor énfasis en la mutualidad y el afecto como fundamento para la involucración sexual además de elegir a una pareja de mayor edad, mientras que para el hombre hace énfasis en la gratificación como un fin mismo y a adoptar ver a la otra persona como un objeto.

Si aunamos a estos factores otros elementos tales como las historias vividas en la infancia, el problema se vuelve más complejo. Según la investigación de Sánchez (1991) referida por Yaocihuatl A.C., Torices, (1994); los abusadores llegaron a convertirse en victimarios debido a una serie de limitaciones y carencias afectivas aprendidas a lo largo de su vida. Dicha investigación encontró que fueron niños que vivieron maltrato físico y psicológico en su infancia y provenían de familias disfuncionales con poca o nula comunicación. Esto conlleva la necesidad de, que además de recibir una sanción jurídica, reciban atención especializada que los haga tomar conciencia del daño que ocasionan a los niños y las niñas con quienes cometieron abuso y de las causas psicológicas que los inducen a tener contactos sexuales con los menores.

Los datos de la OPS (2003), sobre los hombres propensos a la violencia son escasos y corresponden en su mayor parte a los violadores detenidos. Se menciona el consumo de alcohol y drogas, sobre todo cocaína, por el efecto de reducir las inhibiciones; pero algunas investigaciones de antropología social sobre la violencia y del consumo de alcohol (embriaguez) parecen indicar que son producto del

aprendizaje social. Hay datos probatorios de que la violencia sexual también es una conducta aprendida pues hay estudios que demuestran que alrededor de uno de cada 5 niños que fue abusado sexualmente, se convierte en alguna etapa posterior de su vida en victimario de otros niños.

En relación a los reportes, que también son escasos, sobre el tratamiento para adultos que han abusado sexualmente de niñas y niños está el de Himanshu (2006). Menciona que los tratamientos no son siempre exitosos; el tratamiento psicológico para adultos que han abusado sexualmente puede reducir el índice de que repitan la acción, pero no provee la cura. Especialistas en psicología y criminología revisaron las evidencias de estudios publicados, se comparan dos grupos, uno de perpetradores que asistieron a terapia y otro grupo que no asistió. Durante los subsiguientes diez años gran parte de los que fueron a terapia fueron nuevamente arrestados por altos índices de recidiva, algunos que llevaron el tratamiento completo reincidían en delitos con menor grado de violencia, inclusive no sexual y en menor frecuencia.

Hay ciertos factores que aumentan el riesgo de que una persona sea coaccionada, según datos de los sistemas de administración de justicia y los centros de crisis para los casos de violación de Chile, Estados Unidos, Malasia, México, Papúa Nueva Guinea y Perú; entre la tercera y las dos terceras partes de las víctimas de agresiones sexuales tienen 15 años de edad o menos, pertenecer a una familia disfuncional, en donde hay carencia de afecto, que están educados para obedecer y callar, pocas relaciones sociales, autoestima poco nutrida, nula educación de la sexualidad, cuando hay una discapacidad y cuentan con pocas habilidades para comunicarse, desplazarse o poner límites; dificultad para identificar tocamientos íntimos e institucionalización. Otros factores son el consumo de alcohol y drogas, ya que la dificultad para la defensa o protección personal; factores sociales relacionados con las leyes y políticas adoptadas en relación a la igualdad de género y con la violencia sexual en particular, la pobreza y el desempleo favorece que las mujeres y las niñas acepten trabajos en donde se ejerza la prostitución (OPS, 2003).

Para Barragán (2005, p. 66) quienes ejercen la violencia asumen la “vulnerabilidad” de las personas a las que agreden. Las personas por ser mujeres o chicos de buen comportamiento “no son vulnerables”. *Es quien ejerce la violencia quien considera y proyecta esa concepción errónea de vulnerabilidad que significa la consideración de inferioridad de otras personas o colectivos*

### **Marco legal**

El Código Penal Federal establece que cualquier acto de violencia sexual es un delito, es fundamental conocer la siguiente información tomada de manera textual de la última reforma publicada (DOF 19-08-2010). Este Código se aplica en toda la República Mexicana para los delitos del orden Federal.

Se hará referencia a algunos delitos sexuales contemplados en el Código Penal del Distrito Federal y otros contemplados en el Código Penal Federal:

## CAPÍTULO VIII

### *Pederastia*

Artículo 209 Bis.- Se aplicará de nueve a dieciocho años de prisión y de setecientos cincuenta a dos mil doscientos cincuenta días multa, a quien se aproveche de la confianza, subordinación o superioridad que tiene sobre un menor de dieciocho años, derivada de su parentesco en cualquier grado, tutela, curatela, guarda o custodia, relación docente, religiosa, laboral, médica, cultural, doméstica o de cualquier índole y ejecute, obligue, induzca o convenza a ejecutar cualquier acto sexual, con o sin su consentimiento.

La misma pena se aplicará a quien cometa la conducta descrita del párrafo anterior, en contra de la persona que no tenga la capacidad de comprender el significado del hecho o para resistirlo.

Si el agente hace uso de violencia física, las penas se aumentarán en una mitad más.

El autor del delito podrá ser sujeto a tratamiento médico integral el tiempo que se requiera, mismo que no podrá exceder el tiempo que dure la pena de prisión impuesta.

Además de las anteriores penas, el autor del delito perderá, en su caso, la patria potestad, la tutela, la curatela, la adopción, el derecho de alimentos y el derecho que pudiera tener respecto de los bienes de la víctima, en términos de la legislación civil.

Cuando el delito fuere cometido por un servidor público o un profesionista en ejercicio de sus funciones o con motivo de ellas, además de la pena de prisión antes señalada, será inhabilitado, destituido o suspendido, de su empleo público o profesión por un término igual a la pena impuesta.

Artículo 209 Ter.- Para efecto de determinar el daño ocasionado al libre desarrollo de la personalidad de la víctima, se deberán solicitar los dictámenes necesarios para conocer su afectación. En caso de incumplimiento a la presente disposición por parte del Ministerio Público, éste será sancionado en los términos del presente Código y de la legislación aplicable.

En los casos en que el sentenciado se niegue o no pueda garantizar la atención médica, psicológica o de la especialidad que requiera, el Estado deberá proporcionar esos servicios a la víctima.

Código penal del Distrito Federal (Asamblea Legislativa del Distrito Federal. Comisión de Administración y Procuración de Justicia, 2010, pp. 103-118)

## **Marco legal de delitos sexuales y abuso sexual infantil**

Los delitos sexuales se encuentran comprendidos en el Título Quinto del Código Penal para el Distrito Federal y cuyo bien jurídico tutelado es la libertad, la seguridad sexual y el normal desarrollo psicosexual.

### *Capítulo I*

Art. 174.- Violación: Al que por medio de la violencia física o moral realice cópula con persona de cualquier sexo se impondrá prisión de 6 a 17 años.

Cópula: introducción del pene al cuerpo humano por vía vaginal, anal o bucal.

Equiparada: introducción vía vaginal o anal, cualquier elemento, instrumento o parte del cuerpo humano distinto al pene por medio de la violencia física o moral.

Se persigue de oficio salvo que exista vínculo matrimonial de concubinato o de pareja.

Art. 175.- Equiparada: Al que realice cópula con persona que no tenga la capacidad de comprender el significado del hecho o por cualquier causa no pueda resistirlo o introduzca por vía vaginal o anal cualquier elemento, instrumento o cualquier parte del cuerpo humano distinto al pene en una persona que no tenga capacidad comprender el significado del hecho o por cualquier causa no pueda resistirlo (6-17 años).

En estos casos si hay violencia física o moral la pena aumenta en un 50%.

### *Capítulo II*

Art. 176.- Abuso sexual: Al que sin consentimiento de una persona y sin el propósito de llegar a la cópula, ejecute en ella un acto sexual, la obligue a observarlo o la haga ejecutarlo (de 1 a 6).

Si se hiciere uso de violencia física o moral, la pena se aumentará en una mitad.

Se persigue por querrela salvo que concurra violencia.

Art. 177.- Al que sin el propósito de llegar a la cópula ejecute un acto sexual en una persona que no tenga la capacidad de comprender el significado del hecho o que por cualquier causa no pueda resistirlo, o la obligue observar o ejecutar dicho acto, (de 2 a 7).

Art. 178.- (Agravantes). Las penas previstas para la violación y el abuso sexual se aumentaran en 2 terceras partes, cuando fueren cometidos:

- I. Con intervención de 2 o más personas.
- II. Por ascendiente contra su descendiente, éste contra aquel el hermano contra su colateral, el tutor contra su pupilo, el padrastro o la madrastra contra su hijastro, éste contra cualquiera de ellos, amasiato de la madre o del padre contra cualquiera de los hijos de estos o los hijos contra aquellos, además de la pena de prisión, el culpable perderá la patria potestad o tutela en los casos correspondientes así como los derechos sucesorios con respecto del ofendido.
- III. *Por quien desempeñe un cargo o empleo público o ejerza su profesión utilizando los medios o circunstancias que ellos le proporcionen.* Además de la pena de prisión el sentenciado será destituido de su cargo o empleo o suspendido por el término de 5 años en el ejercicio de dicha profesión.
- IV. Por la persona que tenga al ofendido bajo su custodia, guarda o educación o aproveche la confianza en ella depositada.
- V. Fuere cometido al encontrarse la víctima a bordo de un vehículo particular o de servicio público.
- VI. En despoblado o lugar solitario.

### Capítulo III

Art. 179.- Hostigamiento sexual: Al que acose sexualmente con la amenaza de causarle a la víctima un mal relacionado respecto a la actividad que los vincule. (6 meses a 3 años).

Si el hostigador fuese servidor público y se aprovechara de esa circunstancia, además de la pena prevista se le impondrá destitución por un lapso igual de la pena de prisión impuesta.

Se persigue por querrela.

### Capítulo IV.

Art. 180.- Estupro: Al que tenga cópula con persona mayor de 12 años y menor de 18 años, obteniendo su consentimiento por medio de cualquier tipo de engaño, (6 meses a 4 años).

Se persigue por querrela.

## Capítulo V.

Art. 181.- Incesto: A los hermanos y a los ascendientes o descendientes consanguíneos en línea recta, que con conocimiento de su parentesco, tengan cópula entre sí (de 1 a 6 años de prisión o tratamiento en libertad).

Cuando uno de los hermanos o descendiente consanguíneo sea mayor de 18 años y el otro sea menor de 12 años se la aplicará al primero de (8 a 20 años).

Se persigue por querella.

## Capítulo VI.

Violación, abuso sexual y hostigamiento sexual, cometido a menores de doce años de edad.

Art. 181 bis.- Violación: Al que realice cópula con persona de cualquier sexo menor de doce años, (de 8 a 20 años).

Se sancionará con la misma pena al que introduzca en una persona menor de doce años por vía vaginal o anal cualquier elemento, instrumento o cualquier parte del cuerpo humano, distinto al pene, con fines sexuales.

*Abuso sexual:* al que sin el propósito de llegar a la cópula, ejecute en ella un acto sexual, en una persona menor de 12 años, o persona que no tenga la capacidad de comprender el significado del hecho o por cualquier causa no pueda resistirlo, o la obligue a observar o ejecutar dicho acto (de 2 a 7 años).

*Hostigamiento sexual:* al que acose sexualmente a víctima menor de 12 años con la amenaza de causarle un mal relacionado respecto de la actividad que los vincule (de 2 a 7 años).

Para estos delitos a menores si se ejerciere violencia física o moral, las penas se aumentarán en una mitad.

Las penas anteriores se aumentarán hasta una tercera parte si se cometieran en contra de 2 o más personas.

Art. 181, Ter.- (agravantes) las penas previstas en el artículo anterior se aumentarán en dos terceras partes, cuando son cometidas:

- I. Con la intervención directa de 2 o más personas.
- II. Al que tenga con la víctima, parentesco de afinidad o consanguinidad, patria potestad, tutela, guarda y custodia, además de la pena de prisión el culpable perderá la patria potestad de todos sus descendientes, la



tutela, derecho de alimentos y derechos sucesorios que tenga respecto de la víctima, pero no cesará su obligación alimentaria para con ella.

- III. *Quien desempeñe un cargo o empleo público, utilizando los medios que ellos le proporcionen, además de la pena de prisión será destituido de su cargo empleo o comisión.*
- IV. *Por quienes tengan contacto con la víctima por motivos laborales, docentes, médicos, domésticos, religiosos o cualquier otro que implique confianza o subordinación o superioridad. Además de la pena de prisión, el sentenciado será suspendido por un término igual a la pena impuesta en el ejercicio de su empleo, cargo o profesión.*
- V. Por quien habite ocasional o permanentemente en el mismo domicilio de la víctima.
- VI. Aprovechando la confianza depositada en ella por la víctima, por motivos de afectividad, amistad o gratitud.
- VII. Encontrándose la víctima a bordo de un vehículo particular o de servicio público.
- VIII. En despoblado o lugar solitario.

### **Delitos contra el libre desarrollo de la personalidad.**

Existe en nuestra legislación penal, un amplio catálogo de delitos cometidos en agravio de personas menores de 18 años o personas que no tengan capacidad de comprender el significado del hecho o de resistir la conducta, relacionados con conductas sexuales.

#### *Capítulo I*

Corrupción de personas menores de edad o personas que no tengan la capacidad para comprender el significado del hecho o que no tengan la capacidad de resistir la conducta.

Art. 183. - Al que comercie, distribuya, exponga, haga circular u oferte a menores de 18 años o personas que no tengan la capacidad de comprender el significado del hecho o que no tienen capacidad de resistir la conducta, libros, escritos, grabaciones, filmes, fotografías, anuncios impresos, imágenes u objetos, de carácter lascivo o sexual, reales o simulados, sea de manera física o a través de cualquier medio. (de 1 a 5 años y de 500 a mil días multa).

Art. 184. - Al que por cualquier medio obligue, procure, induzca o facilite a un menor de 18 años o persona que no tenga la capacidad de comprender el significado del hecho o de resistir la conducta a realizar actos de exhibicionismo corporal, lascivos

o sexuales, simulados o no, con fin lascivo o sexual, prostitución, ebriedad, consumo de drogas o enervantes, prácticas sexuales o a cometer hechos delictuosos (de 7 a 12, y de mil a 2500 días multa).

Las penas se incrementan cuando de la práctica reiterada las personas menores de 18 años o que no tienen capacidad de comprender el significado del hecho o de resistir la conducta, adquieren los hábitos del alcoholismo, fármaco dependencia, se dediquen a la prostitución, práctica de actos sexuales, a formar parte de una asociación delictuosa o delincuencia organizada. (de 10 a 15 años y de mil a 2500 días multa)

Al que procure o facilite la mendicidad (de 4 a 9)

#### Art. 185.-

- I. Al que emplee directa o indirectamente los servicios de menores de 18 años, o personas que no tengan la capacidad de comprender el significado del hecho o de resistir la conducta en cantinas, tabernas, bares, centros de vicio, discotecas u otro lugar nocivo en donde se afecte de forma negativa su sano desarrollo físico, mental o emocional o
- II. Acepte o promueva que su hijo, pupilo o personas que estén bajo su guarda, custodia, tutela, menores de 18 años, personas que no tengan la capacidad de comprender el hecho o de resistir la conducta laboren en cantinas, etc...(de 5 a 7 y 500 a mil días multa).

### *Capítulo II*

Art. 186.- Turismo sexual: (de 7 a 14 y de 2000 a 6000) al que promueva facilite publicite, invite facilite o gestione que una persona viaje al territorio del D.F. o de éste al exterior para realizar o presenciar actos sexuales con una persona menor de 18 años o persona que no tenga la capacidad de comprender el hecho o de resistir la conducta.

### *Capítulo III*

Art. 187.- Pornografía: Al que procure, promueva, obligue, publicite, gestione, facilite, induzca a persona menor de 18 años o persona sin capacidad para comprender el significado del hecho o de resistir la conducta, a realizar actos sexuales o de exhibicionismo corporal con fines lascivos o sexuales reales o simulados con el fin de video grabarlos, audio grabarlos, fotografiarlos, filmarlos, exhibirlos o describirlos mediante anuncios impresos... (7 a 14)

Art. 188 bis.- Trata de personas: Al que promueva, facilite consiga, traslade, entregue o reciba para sí o para un tercero a una persona para someterla a cualquier forma de explotación sexual, trabajos o servicios impuestos de manera

coercitiva o para que le sea extirpado cualquiera de sus órganos, tejidos o sus componentes, dentro del territorio del D.F.... (10 a 15).

Si la víctima es menor de 18 años o sin capacidad para comprender el significado del hecho o de resistir la conducta, las penas se aumentarán hasta en una mitad.

Art. 189 bis.- Lenocinio: al que explote su cuerpo por medio del comercio carnal u obtenga un lucro, lo induzca o regentee, administre prostíbulos casas de cita... (de 8 a 15 y clausura de establecimientos).

Art. 190 bis.- Explotación laboral de menores o personas con discapacidad física o mental. Al que por cualquier medio, regentee, administre, induzca u obtenga un beneficio económico a través de la explotación laboral de un menor o persona con discapacidad física o mental, poniéndolo a trabajar en las calles, avenidas ejes viales espacios públicos, recintos privados o cualquier vía de circulación (2 a 6).

### ***Atención al maltrato y abuso sexual en el contexto escolar***

Cuando en el centro escolar un niño o una niña revela a algún docente, directivo o quien forme parte del personal que labora en el centro, que está siendo víctima de abuso sexual, es responsabilidad de esta persona atender de inmediato la denuncia considerando, en primer término, el procedimiento de intervención y a la vez tomar las medidas de acuerdo a los Aspectos Generales, Integridad del Alumno, numeral 41 de Los Lineamientos Generales para la Organización y Funcionamiento de los Servicios de Educación Inicial, Básica, Especial y para Adultos en el D.F. Ciclo Escolar 2010-2011 (p. 19-20).

Sin excepción, toda queja o denuncia de maltrato físico, psicológico o de abuso sexual a los alumnos será atendida y documentada de manera inmediata por el director del plantel de que se trate, con base en las disposiciones vigentes aplicables y los *Lineamientos para la atención de quejas o denuncia por maltrato escolar y/o abuso sexual infantil en los planteles de educación básica del Distrito Federal*, ya que de no hacerlo incurrirá en responsabilidad administrativa, laboral o penal.

Para tal efecto, procederá de inmediato a notificar por escrito la situación a las autoridades superiores y a elaborar el acta de hechos correspondiente, solicitando, en caso necesario, la intervención del área de Apoyo Jurídico.

Paralelamente el director del plantel en conjunto con la supervisión de su jurisdicción tomará las medidas necesarias para prevenir, atender y en su caso, denunciar el hecho ante las autoridades competentes.

En caso necesario se solicitará a la Coordinación de Asuntos Jurídicos la intervención de UAMASI (...) con la finalidad de atender a los afectados y contribuir

al esclarecimiento de los hechos (...) notificándolo por escrito a las autoridades superiores.

Si de la investigación realizada se desprende que el personal ha incurrido en las causales establecidas por el art. 46 (...) de la Ley Federal de los Trabajadores al Servicio del Estado el director instrumentará acta administrativa (...).

En todas las actuaciones, durante el proceso de elaboración del acta procedente, se preservará la integridad física y psicológica de los alumnos involucrados quienes en todo momento deberán estar acompañados de sus padres o tutores. Deberá crearse el escenario adecuado para que durante la intervención del menor en el acta procedente no esté al alcance de su vista el presunto responsable. Por ningún motivo se debe confrontar al menor involucrado con el presunto responsable. La copia del acta instrumentada será entregada a todos los declarantes, firmando de recibido en el documento original (...)

*Numeral 42.* Es responsabilidad del director y la autoridad inmediata superior, tomar las medidas que aseguren al educando la protección y el cuidado necesario para preservar su integridad física, psicológica y social, sobre la base del respeto a su dignidad.

*Numeral 43.* Cuando en los planteles escolares se identifique a algún alumno con señales de maltrato o abuso físico o sexual cometido fuera de la escuela, el director procederá de inmediato a notificar la situación a las autoridades superiores y a elaborar el acta de hechos correspondiente. La coordinación sectorial (...) solicitará la intervención de personal de la Unidad de Atención a la Violencia Intrafamiliar (UAVF) dependiente del GDF, o al área jurídica del DIF con base en los acuerdos institucionales establecidos (...). En los casos de presentarse una situación donde el alumno requiera atención médica de urgencia, el director notificará de inmediato vía telefónica a una institución de emergencia médica (Cruz Roja 065, Secretaría de Seguridad Pública del GDF 5722-8800, ERUM 5722-8800, ext. 6452, Secretaría de Protección Civil del GDF dir. 5683-1154/2131)

Si la madre es quien solicita la ayuda se deberá dar la orientación oportuna considerando los procedimientos de intervención inmediata.

Si bien la problemática de abuso sexual es amplia, existen formas para poder erradicarla y una es la educación de la sexualidad que es en la que como actores educativos podemos incidir. Para eso se requiere del conocimiento de los conceptos vertidos en este apartado, formación, compromiso y disposición. Sacudamos la ignorancia, la apatía y los prejuicios y actuemos en pro del bienestar y de un desarrollo integral saludable de los educandos.

## **Bibliografía**

- 1) Administración Federal de Servicios Educativos en el Distrito Federal. (2010). Lineamientos Generales para la Organización y Funcionamiento de los Servicios de Educación Inicial, Básica, Especial y para Adultos en el Distrito Federal Ciclo Escolar 2010-2011. México: SEP.
- 2) Álvarez-Gayou, J. L. (1986). Sexoterapia Integral. México: Manual Moderno.
- 3) Álvarez-Gayou, J.L. (1990). Elementos de Sexología. México: Interamericana.
- 4) Ariès, P. (1987). El niño y la vida familiar en el Antiguo Régimen. Madrid: Taurus.
- 5) Asamblea Legislativa del Distrito Federal. Comisión de Administración y Procuración de Justicia, (2010). Código Penal para el Distrito Federal. México: SISTA.
- 6) Barragán F., De la Cruz, J.M., Doblas, J.J., Padrón, M., Navarro, A. (2005). Violencia, Género y Cambios Sociales. Málaga: Aljibe.
- 7) Barragán, F. (1997). Niñas, niños, maestros, maestras: una propuesta de educación sexual. España: Diada.
- 8) Batres, G. (1997). Del ultraje a la esperanza. Tratamiento de las secuelas del incesto. San José de Costa Rica: Cooperación para Centroamérica de la Embajada Real de los Países Bajos.
- 9) Blume, E. S. (1990). Secret Survivors: Uncovering Incest and its aftereffects in women. New York: Wiley.
- 10) Bruce, D. (1993). Neurodevelopment and the Psychophysiology of Trauma I: Conceptual Considerations for Clinical Work with Maltreated Children. The Child Trauma Academy. Extraído el 21 de Febrero de 2010 desde [www.childtrauma.org](http://www.childtrauma.org) <http://www.childtrauma.org/ctamaterials/apsac1.asp>
- 11) Bustos, O. (1994). La formación del género: Impacto de la Socialización a través de la educación. En Antología de la Sexualidad Humana de CONAPO. México: Porrúa.
- 12) Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión. (2009). Ley General de Acceso a las Mujeres a una Vida Libre de Violencia. México: DOF.
- 13) Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión. (2010). Código Penal Federal (DOF 19-08-2010). Extraído el 15 de Noviembre de 2010 desde <http://www.diputados.gob.mx/leyesbiblio/pdf/9.pdf>
- 14) Cazorla, G., Samperio, R. Y Chirino I. (1992). Alto a la agresión sexual. México: Diana
- 15) CNDH. (2003). Hagamos un hecho nuestros derechos: Campaña Nacional por los derechos sexuales de las y los jóvenes. México: CNDH.
- 16) Cohen, J., Ezer, T., mcadams, P. Y Miloff, M. (2007). La Salud Sexual y los Derechos Humanos: Una guía de recursos. Montreal/Nueva York: OSI, EQUITAS.
- 17) Comisión Derechos Humanos del Distrito Federal. (2007). Manual Para Construir la Paz en el Aula. México: CDH del DF.
- 18) Comisión Nacional de Derechos Humanos. (2010). El abuso sexual al menor. México: UNAM- PAIVSAS.

- 19) Convención sobre los derechos del niño. Extraído el 14 de Marzo de 2011 desde.  
www.cimacnoticias.com/especiales/amndi/instrumentos\_inter/1\_convencion\_derechos\_nino.pdf
- 20) De la Peña, R. (2001). La Sexualidad en las Metrópolis de México al iniciar el siglo XXI. Archivos Hispanoamericanos de Sexología, 7 (2), 151-179.
- 21) De Mause, L. (1982). Historia de la Infancia, Madrid: Alianza Universidad.
- 22) Elige. (2003). Jóvenes documentando y denunciando violaciones a sus derechos sexuales y reproductivos, en Boletín Eligiendo, 1 (3).
- 23) Feinberg, J. (1980). Rights, Justice and the Bounds of Liberty. Nueva Jersey: Princeton University Press.
- 24) Finkelhor, D. (1987). El abuso sexual al menor, causas, consecuencias y tratamiento psicosexual. México: Pax.
- 25) Giraldo, N.O. (1997). Explorando las Sexualidades Humanas. Colombia: Autor.
- 26) González, M. (2008). Derechos humanos de los Niños: una propuesta de fundamentación. México: IIJ-UNAM.
- 27) González, M. (2009). Derechos sexuales: niños, niñas y adolescentes. Extraído el 2 de Marzo de 2011 desde [http://www.law.yale.edu/documents/pdf/Student\\_Organizations/SELA09\\_gonzcontro\\_PV.pdf](http://www.law.yale.edu/documents/pdf/Student_Organizations/SELA09_gonzcontro_PV.pdf)
- 28) González, R. (2001). Asalto sexual por la pareja íntima. Ponencia para la Federación Mexicana de Gineco-Obstetricia. Tijuana, Baja California, México: Monográfico.
- 29) Grown, C., Rao Gupta, G. Y Kes, A. (2005). Taking Action: Achieving Gender Equality and Empowering women. Washington, DC: ONU.
- 30) Hagedorn, R. (1997). Occupational Therapy: Perspectives and processes. Edinburgh: Churchill Livingstone.
- 31) Himanshu, T. (2006). Does psychological treatment for adult sex offenders work? British Medical Journal. (333), 5-6.
- 32) IPAS. (2005). Derechos sexuales y derechos reproductivos. En: Boletín, dialogar para construir. México: IPAS.
- 33) Kolodny, R., Masters, W., & Johnson, V. (1983). Tratado de Medicina Sexual. España: Salvat Editores.
- 34) McCary, J., Álvarez-Gayou, J. L., Del Río, C., Suárez, J. L. (1996). Sexualidad Humana de McCary. México: Manual Moderno.
- 35) Ochaíta, E., y Espinosa, M.A. (2004). Hacia una teoría de las necesidades infantiles y adolescentes: Necesidades y derechos en el marco de la Convención de las Naciones Unidas sobre derechos del niño, Madrid: mcgraw-Hill/UNICEF.
- 36) OPS, OMS. (2009). Plan de Acción Sobre la Salud de los Adolescentes y los Jóvenes. Washington DC: OPS/OMS.
- 37) OPS/OMS/WAS. (2000). Promoción de la salud sexual: Recomendaciones para la acción. Antigua, Guatemala: OPS/OPS.
- 38) OPS/WAS. (2009). Salud Sexual para el milenio: Declaración y Documento Técnico. Washington DC: OPS.

- 39) OPS. (2002). Programa Mujer, Salud y Desarrollo. Serie Género y Salud Pública (13). Documento base para la discusión: Violencia Sexual Basada en el Género y la Salud. Una aproximación Conceptual. San José Costa Rica: OPS
- 40) OPS. (2003). La violencia sexual en: Informe Mundial Sobre la Violencia y la Salud. Washington: OPS.
- 41) Pick, S. (1998). Planeando tu Vida: Programa de Educación Sexual para la Vida dirigido a Adolescentes. México: Planeta.
- 42) Sánchez, J. J. (1995). Perfil Sexológico del Adolescente Escolar de la Ciudad de México. Archivos Hispanoamericanos de Sexología. 1 (2), 169-200.
- 43) Shalev, A. (2000). Estrés traumático y sus consecuencias: Manual para el personal de asistencia profesional. Washington, DC: OPS/OMS.
- 44) Torices, R. Y Ávila, G. (2006). Orientación y Consejería en Sexualidad para personas con Discapacidad. México: Trillas.
- 45) Torres, M. A. (1998). Comportamiento Erótico de los y las Adolescentes. Archivos Hispanoamericanos de Sexología. 4 (2), 259-306.
- 46) WHO. (2010). Standards for Sexuality Education in Europe. Cologne: Federal center for Health Education.
- 47) XVII Conferencia Internacional de SIDA. (2008). Declaración Ministerial, Prevenir con Educación: <sup>1era</sup> Reunión de Ministros de Salud y Educación para Detener el VIH e ITS en Latinoamérica y El Caribe.
- 48) Yaoccihuatl A.C., Torices, I. (1994). Abuso Sexual al menor. Manuscrito Inédito. México: IMESEX.

## II Anatomía higiene y respuesta sexual infantil

**Guadalupe Ávila García**  
**Irene Torices Rodarte**

### **Introducción**

La anatomía sexual humana es la base de la construcción del comportamiento que diferencia e identifica a los seres humanos como mujeres y hombres. Como interesados y dedicados a la educación de las niñas y los niños, es básico conocer las estructuras que conforman los órganos sexuales para integrar esta información en los procesos de enseñanza aprendizaje relacionados con la educación de la sexualidad.

Los órganos sexuales de mujeres y hombres se pueden dividir en *Órganos Sexuales Pélvicos Externos* (OSPES) y *Órganos Sexuales Pélvicos Internos* (OSPIS), llamados así por su ubicación topográfica, y las mamas o pechos. Además de representar la distinción principal entre los sexos, su función entre otras es contribuir en el desarrollo de los caracteres sexuales secundarios, la reproducción y la respuesta sexual humana.

*Durante la infancia el crecimiento de los órganos sexuales internos, tanto en las niñas como en los niños, es lento con relación al que se presenta en la pubertad por la presencia y acción de las hormonas sexuales (Prieto, 1998).*

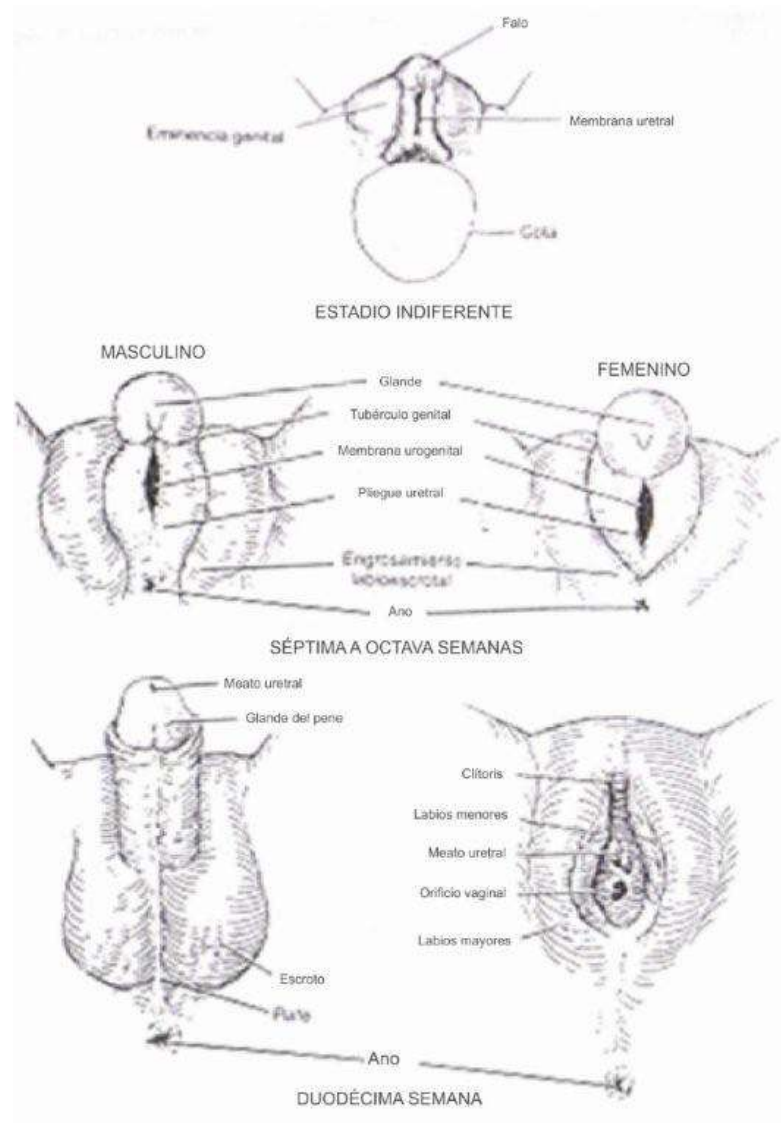
### **Desarrollo prenatal de las gónadas: testículo y ovarios.**

Aunque el sexo genético del embrión es regido al ocurrir la fecundación por la clase de espermatozoide que fecunda al ovulo, no hay indicación morfológica del sexo antes de la séptima semana, etapa en la cual las gónadas, ovarios o testículos futuros, comienzan a adquirir caracteres sexuales. El sistema genital incipiente es semejante en hombres y mujeres y en etapa inicial todos los embriones humanos, sin deficiencias, son potencialmente bisexuales. Este período se llama período indiferenciado de los órganos sexuales.

*La gónada indiferenciada consiste en esta etapa en la corteza externa y en la médula interna; en embriones con complemento cromosómico XX la corteza se convierte por diferenciación en ovario y la médula experimenta regresión. En embriones con complemento cromosómico sexual XY la médula se convierte por diferenciación en testículo y la corteza experimenta regresión. El cromosoma Y tiene efecto intenso de inducción testicular sobre la médula de la gónada indiferenciada.*



La falta de cromosoma Y hace que se forme el ovario. En consecuencia, el complemento cromosómico sexual durante la fecundación rige la clase de gónada en que se convertirá la gónada indiferenciada. Así pues las gónadas rigen el tipo de diferenciación sexual que ocurre en los conductos genitales y los genitales externos (Moore, 1979, p. 235, 237). Es decir los órganos sexuales pélvicos internos y externos.



**Figura 1.** Diferenciación de los órganos sexuales externos de hombre y mujer a partir de estructuras primordiales durante el desarrollo embrionario (Gagnon, 1996, p. 465).

Hasta la sexta semana de desarrollo estas estructuras son idénticas en ambos sexos. En los hombres genéticos la médula evoluciona a testículo durante la séptima y octava semanas y la corteza sufre regresión. Aparecen células de Leydig y de Sertoli y se secretan testosterona y sustancia inhibidora mulleriana. En las mujeres genéticas la corteza evoluciona a ovario y hay regresión de la médula. El

ovario embrionario no secreta hormonas. Las hormonas de la madre no tienen efectos sobre la diferenciación hormonal del feto. En la séptima semana de gestación el embrión tiene conductos genitales primordiales tanto de hombre como de mujer. En un feto mujer el sistema del conducto Mulleriano se desarrolla entonces en trompas uterinas (oviductos) y útero. En el feto hombre el sistema de conducto Wolfianos a cada lado, desarrolla el epidídimo y conductos deferentes. Los órganos sexuales externos son similarmente bipotenciales hasta la octava semana. De ahí en adelante desaparece la hendidura urogenital y se forman los órganos sexuales del hombre o, en forma alternativa permanece abierta y se forman los órganos sexuales de la mujer.

Cuando hay testículos funcionales en el embrión se desarrollan los órganos sexuales de hombre internos y externos. Las células de Leydig del testículo fetal secretan testosterona (Gagnon, 1996).

El ovario se identifica aproximadamente en la décima semana; hacia la semana dieciséis comienzan a producirse los folículos primordiales que consisten en un oogonio que son los precursores de los folículos primarios de los cuales la mayor parte permanecen inactivos hasta la pubertad. Durante la vida fetal hay mitosis activa de los oogonios que produce millares de estas células germinativas primarias. En fetos mujeres a término ya no se desarrollan oogonios ni en la etapa posnatal (Moore, 1979).

### ***Órganos sexuales pélvicos de la niña***

**Órganos sexuales externos.** Están constituidos por la vulva que a su vez está constituida de labios mayores, labios menores, himen, clítoris, y vestíbulo de la vagina; muy cerca de estas estructuras se encuentra el orificio uretral y el ano. En la parte antero superior de la vulva está el Monte de Venus que es un abultamiento de tejido graso, situado por delante de la sínfisis pubiana, no es un órgano, tan solo es una región; su piel contiene glándulas sudoríparas y sebáceas, (Torices y Ávila, 2006).

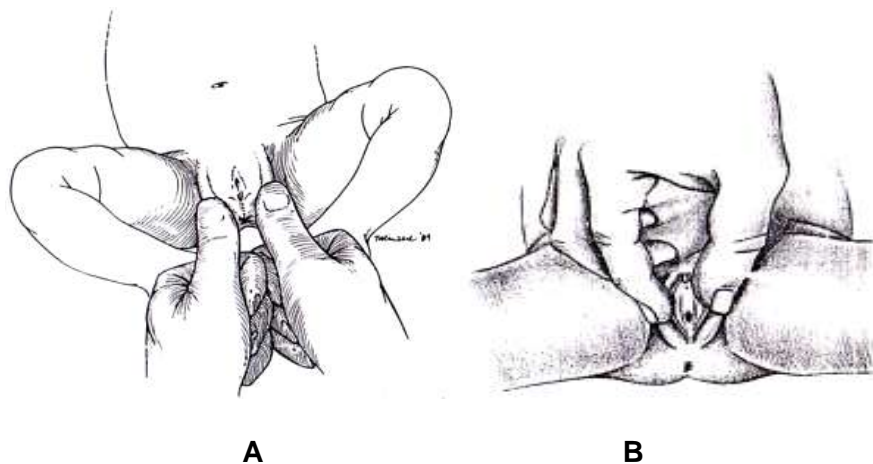
*Inmediatamente después del nacimiento y a veces durante dos a tres semanas, la vulva presenta características particulares dependientes de los rastros hormonales gravídicos que persisten en la niña, un poco como ocurre al comienzo de la pubertad, la vulva es congestiva, los labios mayores y menores están impregnados por una leucorrea blanca y puede suceder que aparezca una pequeña hemorragia que persista durante algunos días, al mismo tiempo que los pezones se endurecen y protruyen. Estos eventos constituyen una crisis genital neonatal fisiológica que se resuelve espontáneamente (Sersiron, 1985, p. 7-8).*

**Vulva:** La vulva en la niña se presenta como dos pequeños repliegues cutáneos verticales paralelos, ligeramente inclinados hacia abajo y hacia atrás, y que corresponde a los *labios mayores*. Estos constituyen la formación más prominente

de los órganos sexuales externos, son dos pliegues cutáneos longitudinales elevados y redondeados que se originan en el cuerpo perineal y se unen en el monte de Venus, limitan ambos lados de la vulva y se mantienen cerrados; su piel es suave y lisa, contienen múltiples glándulas sebáceas; al separarlos se observa que delimitan una cavidad ovalada, troncocónica, de fondo plano cuya cara interna forma su pared (Figura 2 A).

En la pubertad la vulva bajo la progresiva influencia de la secreción ovular estrogénica y corticosuprarrenal se modifica orientándose poco a poco hacia abajo y agrandándose en todos los sentidos. Los labios mayores forman rodetes que engrosan, aparece vello escaso en un inicio delgado y lacio que irá multiplicándose, rizando, engrosando y oscureciendo hasta cubrir el pubis y alcanzar la raíz de los muslos en un área triangular de base superior y cúspide vulvar en un período de dos o tres años. El desarrollo de la pilosidad está regido por las secreciones suprarrenales.

En conjunto la cavidad vulvar está impregnada de secreciones blanquecinas en abundancia variable.



**Fig. 2.** Vulva de la niña (Greydanus y Shearin, 1990, p. 29; Straffon, 1991, p. 25).

**Labios menores:** Son dos repliegues pequeños y delgados casi siempre asimétricos, de piel clara y grosor variable situados entre los labios mayores y el introito vaginal. Están separados por el himen y se unen por delante por encima del clítoris, constituyendo el capuchón que está formado por múltiples repliegues pequeños; por atrás se van adelgazando para confundirse con los labios mayores. Carecen de vello y glándulas sudoríparas, en cambio tienen una gran cantidad de glándulas sebáceas. En la pubertad aumentan en anchura hasta alcanzar de 2 a 4 cm. Mientras que en longitud se prolongan hacia atrás hasta unirse en la horquilla.

**Himen:** Es una membrana delgada y elástica finamente vascularizada usualmente de coloración rojiza se encuentra perforada, se coloca entre el conducto vaginal y el vestíbulo de la vagina, situada por dentro de los labios menores y ocluye parcialmente la entrada de la vagina, muy raras veces la ocluye totalmente. Su

orificio se abre espontáneamente en posición ginecológica, excepto si la niña lo contrae. Su diámetro en el nacimiento raramente es inferior a 7 mm y llega a ser de 10 a 12 mm antes del comienzo de la pubertad. En general, se encuentran tres tipos de himen: semilunar, anular y labiado. Un himen elástico puede romperse fácilmente ante la presencia de un traumatismo incluso leve y sin que la niña o la mujer se den cuenta, es por eso que muchas ocasiones en la exploración no se encuentra presente. Los restos del himen cuando son visibles se denominan carúnculas mirtiformes o himeneales. Al llegar la pubertad la membrana del himen se engrosa así como su orificio, cuyo diámetro alcanza 18-20 mm, no se abre espontáneamente y adopta la forma de una corola cuyos bordes se adhieren y forman un saliente ligeramente abombado. *El tejido del himen cuando es muy rígido, puede provocar dolor ante la penetración de algún objeto o el pene durante una relación sexual, cuando esto se presenta se hace necesario una himenotomía es decir un corte quirúrgico del himen* (Sersiron, 1985, p. 7-8).

*Meato urinario:* Es el orificio de la uretra por donde sale la orina, se abre en la parte anterior del vestíbulo aproximadamente a un centímetro por debajo del clítoris y a un centímetro por delante de la entrada de la vagina o del orificio de himen. Es pequeño y mide aproximadamente de dos a tres milímetros, no se abre de forma espontánea y es difícil de distinguir.

*Glándulas de Bartholino:* En dirección anal desembocan los orificios de las glándulas vestibulares mayores o *Glándulas de Bartholino* incluidas en el tercio posterior de los labios mayores a la altura del introito vaginal, entre los labios menores y la pared vaginal en ambos lados. Su longitud es de 1 a 2 cm, tienen el volumen de una almendra. Son glándulas pequeñas cuyo conducto excretor se abre en la base de los labios menores y tienen forma aplanada. Segregan un líquido que puede ayudar a la lubricación durante la respuesta sexual; estas glándulas funcionan hasta la pubertad. (Torices y Ávila, 2006; Provenzano, Lange y Tatti, 2006, Sersiron, 1985).

*La cara interna de los labios menores y de los labios mayores constituye la pared de la cavidad vulvar, también denominada vestíbulo, cuya superficie ovalada casi plana así circunscrita se conoce como techo, fondo o suelo de la vulva* (Sersiron, 1985 p. 7). Se vuelve irregular en la pubertad, lo cual dificulta su localización.

*Clítoris:* es una estructura cilíndrica, constituida por dos cuerpos cavernosos pequeños, estructuras esponjosas y eréctiles, fijas al periostio de la sínfisis púbica y por una estructura muy pequeña (Provenzano, Lange y Tatti, 2006). El clítoris de la niña recién nacida parece grande al compararse con el de una adolescente (Prieto, 1998). El glande mide aproximadamente 4-5 mm. Todo el clítoris, a excepción del glande, está cubierto por la parte superior de los labios menores, donde estos se unen y conforman el *capuchón del clítoris*.

Presenta abundantes terminaciones nerviosas sensoriales. Al estimularse el clítoris, puede agrandarse hasta duplicar su tamaño. *En la pubertad el capuchón del clítoris*

y el mismo clítoris aumentan, pero proporcionalmente menos que la vulva en su conjunto (Sersiron, 1985 p. 7-8). El glándula (la parte visible) del clítoris de una niña de 11 a 15 años mide 3x3 mm y de los 15 a los 19 años mide de 4 a 5 mm. (Figura 2 B) (Greydanus y Shearin, 1990).

*Las mamas:* Representan una de las más notables características sexuales secundarias en la mujer, están situadas en los músculos del pecho y se extienden entre la segunda y la séptima costilla, y de la línea media del pecho hasta la parte inferior de la axila.

En el momento inmediato al nacimiento los pechos, tanto de niñas como de niños, pueden presentarse abultados y en ocasiones producir una cierta cantidad de secreción semejante a la leche. Esto es debido a la estimulación de las hormonas maternas, disminuyendo rápidamente.

El pecho crece en general a lo largo con el tejido subcutáneo hasta la pubertad, incrementa su tamaño y empieza a envolverse de grasa. También puede incrementar su tamaño al comienzo de cada período menstrual y volver a su tamaño al finalizar la menstruación. Durante el embarazo es estimulado al crecimiento por complicados mecanismos hormonales los cuales culminan con la producción de leche para el recién nacido.

A la iniciación del desarrollo mamario se denomina *telarca*. Este desarrollo se registra por estadíos, denominados de Marshall y Tanner y es dependiente de los estrógenos (Herriot, Laufer y Goldstein, 2000). El estadio B1 inicia con la elevación del pezón (8-9 años) y se considera el primer signo externo de la pubertad; continuando el estadio B2 con la elevación de la mama y la papila en forma de eminencia pequeña y crecimiento del diámetro areolar (11 años); durante el estadio B3 hay un mayor crecimiento de la mama y la areola sin separación de sus contornos dando una forma cónica a la mama (11-12 años); en el estadio B4 se presenta un mayor crecimiento con proyección de la areola y la papila hasta formar una eminencia secundaria por arriba del nivel de la mama (12 años); y en el estadio B5 la glándula adulta es de forma redondeada (13 años en adelante). Marshall y Tanner refieren que el intervalo promedio que transcurre del estadio B2 al B5 es de 4.2 años. Estos cambios pueden tener variaciones ya que los mismos autores reportan que en niñas de raza negra los cambios se presentan con mayor rapidez que en las niñas de raza blanca.

La forma de las mamas es muy variable según las razas y diferentes estados fisiológicos como la edad, el embarazo, la lactancia o el período menstrual; lo mismo sucede con la consistencia: es firme y elástica en la mujer joven y que no ha tenido hijos; blanda y flácida en la mujer añosa. Sus dimensiones son igualmente variables, inclusive entre ambas mamas, y no guardan relación con la talla de la persona.

La mayor parte de la mama está cubierta por piel fina y móvil; la areola constituye el vértice de la mama, es una zona redonda y pigmentada que mide entre 1.5 y 2.5 cm

de diámetro, su coloración también varía, es rosada en la mujer joven y posteriormente adquiere un color amarronado que se marca más en el embarazo, su superficie presenta ciertos puntos levantados llamados tubérculos de Morgagni.

En el centro de la areola se encuentra la papila mamaria o pezón. Es cilíndrica, cónica y saliente y está ricamente dotada de fibras nerviosas que le dan mucha sensibilidad. Por el efecto de algunos estímulos como el frío, tocamiento o excitación sexual, la piel de la areola se contrae y proyecta el mamelón hacia delante, Duval denominó este fenómeno como “telotismo” (Latarjet, 1991).

En la parte interna de la mama se encuentra tejido celular subcutáneo que limita la piel y la glándula mamaria, entre ellas se encuentra tejido adiposo (grasa) y fibroso. La glándula mamaria es una masa casi oval, constituida por 15 a 20 lóbulos teniendo cada uno de ellos independencia funcional; cada lóbulo posee un conducto excretor que se dirige hacia el pezón. Producen y secretan leche durante la lactancia por la estimulación de succión que el lactante ejerce sobre la mama.

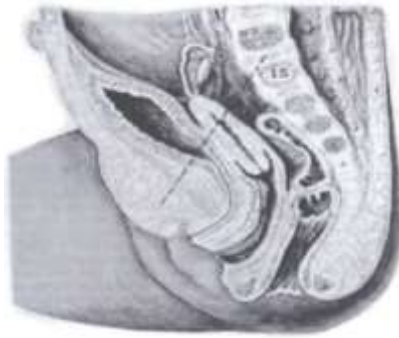
Otros cambios que se presentan en la pubertad es la presencia de vello en las axilas, un aumento en la sudoración que depende de las glándulas sudoríparas especiales que guardan relación con la línea láctea sobre la cual se forman las glándulas mamarias; así como la acumulación de grasa en las caderas y muslos.

**Órganos sexuales internos.** Los órganos sexuales internos están alojados en la pelvis ósea.

En la recién nacida el volumen de la pelvis es pequeña y su posición es horizontal por lo que en el lactante estos órganos están situados principalmente en la porción inferior de la cavidad abdominal propiamente dicha (Figura 3). La inclinación de la pelvis al adoptar la posición erguida y el aumento rápido de su capacidad durante la niñez permiten que la vejiga descienda hasta ocupar la característica del adulto.

La pelvis de la mujer y del hombre se diferencian en algunos aspectos relacionados fundamentalmente con la estructura más pesada y de mayor fortaleza muscular de los hombres y la adaptación de la pelvis de la mujer para albergar al feto. La estructura general de la pelvis del hombre tiene más peso, es más gruesa y suele mostrar marcas óseas prominentes a diferencia de la pelvis de la mujer que es más ancha y delgada y tiene un estrecho superior e inferior más grande.

Aunque existan diferencias anatómicas en las pelvis del hombre y mujer, la pelvis de una persona puede mostrar rasgos anatómicos comunes. Su forma dependerá de la arquitectura global y no sólo de su aspecto aislado o de las características de la generalidad (Torices y Ávila, 2006).



**Fig. 3.** *Pelvis de una recién nacida, en corte sagital, por la línea media (Lockhart, Hamilton y Fife, 1965)*

**Vagina:** Es un órgano muscular delgado parcialmente colapsado y rugoso: limitada por abajo por la membrana y el orificio del himen, y se amplía ligeramente hacia arriba para construir la cúpula vaginal en la que se protruye el cuello uterino.

La profundidad de la vagina es de aproximadamente 4 cm en la niña y llega a ser de 8-10 cm en la edad adulta. La mucosa vaginal de la pre púber es delgada y roja a diferencia de la mucosa estrogenizada húmeda y rosa de la púber. En la pubertad se presenta una secreción vaginal fisiológica llamada leucorrea que corresponde a la descamación de células epiteliales y moco de la mucosa estrogenizada. El cambio en la flora bacteriana ocasiona que el PH se torne ácido (Herriot, Laufer y Goldstein, 2000).

La cúpula vaginal se inserta en el cuello siguiendo una línea circular cuyo plano es oblicuo hacia arriba y hacia atrás, de tal manera que el fondo de saco vaginal es más profundo el posterior que el anterior. En el fondo de la vagina se sitúa la protrusión del cuello uterino cuyo diámetro varía desde 7 mm al nacimiento hasta unos 2 cm en la adulta nulípara. Su aspecto es aplanado en forma de disco y su orificio central es puntiforme (Sersiron, 1985).

**Útero:** Es un órgano muscular hueco de paredes gruesas situado entre la vejiga y el recto; es relativamente grande en la recién nacida presumiblemente el doble por la influencia de las hormonas de la madre que atraviesan la placenta; al desaparecer este estímulo, el útero pierde peso, disminuye su volumen y en término de unos días después del nacimiento puede medir 2.5 cm de longitud, poco más o menos.

El crecimiento durante la niñez es poco. En la pubertad crece a la par que todo el cuerpo y se establecen los ciclos menstruales (Lockhart, Hamilton y Fife, 1965); como resultado del incremento de la actividad hormonal.

En el momento del nacimiento el cérvix es mayor que el cuerpo del útero: constituye dos tercios de la longitud del útero; en la pubertad, el tamaño del útero crece de manera notable. Con relación al cérvix se invierte y termina siendo tres veces más grande cuando el cuerpo comienza a crecer con gran rapidez (Prieto, 1998; IMSS, 1998).

Debido a la condición de la pelvis en el nacimiento en donde los órganos se encuentran apiñados, el útero se orienta más o menos en el mismo plano que la vagina. Como la vejiga desciende dentro de la pelvis, el útero se inclina hacia adelante tomando esta postura en la edad adulta (Sinclair, 1973) con forma de pera invertida de adelante hacia atrás, cuya base está orientada hacia arriba y cuyo vértice truncado encaja en la parte superior de la parte anterior de la vagina de unos 6 a 8 cm de largo, 4 cm de ancho, 3 cm de espesor y de 45 a 70 g de peso. Su parte superior voluminosa constituye el cuerpo del útero, situado entre la vejiga por adelante y el recto hacia atrás; el istmo es la zona entre el cuerpo y el cuello, éste último en gran parte insertado dentro de la vagina. Las tubas uterinas crecen a la par del útero.

Su parte inferior o cuello uterino, más corto y casi cilíndrico, está situado en la parte superior de la vagina. La porción intermedia entre el cuerpo y el cuello se denomina istmo uterino, éste órgano es de tamaño variable. El endometrio prolifera y en un momento dado se descama y sangra: el primer sangrado que se presenta en la mujer es denominado menarca.

La región que recibe las trompas uterinas tiene forma de embudo y se denomina cuerno. La mayor parte de la masa uterina se denomina miometrio; está formado por tejido muscular involuntario entrelazado, el cual permite aumentar considerablemente su tamaño durante el embarazo y presenta gran cantidad de capilares arteriales (Moore, 1995, Jones, 1991 citado en Torices y Ávila, 2006).

*Trompas de Falopio:* Extendiéndose lateralmente desde los cuernos uterinos se encuentran las Trompas de Falopio delante del ovario. Son un par de conductos delgados que miden de 10 a 12 cm de longitud, éstas a partir de la pubertad transportan los ovocitos del ovario y el espermatozoides (en caso de haber eyaculación) desde el útero hacia el lugar donde ocurre la fecundación: la ampolla de la trompa uterina. La trompa también transporta, por medio de movimientos peristálticos, al óvulo fecundado en la fase de división hasta la cavidad uterina.

*Ovarios:* Son las glándulas sexuales de la mujer también llamadas gónadas, en las cuales se producen los estrógenos, siendo éstos los principales responsables del desarrollo de las características sexuales secundarias en la pubertad y de la conservación de los órganos sexuales internos y externos, así como la capacidad de gestación y lactancia con la secreción de progesterona (Martínez, 1991).

Existen uno derecho y otro izquierdo y se ubican en ambos lados del útero. Los ovarios son órganos que se encuentran en la cavidad abdominal en la infancia y son grandes en relación al útero; entran en la fosa ovárica cerca de los 6 años. Tienen una forma ovoide, al nacer son pequeños y permanecen así hasta la pubertad cuando comienza el ciclo ovárico, por el control del lóbulo anterior de la glándula hipófisis.

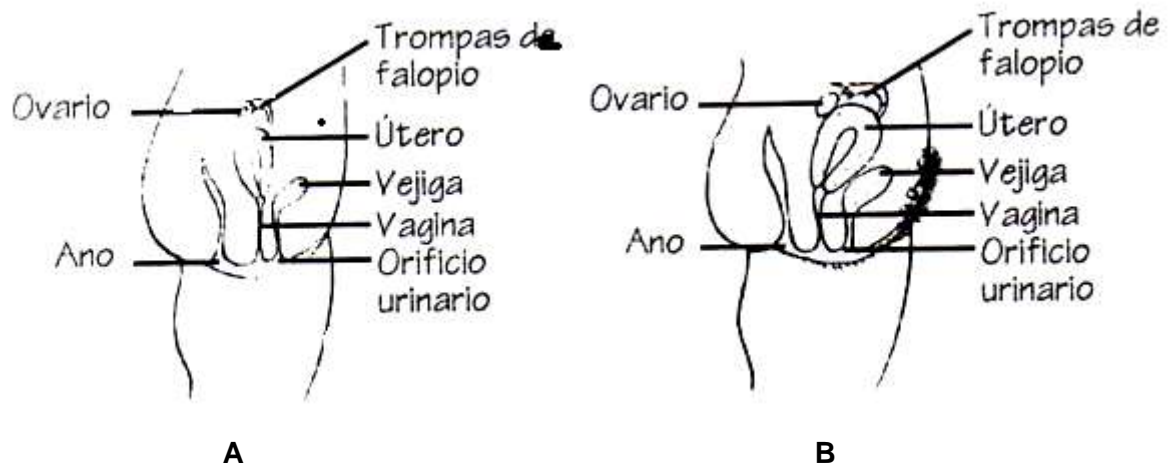


Este incremento de tamaño es el primer signo de la pubertad aunque no pueda ser detectado a menos que se realice un procedimiento quirúrgico, o estudios clínicos de gabinete como ultrasonido pélvico, colposcopia o resonancia magnética. En esta etapa el ovario incrementa su tamaño a un máximo aproximado de 30 veces su peso al nacimiento midiendo 3 cm de largo, 1.5 cm de ancho y 1 cm de espesor; regresando en la vejez al peso que tenía al nacer siendo reemplazado en su mayor parte por tejido fibroso; su color es blanco rosáceo, su superficie es lisa durante la niñez luego va teniendo una superficie cicatrizada, se arruga progresivamente por el desarrollo regular de los folículos ováricos.

Los folículos son numerosas vesículas que albergan un oocito (óvulo que se encuentra en desarrollo). Con el crecimiento corporal da inicio el desarrollo sexual secundario y las secreciones hormonales, con éstas, algunos oocitos maduran para transformarse en óvulos maduros, lo que marca el inicio de la pubertad.

En la bibliografía hay variación en la cantidad de folículos que pudieran estar presentes desde el nacimiento hasta la menopausia. Torices y Ávila (2006), refieren que alrededor del séptimo mes de vida de un feto femenino existen aproximadamente siete millones de folículos en los ovarios. Al nacer, la mayoría se desintegran dejando de 200 mil a 400 mil folículos en cada ovario; en la pubertad este número quizá haya disminuido a 200 mil o 100 mil y luego desciende de modo constante durante los siguientes años.

De acuerdo a Sersiron (1985) en el nacimiento existen de 700 mil a dos millones de ovocitos que permanecen bloqueados, persistiendo en este estadio hasta el período inmediatamente anterior a la ovulación. Una elevada proporción va a degenerar, de tal manera que en la pubertad persisten apenas 300 mil. Esta degeneración prosigue a lo largo de la vida. El número de folículos que acceden a la maduración en una ovulación es de aproximadamente tres o cuatro. Se calcula que el total de maduraciones en la vida reproductiva de la mujer varía de 1000 a 2000, según el número de embarazos, inicio de la pubertad y menopausia. En la mujer adulta y que no ha tenido hijos, los ovarios ocupan dentro de la cavidad pélvica una posición lateral y simétrica. Después del parto su ubicación varía dentro de la pelvis.



**Fig. 4.** A Pelvis de una niña  
B pelvis de una mujer adulta (Harris, 2005, p. 32)

Junto con el desarrollo de las mamas, los órganos sexuales y las características sexuales secundarias aparece la menarca que es el primer período menstrual. Los primeros períodos menstruales son generalmente anovulatorios.

*La sangre menstrual es predominantemente arterial con solo un 26% de sangre de origen venoso. Contiene desechos tisulares, prostaglandinas y cantidades relativamente grandes de fibrinolisisina (produce lisis de los coágulos por lo que la sangre menstrual casi no contiene coágulos a menos que sea flujo excesivo) del tejido endometrial. La duración del flujo menstrual es variable, de 1 a 8 días. La cantidad de sangre que se pierde puede variar desde un manchado leve hasta 80 ml la cantidad promedio es de 30 ml. La pérdida de más de 80 ml es anormal, la cantidad de flujo puede ser afectada por varios factores que incluye el espesor del endometrio, medicamentos y enfermedades que afectan el mecanismo de la coagulación. Después de la menstruación se regenera un nuevo endometrio a partir del estrato basal. En algunos casos no se produce ovulación durante el ciclo menstrual. Estos ciclos anovulatorios son comunes durante los primeros doce a dieciocho meses posteriores a la menarquía hasta el inicio de la menopausia (Gagnon, 1996, p. 462-463. 485-486).*

El ciclo menstrual puede dividirse de acuerdo a McCary, y col. (1996, p. 75-78), en tres fases: la destructiva, la folicular y la luteínica. Para que estas fases puedan sucederse de modo normal, debe haber una relación equilibrada entre el sistema nervioso central y el endócrino.

**Fase destructiva.** La progesterona que ha preparado y mantenido las paredes uterinas para la implantación del óvulo en caso de que haya sido fertilizado, deja de producirse cuando el cuerpo amarillo se atrofia. Esta suspensión o, inclusive, la disminución de la concentración de la hormona, provocan que el endometrio se desintegre, se gangrene y se desprenda del cuerpo bajo la forma de sangrado. La fase destructiva dura por lo general de 3 a 7 días con un promedio general de 4 a 5

días. La excreción consiste no solo de sangre sino también de otros líquidos y residuos de la pared uterina bajo la forma de moco y fragmentos del endometrio, al igual que las células epiteliales deshidratadas provenientes de la vagina.

Fase folicular. Después que cesa el flujo menstrual, la pared uterina se encuentra muy delgada. Bajo el estímulo de los estrógenos que secretan los folículos los cuales se ubican en los ovarios, la mucosa uterina comienza un proceso de desarrollo que dura alrededor de nueve días. Muchos folículos contienen óvulos en desarrollo (de ahí surge el nombre de esta fase ovulatoria), la mayoría de los cuales dejan de crecer. Solo uno por lo general, alcanza la madurez en un solo ciclo, el folículo de Graaf. Hacia el décimo cuarto día del ciclo menstrual, ocurre la ovulación. Después de la liberación del óvulo el folículo de Graaf se llena con el cuerpo amarillo y se sella con la ayuda de las hormonas luteinizante y estimulante del folículo que secreta la glándula hipófisis.

Fase luteínica. Durante la fase folicular aumenta de modo gradual la secreción de estrógenos. La concentración de estrógenos en la sangre se encuentra en su máximo en el momento de la ovulación. Después de la ovulación el cuerpo amarillo comienza a secretar progesterona. La concentración de estrógenos disminuye a medida que la progesterona empieza a preparar el útero para el óvulo fertilizado. El endometrio se engrosa y se vuelve más vascular, en tanto que pequeños “lagos” de sangre, llamados “lagunas” se forman dentro del endometrio. Estas lagunas proporcionan nutrición para el óvulo si se implanta en la mucosa uterina.

Durante la fase luteínica la luteotropina y las hormonas ováricas provocan que aumente la cantidad de líquido en las mamas, lo cual aumenta su tamaño y sensibilidad. La congestión premenstrual y la hinchazón de las mucosas provoca en ocasiones la retención de líquido y una ganancia temporal consecuente de peso hasta de 2.5 kg. Algunas mujeres manifiestan la declinación del deseo sexual durante esta fase lo cual muchos consideran que se debe a los efectos inhibitorios de la progesterona. Si no ocurre la concepción durante el ciclo menstrual, el cuerpo amarillo degenera y disminuye en gran medida la concentración de estrógenos y progesterona. Esta disminución brusca en la cantidad de ambas hormonas origina la fase destructiva de la menstruación, y todo el proceso cíclico y vuelve a empezar de nuevo.

### ***Órganos sexuales pélvicos del niño***

Al igual que los órganos sexuales pélvicos de la niña, los órganos sexuales del niño se dividen en externos e internos.

***Órganos sexuales pélvicos externos.*** Los órganos sexuales pélvicos externos son: pene, glándula y escroto.

*Pene:* El pene es un órgano cilíndrico compuesto en su mayoría por tejido eréctil, situado por debajo de la sínfisis pubiana, arriba y adelante del escroto; es móvil (Figura 5). *Su longitud es variada, en estado de flacidez, aumentando de volumen y longitud durante la erección* (Straffon, 1987, p. 19-20).

El pene consta de una raíz y de un cuerpo; la raíz del pene está situada en la parte anterior del perineo, fijada al pubis por la inserción de los cuerpos cavernosos y en la línea media por el ligamento suspensor del pene. La raíz consta de pilares, bulbo y los músculos asociados. El bulbo se sitúa entre la raíz del pene en el espacio superficial del periné. El cuerpo del pene es la porción libre y colgante cuando se encuentra en estado de flacidez, *no tiene músculos, excepto algunas fibras del músculo bulbo esponjoso, cerca de la raíz* (Moore, 1995, p.324).

El cuerpo del pene está formado por dos cuerpos cavernosos y uno esponjoso, y está cubierto de piel muy fina, móvil y laxa, prolongándose abajo a nivel del prepucio con la mucosa del glande; contiene glándulas sebáceas y cerca de la corona del glande glándulas que segregan esmegma y glándulas prepuciales o de Tyson. Los tres cuerpos cilíndricos de tejido eréctil están rodeados por una densa y blanca cápsula fibrosa llamada túnica albugínea. Dos de los tres cuerpos eréctiles llamados cuerpos cavernosos, se disponen a cada lado en la porción dorsal del pene, dando apoyo al cuerpo esponjoso del pene que se sitúa ventralmente y contiene la uretra esponjosa que atraviesa la raíz y el cuerpo del pene hasta la punta del glande en el orificio externo de la uretra en donde concluye su trayecto. El pene posee una gran irrigación arterial, cuando el pene se encuentra flácido, las arterias están enrolladas por lo que se les denomina arterias helicinas (Moore, 1995, p.325, 328). Las venas profundas drenan los cuerpos cavernosos y esponjoso.

El pene esta ricamente innervado, posee una enorme variedad y cantidad de terminaciones nerviosas sensitivas.

El pene constituye un órgano que forma parte muy importante del aparato urinario y en la reproducción.

Al momento del nacimiento el pene está bien desarrollado y aunque ya se aprecian diferencias en cuanto a su tamaño, entre los recién nacidos o los lactantes, éstas son de escasa consideración, variando ya muy ampliamente en etapas posteriores de la infancia entre 1.5 y 3 cms., medidos desde su implantación hasta la punta del prepucio sin elongar.

Durante la edad infantil un número importante de cambios se van generando en el desarrollo del pene por lo que su crecimiento en términos generales, va aunado al de todo el crecimiento del niño; cambios que se hacen más acentuados al acercarse la pubertad.

La consistencia del pene del recién nacido es blanduzca y flácida en estado de reposo, también se pone duro y rígido cuando se erecta, tal y como acontece en etapas posteriores de la vida.

En consecuencia a la producción de hormonas de los testículos y las suprarrenales, el pene incrementa su tamaño en longitud y circunferencia. El momento de crecimiento súbito del pene está sujeto a múltiples variables relacionadas incluso con el incremento de la talla.

A la edad de 14 años algunos jóvenes se consideran prácticamente maduros sexualmente, mientras que otros aun no han iniciado el desarrollo sexual secundario. El vello púbico puede aparecer en la base del pene antes de que inicie el incremento en la talla aunque generalmente inicia más tarde, gradualmente se va haciendo más grueso, más rizado y se extiende para cubrir la zona entre las piernas.

*Glande:* En el extremo distal del cuerpo del pene se encuentra el glande, se compone únicamente de cuerpo esponjoso.

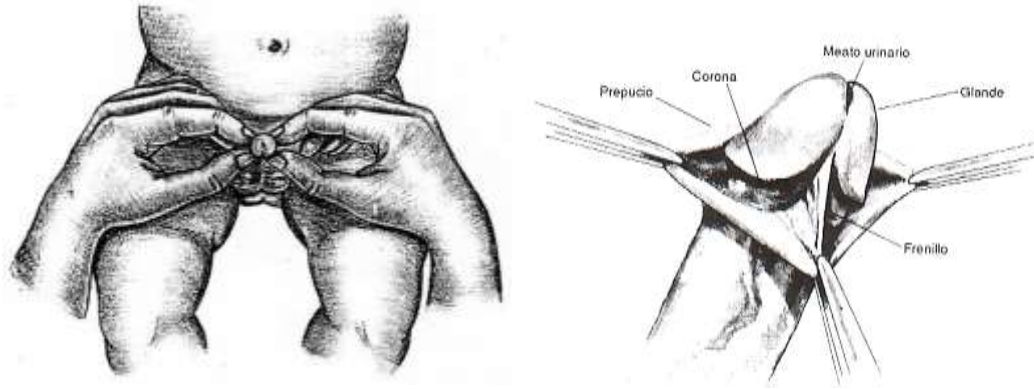
Es una estructura de forma cónica, lisa, tapizada de mucosa; tiene una gran cantidad de terminaciones nerviosas sensitivas, más que el resto del pene, lo que lo hace muy sensible a los estímulos físicos. El borde prominente del glande se denomina corona.

El glande está cubierto por el prepucio que es una capa de piel retráctil y de extensión variable. El pliegue conocido como frenillo del prepucio, se extiende desde la capa profunda del prepucio hasta la parte inmediatamente inferior del orificio externo de la uretra.

A diferencia del glande del adulto, el glande del niño tiene una capa fibro-elástica en donde se pierden las ramas terminales de las arterias y nervios dorsales del pene. Llegada la pubertad la capa fibro-elástica del glande empieza a transformarse en un verdadero tejido eréctil. Cuando el prepucio es demasiado estrecho y el glande no puede emerger fuera de éste, se le llama fimosis y se puede corregir mediante la práctica quirúrgica de la circuncisión. Aunque no exista fimosis, en algunas culturas esta práctica se realiza como ritual.

Al igual que el pene, en consecuencia a la producción de hormonas de los testículos y las suprarrenales, el glande incrementa su tamaño.

La sensibilidad se incrementa como consecuencia de estos cambios, de la gran cantidad de terminaciones sensitivas que posee y del incremento de la vascularidad en el tejido esponjoso que lo conforma.



**Figura 5.** Glande y prepucio mostrando la posición del frenillo.  
(Straffon, 1991, p. 25; McCary, J. Et al. 1996, p. 54)

**Escroto:** Es una bolsa de piel arrugada en donde se depositan los testículos. Se halla dividido en dos sacos por un tabique de tejido conjuntivo. En cada compartimento hay un testículo, epidídimo y la porción inferior del cordón espermático. En la parte interna de la piel arrugada está el músculo dartos. El escroto no sólo sostiene los testículos sino que por medio de la relajación o contracción de su capa muscular ayuda a regular su temperatura. El músculo dartos se adhiere íntimamente a la piel, se contrae bajo el efecto del frío, ejercicio y estimulación sexual. Cuando el clima es cálido, el escroto se relaja y permite que el testículo cuelgue libremente. La piel de la bolsa escrotal del niño es lisa y delgada, en muchos niños no se observa la característica diferencia en relación al tamaño de los testículos que hace que esta cuelgue más de un lado que del otro. El tamaño de la bolsa escrotal en general es mayor –en apariencia- al tamaño del pene. La bolsa escrotal crece al mismo tiempo que el pene aunque no en la misma proporción, la piel se vuelve rojiza y gruesa y poco a poco se oscurece. Las características en la pigmentación y coloración del escroto son variables dependiendo de factores raciales y genéticos.

**Órganos sexuales pélvicos internos.** Los órganos sexuales pélvicos internos son: testículos, túbulos seminíferos, epidídimo, conductos deferentes, vesículas seminales, conducto eyaculador, próstata, glándulas de Cowper y la uretra.

**Testículos:** De los órganos sexuales pélvicos masculinos, los elementos más importantes son los testículos o gónadas en donde, desde la pubertad, empiezan a producirse los espermatozoides. Se desarrollan en pares en la cavidad abdominal. Al séptimo mes de vida de un feto masculino los testículos pasan a través del conducto inguinal, pasaje que los conduce de la cavidad abdominal a la bolsa escrotal para posteriormente cerrarse con tejido conjuntivo, así queda separada la cavidad corporal del escroto, separados en compartimientos independientes por un tabique fibroso; su peso es de 18 a 22 gramos.

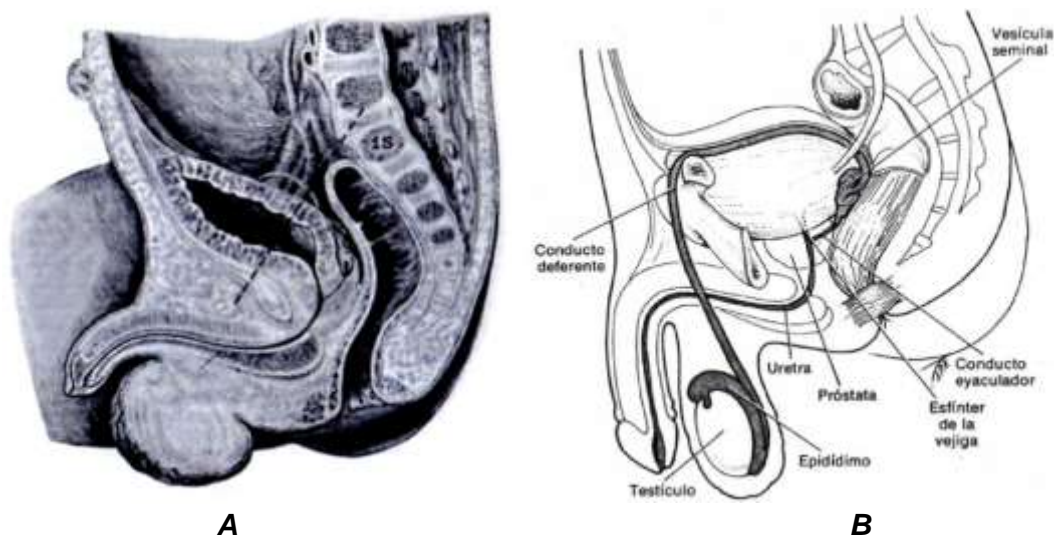
El testículo es de forma ovoide, aplanado transversalmente, de color blanco azulado, brillante y liso, tiene una cubierta llamada túnica albugínea y el izquierdo es ligeramente más bajo que el derecho. Están libres, lo que permite que tengan gran movilidad y conserven su temperatura un grado más abajo de la corporal para evitar daño en la producción de espermatozoides. Las arterias de los testículos aportan la irrigación para su oxigenación y nutrición. El tamaño del testículo en el feto y en el niño es reducido 2.2 x 1.4 cm y además 40 veces más suave que el del adulto.

Al momento del nacimiento generalmente los testículos han descendido a la bolsa escrotal, o al menos han descendido a través del anillo inguinal; pero existen considerables variaciones en el momento de este evento y a veces el descenso de los testículos puede llevarse a cabo después del nacimiento. En el descenso de los testículos se observa:

- 1) Descenso de la región lumbar hasta el anillo inguinal.
- 2) Trayecto del conducto inguinal.
- 3) Descenso dentro del escroto.

Pueden existir múltiples factores para que los testículos no desciendan; para atender esto se requerirá ayuda quirúrgica y tratamiento endocrino puesto que el descenso de los testículos es necesario para la maduración de los espermatozoides, un proceso que requiere una temperatura inferior a la de la cavidad abdominal (30° c). La retención del testículo en el abdomen está asociada con esterilidad y, en consecuencia, los túbulos seminíferos de cada testículo se convierten en tejido fibroso. *En general los médicos concuerdan que un testículo sin descender debe tratarse antes de los cuatro o cinco años* ( McCary, 1996, p.49).

El signo temprano de la pubertad en los varones es el crecimiento de los testículos poco después de que la glándula pituitaria ha empezado a actuar sobre ellos. En este momento empieza una maduración acelerada de los túbulos seminíferos e inicia la espermatogénesis, la testosterona aparece en la orina como evidencia de la producción de esta hormona en los testículos.



**Fig. 6.** Órganos Sexuales Pélvicos Externos: A Pelvis de un recién nacido, en corte sagital, por la línea media (Lockhart, Hamilton y Fife, 1965 p.673) B pelvis de un hombre adulto (Álvarez-Gayou, 1990, p. 14).

**Túbulos seminíferos:** Existen alrededor de 1000 túbulos en cada testículo; están revestidos de dos clases de células: las células de Sertoli y las células espermatogénicas las cuales son más numerosas y constantemente elaboran nuevos espermatozoides por el proceso de mitosis. Éstos forman de 4 a 8 capas entre la capa externa delgada del túbulo y la cavidad, o luz. La función de reproducción está encomendada a las células germinales de los túbulos seminíferos los cuales se disponen en varias capas donde las más superficiales, es decir, las más próximas a la luz de los conductillos seminíferos, son de mayor madurez; así van de espermatogonias, espermatocitos primarios, espermatocitos secundarios, espermátides, hasta llegar a los espermatozoides.

Los túbulos seminíferos convergen en una estructura central denominada red testicular (red de vasos de los testículos), la cual está localizada cerca de la superficie, en la parte alta del testículo. Esta red de tubos, fibras y vasos se vacía en alrededor de 10 a 15 conductos diferentes mediante los cuales los espermatozoides se movilizan por medio de movimientos peristálticos (ondas sucesivas de contracción) hacia el epidídimo.

Los túbulos seminíferos conforman una pequeña red (cordones sexuales primarios) que contiene las espermatogonias. A partir de los 4 años, los túbulos empiezan a crecer progresiva, pero lentamente hasta la pubertad, en esta etapa aumenta su tortuosidad y se componen de 2 a 4 capas irregulares de células aún indiferenciadas con escasas espermatogonias. Dado que se encuentran contenidos en el interior del testículo, reviste importancia verificar que los testículos hayan descendido a la bolsa escrotal, ya que esto permitirá la división meiotica.



Al ocurrir la madurez sexual, la mayoría de las células espermatogénicas se dividen por meiosis y pueden observarse a la vez todas las fases de la formación de espermatozoides.

Estas células son cada vez más maduras cuanto más se acercan a la cavidad, por lo que a la postre pueden observarse espermatozoides maduros en el borde de la cavidad, con sus colas que sobresalen hacia la luz. Los espermatozoides, recién madurados, al parecer están unidos por filamentos de protoplasma a las células de Sertoli. Estas células al parecer sostienen y nutren a los espermatozoides.

*Epidídimo:* El testículo está estrechamente adherido al epidídimo ubicado sobre su borde postero superior. Está constituido por lóbulos siendo que cada lóbulo contiene de uno a cuatro tubos seminíferos, cada uno mide aproximadamente 60 cm de longitud, tienen una membrana basal que da sostén a las células seminíferas, hay de dos tipos: de Sertoli (o de sostén) y células espermatógenas.

*El epidídimo es un abultamiento insertado en cada testículo, dentro de un tubo enrollado de alrededor de 6 m de longitud ( McCary, 1996, p.50); se conecta en su porción superior con el testículo por los conos aferentes y está formado por un conducto flexuoso que en su parte inferior se continúa con el conducto deferente. En el epidídimo maduran los espermatozoides permaneciendo ahí hasta por seis semanas, tiempo durante el cual los nutre su epitelio.*

*Conductos deferentes:* Los espermatozoides se transportan por movimientos ciliares dentro del epidídimo al conducto deferente, éste es un minúsculo conducto colector de alrededor de 46 cm de longitud que se origina en el extremo terminal del epidídimo y asciende hacia la cavidad abdominal, hasta la vesícula seminal; en su terminación está dilatado, formando la ampolla del conducto. Es un conducto cilíndrico de consistencia firme con un diámetro inicial de 5 mm que aumenta progresivamente hasta 6 mm en la ampolla. Su trayecto es paralelo al epidídimo, se incorpora al cordón espermático se dirige hacia la vesícula seminal y forma el comienzo del conducto eyaculador; es poco vascularizado pero posee una inervación rica que asegura su peristaltismo, los nervios provienen del plexo hipogástrico inferior. El conducto deferente sirve como un pasaje del esperma hacia la vesícula seminal.

En los niños el epidídimo y los conductos deferentes presentan cambios que van de un epitelio simple a un epitelio estratificado y se mantienen así hasta la pubertad.

En la pubertad la estructura del epidídimo y los conductos deferentes por acción hormonal empieza a acercarse más a la del adulto, sin embargo su función aún no presenta las mismas características. Para que la maduración de estas estructuras sea completa aun deben transcurrir entre 4 y 7 años a partir de los primeros signos de inicio de la pubertad.

*Vesículas seminales:* Son dos pequeños reservorios bilaterales situados detrás de la vejiga y adelante del recto, oblicuamente por encima de la próstata; son alargadas y están formadas por un tubo enrollado de entre 10 a 15 cm de largo. *Se sabe que las vesículas seminales proporcionan almacenamiento y dan al espermatozoide una nutrición que le permite moverse con mayor facilidad a partir de un líquido parecido al azúcar denominado fructuosa* (McCary, 1996, p.51). De éstas sale el llamado conducto eyaculador que atraviesa la próstata y desemboca en la uretra prostática.

La actividad excretora normal de las vesículas seminales depende de las concentraciones adecuadas de testosterona por lo que un descenso en la producción de esta hormona afectaría el funcionamiento adecuado de estas estructuras. Las estructuras testiculares que producen la hormona masculina se encuentran entre los túbulos seminíferos y se conocen como células intersticiales (o células de Leydig), y están esparcidas en el tejido conectivo en asociación estrecha con los vasos sanguíneos. Estas células son responsables de las dos funciones primarias de los testículos: tanto la reproductora como la endocrina. En el niño las vesículas seminales son delgadas, simples y rectas, y exceden de 4 a 6 cms. de longitud por 2 cms. de ancho. En el púber, bajo el impacto de los andrógenos particularmente la producción de testosterona de los testículos, se empiezan a tornar anchas y tortuosas y esporádicamente se inician las poluciones nocturnas. El conducto de cada una de las vesículas seminales se une al conducto deferente formando el conducto eyaculador.

*Conducto eyaculador:* El conducto eyaculador es una continuación del conducto deferente, su revestimiento epitelial varía con la edad. Son túbulos de corta longitud que atraviesan la próstata y terminan en la uretra. En el feto y en el recién nacido está formado por epitelio cilíndrico simple. A mediados del 2º año se reemplaza por epitelio cilíndrico estratificado. El utrículo prostático tiene epitelio pavimentoso estratificado en el recién nacido y cilíndrico estratificado en el niño, el púber y el adulto.

*Próstata:* Está formada por una porción glandular y otra fibromuscular, tiene aproximadamente el tamaño de una nuez y un peso de 20 g., su posición y relaciones la unen a la vejiga y a la uretra prostática la cual atraviesa la próstata y los *conductos eyaculadores* (comunican las vesículas seminales con la uretra prostática) por su parte posterior; éstos se dirigen oblicuamente para abrirse en el verumontanum en el piso de la uretra prostática inmediatamente proximal al esfínter urinario estriado externo.

La próstata se sitúa por detrás de la sínfisis del pubis y en su parte postero superior se encuentran los conductos deferentes y vesículas seminales, mientras que por detrás se encuentra el recto, separado de él por dos hojas de aponeurosis. *Se desarrolla en la pubertad y a partir de los 50 años sufre una involución fibrosa* (Latarjet, 1991).

En la edad adulta está en continuo estado de actividad, parte de su secreción se vierte en la orina. La secreción prostática descargada en el momento de la eyaculación es un líquido alcalino, lechoso, contiene proteínas, calcio, ácido cítrico, colesterol y numerosas enzimas y ácidos; es poco espeso, se elimina hacia la uretra prostática por contracción del músculo liso de la próstata, éste junto con el contenido de las vesículas seminales forman el líquido seminal o semen *líquido viscoso que se forma con 1% de espermatozoides, 4% de las secreciones de las vesículas seminales y 95% de secreciones de la próstata [...] la cantidad promedio es de 4 ml* (McCary, 1996, p.52).

En el niño la próstata es muy pequeña al momento del nacimiento y crece rápidamente durante la pubertad; posteriormente continua un crecimiento lento por varios años hasta que alcanza su tamaño completo. El componente secretor de la glándula se incrementa co-relacionalmente al tejido muscular fibroso. En la pubertad la membrana mucosa de la próstata delimita las vesículas seminales. En esta etapa experimenta un crecimiento brusco y alcanza su completo desarrollo entre los 20 y los 25 años.

*Glándulas de Cowper o bulbo uretrales:* Las glándulas de Cowper o bulbo uretrales son dos pequeñas estructuras de color amarillento y de tamaño de un guisante. Se sitúan en la base del cuerpo esponjoso de la uretra y bajo la próstata. Los conductos de las glándulas bulbo uretrales son largos, se abren en la parte proximal de la uretra esponjosa en el bulbo del pene, por medio de numerosos orificios. Durante la excitación, antes de la eyaculación, secretan un líquido alcalino que lubrica y neutraliza la acidez de la uretra para el paso de los espermatozoides que salen por la uretra, que de modo habitual no contiene espermatozoides, pero algunos logran pasar al líquido por lo que es posible que una mujer se pueda embarazar por la penetración del pene en la vagina, aunque no se eyacule (McCary, 1996; Moore, 1995).

En el niño son dos estructuras identificadas a los lados de la uretra y existe controversia en relación a su función en la infancia. En la pubertad por acción hormonal se agrandan e inician su función excretora.

*Uretra:* Es un conducto fibromuscular que lleva la orina de la vejiga al exterior y en el hombre sirve como conducto para el paso del semen. Mide más o menos 20 cm. Se origina en la vejiga y tiene tres porciones: una prostática que atraviesa la próstata que mide tres centímetros; una membranosa que se origina en el vértice de la próstata y va al bulbo del pene (es la porción más corta que mide 1 a 2 cm) y la porción esponjosa del pene que termina en el glándulo en una desembocadura conocida como meato urinario; su porción más larga mide alrededor de 15 cm.

En el niño la estructura de la uretra es la misma desde el momento del nacimiento, su función primordial en estas etapas es servir de conducto excretor de la orina.

Una vez que se da la primera eyaculación será a través de esta que se expulse el semen constituido por las sustancias y células excretadas del testículo, epidídimo, vesículas seminales, próstata y glándulas de Cowper.

La primera eyaculación ocurre aproximadamente dentro del primer año posterior al inicio de crecimiento del pene.

### ***Lesiones Físicas de los Órganos Sexuales en la Infancia.***

En el caso de las niñas cuando se presentan laceraciones o un sangrado en la vulva puede estar relacionada con una lesión no visible en vagina, ano o uretra; en los niños un traumatismo accidental de pene puede ocurrir por los cierres de cremallera o por la caída del asiento del inodoro. Ante la presencia de alguna alteración por mínima que parezca es importante investigar la causa de las mismas ya que puede ser por accidentes, falta de higiene o un evento de abuso sexual.

Cuando existe abuso sexual las lesiones que se pueden presentar son: equimosis en la entrepierna y en los labios mayores, laceraciones, sangrado, inflamación, apertura de mas de 7 mm a los seis años y secreciones del himen o su ausencia, irritación vulvar, rastros de semen y, en etapas más tardías prurito e infecciones frecuentes por transmisión sexual que son un hallazgo específico de abuso sexual y no se presentan exclusivamente en los órganos sexuales externos o internos, también pueden presentarse en recto, piel u orofaringe.

Otros signos físicos que se pueden presentar de manera inespecífica son: dificultad para caminar, dolor abdominal, de muslos, dolor al orinar, al defecar, hematuria, flujo vaginal o dolor de garganta frecuente (Herrera, 1999; Ludwig, 2001).

El caso de una niña reportado en la literatura por Herman-Giddnes, Berson (1989, p. 578) menciona *un severo cambio en la pigmentación de la vulva seguido a la aplicación de hidrocortisona en crema por varios años por parte del padre, además de evidencia física de penetración vaginal.*

La cicatrización física puede ocurrir entre 10 y 14 días; si ocurre un nuevo evento se observaran vestigios y cicatrices de himen. Herriot, Laufer, y Goldstein (2000, p. 6) refieren que debe recordarse que en la mayoría de niñas con antecedente de abuso sexual comprobado, los datos en la exploración genital pueden ser normales.

### ***Higiene sexual infantil***

Poca atención se ha dado en la literatura sobre el cuidado y la higiene sexual de las niñas y los niños; este descuido puede provocar efectos físicos y psicológicos como quejas, intervenciones innecesarias y algunas veces manifestaciones de abuso sexual.

Con excepción de pocos comentarios acerca del cuidado del prepucio de los niños, hay prácticas por parte de padres y cuidadores que exageran el cuidado; como el lavado reiterativo y doloroso, inspecciones minuciosas y aplicación de cremas difíciles de retirar para supuestos problemas urinarios, como rozaduras. Estas prácticas pueden constituirse también en abuso sexual (Herriot, Laufer, y Goldstein, 2000).

La Higiene Sexual se refiere al conocimiento y cuidado correcto de los órganos sexuales. La higiene del cuerpo es algo esencial que se debe considerar para evitar riesgos de deterioro de la salud para lo cual es necesario enseñarla y practicarla desde la infancia.

Algunas medidas básicas generales son:

- Nombrar de manera correcta los órganos sexuales, esto contribuye a que las niñas y los niños los vean con naturalidad, si de manera contraria, se le nombra con apodos, habrá una transmisión de ideas de que son partes “incómodas”, “malas” o “sucias”.
- De ser posible no usar la misma toalla para secar el cuerpo y para secar los pies, o tener cuidado de no secarse con el mismo lado de la toalla para evitar que el cuerpo se contamine de hongos. Al lavar la ropa sucia no juntar los calzones con calcetines.
- Hacer énfasis sobre el autocuidado y la higiene personal, reconociendo que al tocar el cuerpo se pueden tener sensaciones agradables, placenteras y que hay momentos y espacios para la autoexploración, misma que debe hacerse con las manos limpias.
- El uso de ropa interior holgada y de algodón, ayudará a disminuir la humedad, evitando la producción de bacterias e infecciones
- Explicar oportunamente sobre los cambio que se presentan en la pubertad, como el crecimiento de vello axilar y púbico, identificando temores o mitos para aclararlos y proporcionar información correcta en un ambiente de confianza y respeto.

### ***Higiene sexual de la niña***

Para la limpieza y exploración de la vulva no se precisa de precauciones psicológicas ni de una instrumentación particular, se puede realizar en la cama. En la niña recién nacida y hasta que use pañal, es necesario evidenciar el vestíbulo vulvar, para lo cual se separarán hacia afuera los labios mayores, la maniobra

puede realizarse con un dedo de cada mano o el índice y medial de una mano, a fin de quedar libre la otra mano para realizar la exploración o limpieza.

Para limpiar el esmegma, que es una masa blanca que se forma entre los labios mayores y los labios menores, se puede realizar con las yemas de los dedos durante el baño diario, separando con cuidado los labios mayores de los menores aplicando agua y jabón neutro, y enjuagando con abundante agua, evitando que quede jabón o tallar con brusquedad.

De los 3 a los 5 años -cuando ya hay un control de esfínteres- es importante que la persona adulta que supervisa a la niña le enseñe la forma adecuada de asearse, después de orinar o defecar hay que enseñar a las niñas la limpieza del meato urinario y ano. Dada su cercanía con la entrada de la vagina es muy fácil de contaminar, sobre todo con materia fecal, lo que puede provocar severas infecciones. Para evitar esto se debe enseñar la limpieza del ano comenzando de la parte anterior hacia atrás y nunca usar el mismo papel que se usó para el limpiar el ano para secar el meato urinario.

Para el aseo de la vulva después de orinar, no es necesario hacer una maniobra de arrastre, es suficiente secar mediante toques repetidos, la zona, igualmente para no arrastrar hacia el introito vaginal ningún microorganismo infeccioso que pudiera contener la orina.

Explicar a las niñas el uso de las toallas femeninas y recomendar que carguen una en su mochila cuidando de que no se contamine, pues así podrán estar preparadas para el momento en que se presente su primera menstruación.

Durante los días de la menstruación reforzar los hábitos de higiene como el baño diario y el cambio de toallas femeninas o tampones cada 4 horas (estén o no manchados) o antes si el flujo menstrual es abundante. Actualmente existe una gran variedad de toallas femeninas las cuales se adecuan a las necesidades de cada mujer considerando el tamaño o forma que más le acomode y proteja de manchar su ropa.

Los lavados vaginales deben evitarse ya que la vagina realiza su propia limpieza y el utilizar soluciones antisépticas sólo se propicia la alteración del PH, irritación, resequedad y el cambio de la flora normal, facilitando la presencia de infecciones.

Ante la presencia de cualquier cambio de forma, textura, secreciones u olor de los órganos sexuales o de los pechos, hay que asistir de manera inmediata a una revisión médica para evitar complicación o el avance de enfermedades o infecciones.

Al descubrir que sudan en mayor cantidad y el olor es intenso recomendar además del aseo diario, el uso de desodorante en las axilas.

El uso de pantalones ajustados puede ocasionar irritación en la vulva

Hablar sobre el respeto y el valor de su cuerpo independientemente de su constitución y el desarrollo de sus órganos sexuales pues, sobre todo, al entrar en la pubertad es común que comparen las formas o tamaño de sus pechos, caderas y cintura con otras niñas o con modelos estereotipados que se presentan en los medios de comunicación masiva y al no cumplir con esas expectativas puede afectarles de manera negativa.

De los 13 a los 17 años la figura del cuerpo puede ser su principal preocupación (López y Torices, 2006) pudiendo surgir, o en algunos casos ya estar presentes, los trastornos de la alimentación como la anorexia o la bulimia, por ello es importante fomentarles la aceptación de su cuerpo y cuidado sin llegar a los extremos.

Identificar necesidades o curiosidad sobre las relaciones sexuales, el uso de métodos anticonceptivos, respetando el momento oportuno para tratar estos temas.

Y aunque no exista la presencia de éstas, se debe realizar un auto examen de manera regular de pechos y órganos sexuales.

Es necesario el conocimiento básico de las Infecciones de Transmisión sexual y su prevención mediante el uso de métodos de barrera (condón).

Si se comparten juguetes sexuales hacerlo solo si se desinfectan lavándolos con un chorro de cloro en nueve porciones iguales de agua y enseguida enjuagarlos en agua destilada o poniéndoles un condón para cada persona que lo use.

Hablarles sobre la responsabilidad de planificar su vida sexual, al igual que cualquier otro aspecto de su vida. La educación ayuda más que la prohibición.

### ***Higiene sexual del niño***

Las secreciones en el área del pene pueden considerarse como naturales y con un olor característico que todo niño debe aprender a identificar, al igual que las personas responsables de su cuidado en los primeros años de vida pues cuando se presente un cambio de característica de olor, color o sabor, podría significar una infección, que deberá tratarse médicamente.

La higiene del pene debe realizarse rutinariamente, tanto en los niños circuncidados o no. El aseo debe realizarse con jabón neutro. En caso de presentar prepucio, este deberá retraerse para realizar una adecuada limpieza y evitar la acumulación de secreciones. Es importante saber que en el recién nacido el prepucio no siempre se retrae con facilidad por lo que el mismo debe retraerse con gentileza para evitar lesiones en el mismo y en el glándulo.

Los “ejercicios” para flexibilizar el prepucio deben iniciarse tempranamente, el momento más oportuno es después de bañar al niño, ya que el efecto térmico y mecánico del agua permitirá realizarlos más fácilmente. Los “ejercicios” consisten en estirar suavemente la piel del prepucio hacia los lados, realizando 10 repeticiones, después de lo cual se intentará retraer suavemente hacia abajo para dejar parte del glande al descubierto. Tres repeticiones después del baño son suficientes para garantizar no solo un buen aseo sino además que posteriormente el prepucio logre retraerse totalmente y garantizar una limpieza adecuada del glande.

La circuncisión únicamente debe realizarse si existe una condición médica que lo indique, y será el médico quien valore su pertinencia.

La revisión rutinaria de los OSPES y OSPIS debe realizarse con el propósito de actuar oportunamente en casos de infección, tumoraciones y otros problemas específicos.

Parte de la higiene sexual del niño incluye también examinar regularmente los testículos. El mejor momento para examinar los testículos es también después de un baño o la ducha, ya que la piel del escroto está más laxa. Éste se hace enrollando cada testículo entre el pulgar y los otros dedos, moviendo la piel con suavidad y palpando toda la superficie en busca de su presencia en la bolsa escrotal en primer lugar y además para identificar cambios en su textura, sensibilidad, tamaño y peso.

Conforme el niño gana independencia en su auto cuidado y es posible que realice por sí mismo el aseo personal, hay que instruirle en la forma adecuada de continuar con estas medidas que ayudan a su salud sexual y por tanto a un desarrollo de la sexualidad favorable.

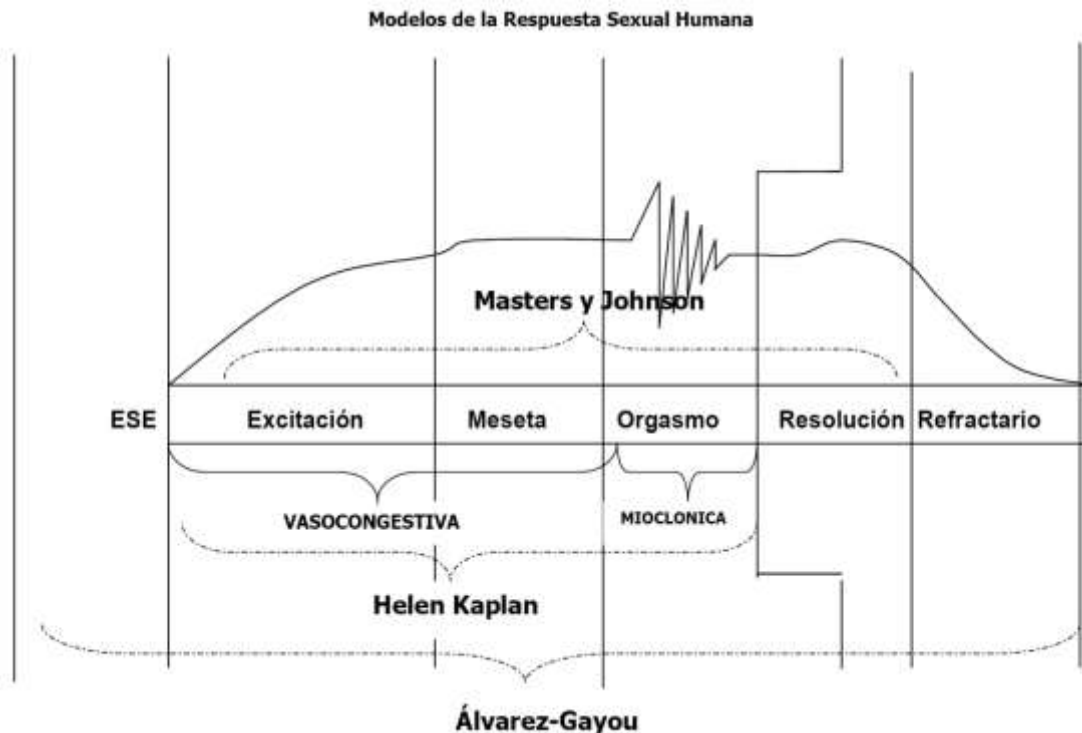
La ropa, tanto en el recién nacido como en niños mayores debe ser de algodón para permitir una ventilación adecuada de la piel, debe evitarse en la medida de lo posible el uso de detergentes y suavizantes en su lavado. Estas deben ser secadas al sol para minimizar el riesgo de infecciones por hongos.

### ***Respuesta sexual infantil***

La respuesta sexual humana se refiere a *los cambios anatómicos, fisiológicos, sensorio perceptuales y emocionales que ocurren ante un estímulo sexual efectivo* (J.L. Suárez, comunicación personal, febrero 2010).

La respuesta sexual puede iniciarse tanto por estimulación psicológica del encéfalo o por estimulación en órganos sexuales, pero habitualmente se da por una combinación de ambas tanto en hombres como en mujeres. Ante esta respuesta se generan en el organismo una serie de cambios físicos y emocionales que llevan a los individuos a alcanzar sensaciones altamente placenteras.





**Fig. 8** Clasificación de las fases de la respuesta sexual humana, de acuerdo a Masters y Johnson, Helen Kaplan y Álvarez-Gayou (Torices, Ávila, 2006, p. 86)

### **Fases de la respuesta sexual humana**

William H. Masters y Virginia E. Johnson, han sido los dos investigadores en el campo de la sexualidad que han estudiado más seriamente la *respuesta sexual humana* (RSH) en laboratorio y debemos muchos de los conocimientos de esta área a estos estudios, ya que hasta ahora nadie ha tratado de repetir las investigaciones de ellos y la validez científica de sus hallazgos fisiológicos se ha reconocido ampliamente; este conjunto de conocimientos son asociados a la RSH en sí y al tratamiento de los trastornos sexuales, pero también, a otros campos de la sexología.

A partir del estudio de Masters y Johnson sobre la RSH, integrado por cuatro fases: Excitación, Meseta, Orgasmo y Resolución, diversos estudiosos de la sexualidad humana han propuesto distintos modelos de acuerdo a su utilidad en el campo de su competencia. Helen Kaplan propone un modelo de dos fases en el que se refiere a los cambios generados por la vasocongestión y la respuesta mioclónica durante la fase de orgasmo e incorpora posteriormente una fase previa a la fase vasocongestiva a la que denomina fase de deseo. Álvarez-Gayou (citado en Torices y Ávila, 2006) propone, primordialmente por su utilidad para el estudio y clasificación de las disfunciones sexuales, un modelo de RSH que consta de las siguientes fases: estímulo sexual efectivo, excitación, meseta, orgasmo, resolución y período refractario siendo este modelo el que se retoma en el presente trabajo (Figura 8).

Provocar una respuesta sexual en la mujer obedece tanto a factores psicológicos como físicos adecuados. Aún en nuestra cultura existen restricciones para que la mujer desarrolle su erotismo sin prejuicios así que dependerá de la educación y actitud de la mujer el dejarse llevar por los estímulos sexuales efectivos y disfrutar esta parte de su sexualidad. Todas las fases de la respuesta sexual humana se presentan en las diferentes etapas de la vida y terminan con la muerte.

Yates, (2001, p. 78) refiere que el primer estímulo sexual efectivo para el niño es olfativo y corresponde al olor del líquido amniótico, posteriormente durante el trabajo de parto los olores propios de la madre de la sala de expulsión, o del sitio donde tiene lugar el alumbramiento incrementan la cantidad de estímulos que pueden provocar una respuesta eréctil en los niños y lubricación vaginal en las niñas. Más adelante el aroma de la piel de la madre al ser amamantado y su propio aroma derivado de las funciones de excreción, es decir, de sus propias heces y su propia orina también se constituyen en una fuente sexualmente estimulante.

La respuesta sexual de las niñas y los niños presenta una gráfica distinta a la de los adultos, como puede observarse en la imagen, en general, la meseta es prácticamente inexistente, el orgasmo puede continuarse en la medida que exista un estímulo sexual efectivo, la resolución es rápida y no existe periodo refractario.



### **Respuesta sexual en las niñas**

Estímulo Sexual Efectivo (ESE): Es el que motiva a una persona a responder ante una experiencia sexual; no hay estímulos sexuales específicos o establecidos (aun cuando se quieran condicionar), existen tantos estímulos sexuales efectivos como personas hay en este mundo. Lo que puede funcionar en un individuo no sirve para otros.

Los ESE pueden ser *psíquicos y reflexogénicos*, es decir que pueden originarse dentro del propio organismo o en el exterior; los primeros son percibidos a través de

los sentidos, por ejemplo, la vista: el mirar a una persona físicamente atractiva puede desencadenar el deseo sexual. Los estímulos reflexogénicos pueden ser exteroceptivos como lo es la estimulación directa de los órganos sexuales pélvicos externos; e *interoceptivos*, como la estimulación provocada por el llenado de la vejiga.

Por todo esto se dice que quizás el cerebro sea el órgano sexual mas importante de nuestro cuerpo ya que el deseo de experiencia sexual comienza en él con una compleja serie de sucesos fisiológicos (Álvarez-Gayou, 1986); ante esto, Kaplan (1984, p.75-76) refiere que el funcionamiento sexual se realiza por un control neurológico organizado *de una manera intrincada y recíproca por todos los niveles del cerebro*. Tanto los órganos sexuales como los centros que ella denomina sexuales, envían y reciben impulsos desde todos los centros y circuitos neuronales, aun cuando la respuesta sexual provenga de fuentes numerosas que la favorecen, como el afecto y la fantasía, o que la inhiben como el temor y el odio.

Estos estímulos exteroceptivos o interoceptivos, reflejos o psíquicos, en el caso de las niñas, son respuestas involuntarias como en el amamantamiento, las caricias, los baños, los cambios de temperatura, los tocamientos, y estados emocionales de excitación o ansiedad, que dan como resultado una excitación sexual. Estos estímulos reflejos externos e internos y los psíquicos no están erotizados ya que es hasta los ocho o nueve años de edad que las niñas identifican, y van dando significado de acuerdo a constructos sociales, a ciertos estímulos como un tipo específico de sensación erótica y buscarán estas sensaciones placenteras en forma intencional. Es hasta este momento en que comienza a establecerse el elemento erótico visual, táctil e intelectual.

Fase de Excitación: Cuando existe un ESE, la persona que lo percibe entra en una fase de excitación que puede durar desde unos minutos hasta horas, dependiendo de diversos factores, como la eficacia e intensidad del estímulo como un olor, un recuerdo, o un contacto físico; o el grado de liberación de los estímulos adversos físicos o psicológicos que podrían disminuir, acortar o interrumpir el proceso.

En esta fase el cambio principal se originan por la vasocongestión pélvica -la lubricación vaginal- sin embargo, durante ésta y las otras fases habrá cambios en diversos órganos.

En las mamas ocurre erección del pezón como resultado de la contracción involuntaria de las fibras musculares del mamelón; otra modificación fisiológica es una extensión de las redes venosas: a medida que la excitación se incrementa y se acerca a la fase de meseta, hay un aumento en el tamaño de las mamas como consecuencia de la congestión vascular profunda del órgano.

Existe un aumento de volumen y de separación en los labios mayores y los labios menores, se expanden en diámetro, el útero se verticaliza y provoca un desplazamiento anterior del cuello que, a su vez, origina expansión bulbosa del

fondo vaginal, hay una distensión mínima del tercio externo y el clítoris se agranda más en diámetro que en longitud, por lo que no constituye una erección del mismo.

*En esta fase, de manera subjetiva, hay un aumento de tensión placentera que incrementa la excitación, y el deseo también de incrementar los estímulos (Álvarez-Gayou, 1986, p.59-60).*

En las niñas hay lubricación vaginal, no hay verticalización del útero, hay hinchazón de la vulva, hay endurecimiento de los labios mayores y menores; es una fase rápida. Considerando que en los niños se ha observado en imágenes de ultrasonido que experimentan erecciones en el pene al estar en el útero, se deduce que los fetos mujeres experimentan lubricación.

*Fase de meseta:* La duración de esta fase es de extrema variedad y dependerá de la intensidad y continuidad de la estimulación (Álvarez-Gayou, 1986 p. 22), se caracteriza por una excitación intensa.

En la mujer, los labios menores aumentan entre dos y tres veces su diámetro, cambian de color que va del rosado al rojo brillante hasta el rojo vino; el clítoris se retrae en su totalidad con relación a la efectividad del estímulo sexual sin perder sensibilidad y volviendo a su posición de reposo si cesa el estímulo sexual efectivo.

En la vagina se observa un aplastamiento de la superficie rugosa como consecuencia de la expansión involuntaria de los dos tercios internos, hay un aumento de la vasocongestión del tercio externo que disminuye la luz vaginal, lo que constituye un fenómeno premonitorio del orgasmo y se conoce como plataforma orgásmica; la lubricación vaginal disminuye, sobre todo si la fase de meseta se prolonga, sin embargo, esto no es signo de pérdida de la excitación.

Al aumentar la tensión sexual el útero se eleva de manera total en la pelvis, el cuello junto con las paredes laterales y la pared anterior de la vagina forman una especie de tienda de forma elíptica en la parte profunda de la vagina, adoptando la forma de recipiente para el semen en caso de eyaculación.

En las mamas se produce una acentuada ingurgitación areolar, la areola se hace tan tumefacta que pareciera que desaparece la erección del pezón. Hasta antes del orgasmo el incremento de la mama puede ser de un cuarto a una quinta sobre la medida presentada antes de la excitación, sobre todo cuando la mujer no ha amamantado, situación totalmente diferente de una mujer que lo ha realizado, el aumento de tamaño es menos significativo. Es frecuente que aparezca un moteado rosado primero en el epigastrio y luego en la región de la mama para continuar a parte inferior del abdomen, hombros y parte anterior de los antebrazos. En la niña hay aumento en la intensidad del color de los labios mayores y menores, se forma la plataforma orgásmica, no se incrementa la verticalización del útero, no se expande el fondo vaginal ni se forma la tienda de campaña; se trata de una fase muy corta.

Fase orgásmica: El orgasmo se ha definido como un placer muy especial, intenso y subjetivo, en el que se da una especie de fuga de la conciencia y puede durar desde 3 hasta 15 segundos. Es una fase de liberación de toda la tensión sexual.

En la percepción subjetiva de placer en el orgasmo, pueden influir varios factores como: pareja, ambiente, hora, y muchos otros; hay presencia de *contracciones mioclónicas rítmicas que se producen en la musculatura vaginal, uretral, perineal, órganos y músculos circundantes* (Álvarez-Gayou, 1986, p.61); además de darse en la zona pélvica, también se presentan contracciones involuntarias de la musculatura facial y otras partes, lo que provoca gestos y movimientos de todo el cuerpo.

En la vagina, el tercio externo se contrae fuertemente. Estas contracciones ocurren con intervalos de 0.08 segundos y su intensidad disminuye de manera progresiva.

El cambio que se presenta en la piel, es enrojecimiento. Se genera una erupción semejante al sarampión extendiéndose por la cara anterior y bordes laterales de los muslos, nalgas y dorso.

En las niñas es la fase en que libera la tensión sexual que ha venido acumulándose e incrementándose desde el ESE. Hay presencia de contracciones mioclónicas, con intervalos de 0.08 segundos, hay sensación de contracciones internas, sensación subjetiva de placer, y contracción del esfínter anal.

Fase de resolución: Toda la tensión sexual se libera en la fase orgásmica e inmediatamente después el organismo y los órganos sexuales pélvicos regresan paulatinamente a su estado inicial; hay una rápida desaparición del enrojecimiento sexual en orden inverso, desaparece la tumefacción de la areola, la luz del introito vaginal incrementa su diámetro, la pared anterior y el cuello uterino en antero versión descienden con rapidez hacia el piso vaginal.

Esta reversión puede durar de 10 a 15 minutos; en la mujer existe la posibilidad de regresar de cualquier fase de la RSH y volver a la fase de orgasmo.

La niña también pierde todos los cambios que se sucedieron en la excitación, meseta y orgasmo y todo regresa al estado basal.

Fase o período refractario: La duración de esta etapa es muy variable y va de desde unos minutos, horas o días, alargándose conforme aumenta la edad.

La mujer, puede responder nuevamente a estímulos y conseguir otros orgasmos (multiorgasmia).

Como la respuesta sexual en la niña es eminentemente neurológica y vascular y se puede repetir por sus componentes reflexogénicos, no se presenta el período refractario.

Otras manifestaciones a nivel corporal: Contracciones musculares involuntarias, sudoración, enrojecimiento, aumento de la temperatura, aumento de la frecuencia cardíaca y la frecuencia respiratoria.

Un reporte mostrado por Crooks, R. y Baur, K. en 2002; sobre la observación de conductas sexuales que probablemente tienen relación con la respuesta sexual, realizada por madres de niñas y niños en un período de seis meses, refiere como generadores de excitación:

- La masturbación con la mano, con juguetes o con objetos.
- El tocamiento de pechos u órganos sexuales de otros niños, niñas o adultos
- El rozar su cuerpo con el de otra persona
- El introducir objetos en la vagina o en el ano

Estos comportamientos pueden considerarse estímulos sexuales efectivos en las niñas.

### **Respuesta sexual en los niños**

En los primeros dos años de vida, muchos niños descubren el placer de la estimulación genital, esta actividad con frecuencia involucra frotamientos o tocamientos del área genital contra un objeto como un muñeco o una almohada.

La vasculación pélvica y otros signos de excitación sexual en los niños como la erección del pene, con frecuencia se malinterpreta o no se entiende. En algunas ocasiones se ha observado incluso la aparición del orgasmo a la estimulación genital. El niño por supuesto, no siempre puede ofrecer una respuesta confirmatoria de la naturaleza de esta reacción.

La siguiente referencia de Alfred Kinsey, es parte de los casos detallados en su libro sobre la sexualidad masculina:

*El orgasmo en un niño o en un varón joven es, a excepción de la presencia de eyaculación, una réplica incipiente del orgasmo adulto. El comportamiento involucra una serie gradual de cambios fisiológicos, el desarrollo de movimientos rítmicos del cuerpo con distintos tocamientos del pene y vasculación pélvica, y un cambio evidente de la capacidad sensorial y la tensión generalizada de los músculos; especialmente del abdomen, caderas, y espalda, una súbita liberación convulsiva, que incluye contracciones anales rítmicas, seguidas de la desaparición de todos los síntomas. Un bebe que yace plácidamente bajo la estimulación sexual inicial, se distrae de otras actividades, inicia la vasculación pélvica, se tensa conforme se acerca el orgasmo, entra en una acción convulsiva, con frecuencia con movimientos violentos de los brazos y piernas, en ocasiones con evacuaciones al momento del orgasmo (Kinsey, et. al., 1948, p. 177)*

Es imposible determinar el significado de esta experiencia temprana para el niño, pero hay una certeza razonable de que la misma resulta satisfactoria. Muchos niños abandonan estas prácticas -placenteras por naturaleza- ante las respuestas negativas de los padres o cuidadores.

Por supuesto, el niño no es capaz aun de diferenciar el placer sexual de otras formas de goce sensual. Muchas de las actividades diarias del niño como el amamantamiento, el baño, etcétera, involucran estimulación táctil placentera que, por supuesto, es esencialmente sensual en naturaleza y puede ocasionar respuestas genitales o sexuales.

El aporte más significativo en relación a la respuesta sexual infantil es realizado por Alfred Kinsey, quien sin realizar un estudio de laboratorio como el de Masters y Johnson, a partir de cientos de entrevistas realizadas a adultos que tenían contacto con niños, registró las reacciones de estos a diversos estímulos que podrían ser considerados como sexuales.

Podemos asumir a partir de estas observaciones que las fases de la respuesta sexual en los niños tienen diferencias poco significativas en relación al adulto, sin embargo, es importante puntualizarlas.

*Fase de Estímulo Sexual Efectivo:* En el niño no hay estímulos sexuales específicos o establecidos (aun cuando se quieran condicionar).

Al igual que en las niñas, en los niños el tacto es el principal estímulo desencadenante de la respuesta sexual esta es su principal forma de contacto con el exterior y a partir del cual se comunica y establecen vínculos afectivos significativos en etapas posteriores de su desarrollo.

Los estímulos reflexogénicos pueden ser exteroceptivos, como lo es la estimulación directa de los órganos sexuales pélvicos externos, e interoceptivos, como la estimulación provocada por la vejiga llena.

William Friedrich y colaboradores (Citado en Crooks, R. y Baur, K. en 2002), entrevistaron en la Clínica Mayo una gran muestra de madres en relación a los comportamientos sexuales observados en sus hijos. Dichos comportamientos sexuales reportados provinieron de una muestra de 834 niños en un rango de edad de 2 a 12 años. Se preguntó a las madres en relación a la frecuencia con la que habían observado 38 diferentes comportamientos sexuales en un periodo de seis meses. Cuando 20 o más de las madres reportaron haber observado un comportamiento específico, Friedrich y sus colaboradores consideraron este como un comportamiento común en el desarrollo de la expresión sexual infantil. Algunos de estos comportamientos pueden ser considerados dentro de los parámetros de un Estímulo Sexual Efectivo por lo que son enlistados en la siguiente tabla.

Comportamiento	Edades		
	2 a 5 años	6 a 9 años	10 a 12 años
Auto estimulación manual	Presente	Presente	Presente
Tocamiento del pecho materno	Presente	Presente	Presente
Auto estimulación con un juguete/objeto	Presente	Presente	Presente
Tocar las partes sexuales de otro niño	Presente	Presente	Presente
Tocar su partes sexuales en casa	Presente	Presente	Presente
Tocar partes sexuales de un adulto	Presente	Presente	Ausente
Frotar su cuerpo con otra persona	Presente	Presente	Ausente
Mostrar sus partes sexuales a otros niños	Presente	Presente	Ausente
Colocar su boca en el pecho materno	Presente	Presente	Ausente

*Adaptado de Friedrich et. al. 1998*

**Fase de Excitación:** Cuando existe un ESE, el individuo que lo percibe entra en una fase de excitación que en el niño dura habitualmente unos minutos.

En esta fase, el cambio principal que se origina por la vasocongestión pélvica es la erección del pene; sin embargo, durante ésta y las otras fases habrá cambios en diversos órganos.

Existe tensión y aplanamiento de la piel del escroto, los cordones espermáticos se acortan por la contracción involuntaria del músculo cremaster, lo que provoca elevación de los testículos.

Puede haber erección y tumefacción en el pezón en fase tardía casi en la fase de meseta, en algunos niños se puede observar un rubor sexual en el epigastrio que se extiende a la parte anterior del cuerpo.

**Fase de meseta:** Esta fase es de corta duración y en algunos niños especialmente pre púberes prácticamente inexistente, se caracteriza por una excitación intensa. Se desarrolla un mínimo aumento en la vasodilatación y en los púberes se incrementa el diámetro de pene, limitándose de manera principal a la zona de la corona del



glande y, en ocasiones, un cambio de la coloración del glande, profundizando a rojo purpúreo aunque a veces no esté bien definido.

Fase orgásmica: En los niños y púberes esta fase de la respuesta es intensa. Es difícil saber si en los púberes el componente subjetivo tiene las características del adulto, en los niños es claro que este componente no está presente hasta que han desarrollado una forma de pensamiento más abstracto aunque la estimulación en búsqueda del placer sea intencional.

En esta fase se da la liberación de toda la tensión sexual. Hay presencia de *contracciones mioclónicas rítmicas que se producen en la musculatura uretral, perineal, órganos y músculos circundantes* (Álvarez-Gayou, 1986, p.61); además de darse en la zona pélvica también se presentan contracciones involuntarias de la musculatura facial y otras partes, lo que provoca gestos y movimientos de todo el cuerpo, esta respuesta es a lo que Kinsey en su momento denominó “movimientos convulsivos”.

En el hombre hay una forma de responder a esta etapa y es la eyaculación; en el niño y en las primeras etapas de la pubertad esta respuesta no se presenta, toda vez que las vesículas seminales y la próstata no han madurado aun para cumplir con su función excretora.

En la piel del niño y el púber se observa enrojecimiento y una erupción semejante al sarampión, extendiéndose por la cara anterior y bordes laterales de los muslos, nalgas y dorso.

En comparación con los adultos, esta fase de la respuesta sexual puede alargarse tanto como efectivo sea el estímulo sexual que haya desencadenado la respuesta.

Fase de resolución: Toda la tensión sexual se libera en la fase orgásmica e inmediatamente después el organismo y sus órganos sexuales pélvicos regresan paulatinamente a su estado inicial; hay una rápida desaparición del enrojecimiento sexual en orden inverso.

El pene pierde la erección en dos estadios. En el primero, la involución se produce de manera rápida reduciendo la erección hasta en un 50%; en el segundo, el pene regresa al estado de flacidez en un período más largo de tiempo.

Esta reversión puede durar de 10 a 15 minutos; el niño y el púber tienen la capacidad de regresar de cualquier fase de la RSH a la fase de orgasmo.

Fase o período refractario: Esta fase es inexistente en el niño y aparece de manera gradual conforme al desarrollo y maduración sexual del menor. En los jóvenes, sin embargo, es significativamente más corta que en los adultos.

La anatomía, higiene y respuesta sexual en la infancia, pubertad y adolescencia, requieren ser estudiadas, no solo por la importancia que tienen dentro del desarrollo

de la sexualidad infantil. En particular, la anatomía e higiene sexual permiten detectar aquellos cambios que pueden ser señales de alerta para identificar la presencia de infecciones y enfermedades como signos evidentes de abuso sexual.

En la medida que el menor gane independencia en su aseo personal, conozca y reconozca sus órganos sexuales, e identifique las funciones de los mismo, será capaz de comunicar con oportunidad y certeza cualquier situación que genere incomodidad, permitiendo a los adultos que le rodean realizar intervenciones oportunas para su solución.

## ***Bibliografía***

- 1) Álvarez-Gayou, J.L. (1986) Elementos de Sexología. México: Mac Graw Hill
- 2) Crooks, R., Baur, K. (2002) Our sexuality. México: Wadsworth Group
- 3) Gagnon, W.F. (1996). Fisiología médica. México: El Manual Moderno, S.A de C.V.
- 4) Greydanus, D.E. Shearin R.B. (1990). Adolescent Sexuality and Gynecology. Philadelphia: Lea & Febiger.
- 5) Herman-Giddens. M., Berson, N. (1989) Harmful genital care practices in children. JAMA, Jan 27, 1989-Vol 261, No. 4, 577-579.
- 6) Herrera, E. (1999). Indicadores Para la Detección del Maltrato en Niños. Salud Pública de México, septiembre-octubre, año/vol. 41 número 005.
- 7) Herriot, S.L. Laufer, M. Goldstein D.P. (2000). Ginecología en Pediatría y la Adolescente. México: Mc Graw-Hill Interamericana.
- 8) Instituto Mexicano del Seguro Social (1998). Ginecología-Obstetricia. México: Méndez Editores.
- 9) Kaplan, S. H. (1984). La Nueva Terapia Sexual. España: Grijalbo.
- 10) Kinsey, A. Et al (1948) Sexual behavior in the human male. Philadelphia: W.B. Saunders Company
- 11) Kinsey, A. Et al (1953) Sexual behavior in the human female. Philadelphia: W.B. Saunders Company
- 12) Latarjet, M., & Ruiz, A. (1991). Anatomía Humana. México: Panamericana
- 13) Lockhart, R.D. Hamilton, G.F. Fife, F.W. (1965). Anatomía Humana. México: Interamericana.
- 14) López, K. (2003). Manual de Sexualidad. Por el derecho de toda mujer a saber. México: Instituto pro infancia y juventud femenina A.C.
- 15) López, K. Torices, I. 2006. Sexo sin lata: educación de la sexualidad para niñas, niños y jóvenes con discapacidad. México: GEISHAD, A.C.
- 16) Ludwig, S. (2001). Abuso sexual, manejo en la emergencia pediátrica. Arch Pediatr Urug. 72(S): S45-S54.
- 17) Martínez, R. (1991). La Salud del Niño y el Adolescente. México: Salvat Editores.
- 18) McCary, J.L. McCary, S. Álvarez-Gayou, J.L. Del Río, C. Suárez, J.L. (1996). Sexualidad Humana de McCary. México: El Manual Moderno.

- 19) McCary, L., McCary, S., Álvarez-Gayou, J. L., del Río, C., & Suárez, J. L. (1996). Sexualidad Humana de McCary. México: Manual Moderno.
- 20) Moore, K. (1979). Embriología Clínica. México: Interamericana.
- 21) Moore, K. (1995). Anatomía con Orientación Clínica. Buenos Aires Argentina: Panamericana.
- 22) Nelson, D. (1997). Tratado de Pediatría. México: Mc Graw-Hill Interamericana
- 23) Prieto, M.I. (1998). Sexualidad Infantil. México: Ducere
- 24) Provenzano, S. Lange, D. Tatti, S. (2006). Manual de Ginecología. Argentina: Corpus.
- 25) Reinisch, J., Beasley, R. (1992) Nuevo informe Kinsey sobre sexo. México: Paidós
- 26) Sersiron, D. (1985). Manual de Ginecología Pediátrica. México: Masón.
- 27) Sinclair, D. (1975) Human Growth after Birth. New York: Oxford University Press
- 28) Straffon, A. (1987) Sinequiotomía sí, circuncisión no. México: Fontamara
- 29) Straffon, A. (1991) Sinequiotomía para la higiene genital efectiva. México: Trillas
- 30) Torices, I. Ávila, G. (2006). Orientación y Consejería en Sexualidad para Personas con Discapacidad. México: Trillas.
- 31) Yates, A. (2001). Sex without shame. EUA: Books Reborn

### **III Desarrollo de la sexualidad en la infancia, la pubertad y la adolescencia**

***Irene Torices Rodarte  
Guadalupe Ávila García***

#### ***Introducción***

La sexualidad infantil es algo en lo que muchos adultos prefieren no pensar. Creer que no existe y esperar que los niños y las niñas crezcan y “tengan edad de comprender”, es una forma de evitar dar explicaciones y sobre todo, evitar enfrentarnos con nuestra propia vivencia de la sexualidad, nuestras dudas o sentimientos de culpa.

Los mitos, tabúes, inhibiciones, frustraciones y desconocimiento que los adultos podemos tener con respecto a la sexualidad, a la sensualidad y al erotismo; nos hacen creer que cualquier manifestación de la sexualidad infantil tiene algo de “morbosa”, “anormal” o hasta “pervertida”; de ahí las reacciones de angustia, enojo, preocupación y hasta vergüenza que se pueden tener.

Solemos creer que la intención de un niño o niña es igual que la de un adulto, y nada más lejos de la realidad, de aquí la importancia de adquirir información sobre el desarrollo de la sexualidad infantil porque en este como en todas las áreas del desarrollo infantil y adolescente; mientras más y mejores conocimientos poseamos, mejores posibilidades tendremos de cuidar y guiar hacia una vida independiente, productiva, libre, responsable y feliz a otras personas pero, además, también tendremos la oportunidad de detectar oportunamente algún problema si se llegara a presentar.

El propósito de este capítulo es comunicar al lector los resultados derivados de la observación de las conductas relacionadas con el desarrollo de la sexualidad en la infancia y adolescencia, así como de algunas investigaciones desarrolladas al respecto por profesionales interesados en el tema.

#### ***Estudios del desarrollo y de la sexualidad infantil***

Las personas adultas hemos hecho lo posible para negar la sexualidad infantil, tal vez porque no sabemos cómo reaccionar cuando vemos a un niño acariciando su pene o una niña balanceándose con algún objeto entre las piernas o cuando alguno de ellos nos pregunta ¿de dónde salen los bebés? Tendemos a negar las cosas que nos causan ansiedad o duda, o que simplemente desconocemos.

La sexualidad del feto no es un tema que se haya estudiado mucho a lo largo de la historia o mejor dicho, como un periodo propio del desarrollo; esto comenzó a estudiarse hace algunas décadas y hasta nuestros días se han dado pocas aportaciones dentro de distintos enfoques y algunos de estos estudios niegan la validez de otros.

El desarrollo de la sexualidad del niño/a inicia desde antes del nacimiento y lo acompaña a lo largo de toda su vida. Vivir la sexualidad implica buscar y encontrar placer, darlo y recibirlo, utilizar el lenguaje para comunicar, aprender, pedir y dar afecto y desarrollarnos; todo esto lo puede vivir el feto dentro del vientre materno. En su conformación, la interacción entre lo biológico, lo cognitivo, lo social y lo emocional es innegable y difícil de separar. *La interacción entre las condiciones hormonales, funciones cerebrales y conducta sexual, provee el fundamento para cualquier consideración del desarrollo psicosexual.* (Méndez, 1994, p. 665).

*Desde el vientre materno la carga cromosómica XX o XY permite el desarrollo de órganos sexuales internos y externos específicos para determinar el sexo, desde este momento ya reconocemos al feto como un ser sexual* (Prieto, 2002, p. 17).

*Sabemos mediante las imágenes ultrasónicas que los fetos masculinos experimentan erecciones del pene en el seno materno* (Reinisch, J.M. 1992, p. 337).

Son varios los autores que se han interesado por el desarrollo infantil y que han resaltado la importancia de la sexualidad en este proceso, brevemente mencionaremos algunos:

*Sigmund Freud*, fue quien hace casi cien años resaltó la importancia que tienen los aspectos sexuales en los años infantiles. Desde su perspectiva, las manifestaciones de la sexualidad infantil proporcionan al niño la oportunidad de sentir placer y satisfacción y, por lo tanto, reducir su ansiedad e incomodidad. En su obra expresa como los “impulsos”, desde que se nace, están ligados a la sexualidad. En las etapas de desarrollo expuestas en su teoría se explican las conductas del niño o niña relacionadas con el apego a la madre, el amor por el progenitor del otro sexo, los primeros vínculos afectivos, el placer al controlar esfínteres y la gratificación al auto estimular órganos sexuales externos.

*Erich Fromm*, establece como manifestación central y fuente de placer al amor que proporciona la madre y a todos sus equivalentes. Expone la importancia de la contención y de sentirse querido. La importancia del aspecto afectivo es imprescindible para el logro del desarrollo cognitivo al igual que los papeles que desempeñan el medio y la cultura en la formación de toda persona. Sostiene además el hecho de que una imagen y autoestima positiva tienen una relación directa con la aceptación de sí mismo y con la aceptación de los impulsos y sentimientos.

*Jean Piaget*, estudia cómo el niño desarrolla su pensamiento. Su teoría coloca a la estructura mental como el conjunto de elementos que permiten la integración de distintos niveles de pensamiento, estos a su vez se acompañan de cambios conductuales y biológicos. La teoría de Piaget refiere que el potencial cognitivo innato determina el curso general del desarrollo incluyendo el desarrollo de la sexualidad.

*Lawrence Kohlberg*, retoma la teoría de Piaget y propone la teoría evolutiva del desarrollo psicosexual: el niño, a través de experiencias con su cuerpo y con su medio social, construye conceptos, valores y actitudes sexuales siempre ligado a la forma en que desarrolla su pensamiento. Su teoría gira en torno a 5 puntos básicos: 1) La identidad de género y el papel sexual; 2) los valores respecto a lo masculino-femenino; 3) la identificación parental; 4) las actitudes relativas al papel sexual y, 5) las determinantes familiares y culturales en las actitudes respecto al papel sexual.

*Arnold L. Gessell* y *Lev S. Vigotsky*, a partir de sus teorías han contribuido también a la comprensión del desarrollo de la sexualidad infantil relacionando la importancia del desarrollo fisiológico en los procesos de aprendizaje y de patrones de aprendizaje para la solución de problemas.

Los primeros investigadores reconocidos por sus grandes aportes a la construcción de la sexología como disciplina científica, que se interesaron en la sexualidad infantil, fueron *Alfred Kinsey* y *William Masters*.

*Alfred Kinsey*, biólogo y psicólogo, realizó una de las más grandes investigaciones sobre el comportamiento sexual de hombres y mujeres en los Estados Unidos; de manera “accidental” en 1938, asumió el control de la coordinación del nuevo curso matrimonial en la Universidad de Indiana para luego comenzar a recolectar historias para el archivo del comportamiento sexual. Dentro de los resultados de su investigación se encuentran numerosos reportes de madres y padres de familia así como de cuidadores de niñas y niños que se le acercaban para compartirle su preocupación por algunas conductas observadas en niñas y niños. A través de estos relatos Kinsey proporciona evidencia respecto a la existencia de la sexualidad desde la primera infancia y que esta resultaba placentera a los pequeños.

*William Masters*, era obstetra y en sus notas respecto a la sexualidad infantil relata cómo, para aliviar la monotonía que acompañaba a atender un parto tras otro, desarrolló un juego con los recién nacidos en el que les preguntaba *¿seré capaz de cortar el cordón antes de que tengas una erección?*, el mismo refiere que sólo ganaba la mitad de las ocasiones. Igualmente notó que las niñas presentaban lubricación vaginal dentro de las 4-6 horas de vida y que durante el sueño, se presentaban erecciones espontáneas o lubricación vaginal con espacios de 80 a 90 minutos y que si los bebés eran despertados durante estos episodios, se mostraban realmente ansiosos.

Las implicaciones éticas y políticas que rodean a la investigación en sexualidad actual han generado un retraso de más de 20 años en lo referente a la sexualidad infantil, la sexualidad de las personas con discapacidad y otros grupos de población considerados como vulnerables.

Las inferencias que los estudiosos de la sexualidad humana han hecho desde estas teorías para entender el desarrollo de la sexualidad infantil, han permitido afirmar que las manifestaciones sexuales en la infancia son parte del desarrollo psicosocial de la sexualidad. A partir de este reconocimiento, la educación de la sexualidad debe formar parte de la educación integral, lo que nos compromete a revisar nuestras propias actitudes, conocimientos y la forma en que los transmitimos, evaluando si éstas formas dan a los educandos la posibilidad de desarrollar actitudes positivas hacia sus manifestaciones sexuales y asumir valores que les permitan aceptar su sexualidad y la de los otros y vivir en forma sana, placentera y responsable.

### ***¿Qué entendemos por infancia?***

Si bien no existe un consenso en relación a la definición de Infancia, para los fines de este apartado consideraremos el planteamiento hecho por el Comité de los Derechos del Niño (2006), que considera esta como *el período que transcurre desde el nacimiento hasta los ocho años de edad* [o el inicio de la pubertad].

Dentro de esta definición de infancia se englobarían tres grandes fases (Morón, 2004):

1. Fase de lactancia: desde el momento del nacimiento hasta la adquisición del lenguaje y la deambulaci3n.
2. Primera infancia: período comprendido entre el final del primer año hasta el sexto o séptimo año de vida. Se caracteriza por un fuerte desarrollo de la capacidad exploradora del niño, así como del desarrollo intelectual con un progresivo dominio del lenguaje. En esta etapa el niño descubre la relación familiar y comienza muy primariamente la relación con los compañeros.
3. Segunda infancia: comprende desde los seis o siete años hasta la pubertad, con la cual se inicia la adolescencia. La principal característica de esta fase es que el niño se sumerge plenamente en el mundo real e intenta adaptar su comportamiento a las variables condiciones externas. Se produce asimismo una fuerte identificación del niño con el padre y de la niña con la madre, con lo que ello supone una aceptación de papeles sexuales y sociales.

Desde esta concepción de la Infancia, pueden derivarse las siguientes conclusiones:

- La edad cronológica se considera un referente indispensable ante cualquier definición planteada sobre el concepto de infancia.
- La infancia puede entenderse como un período determinado de la vida de un niño o niña, medible por un intervalo de edad.
- Se puede entender que cuando se habla de infancia se hace referencia a un conjunto de características psico socio biológicas de unos sujetos en estado de desarrollo, hasta que no alcanzan las características consideradas como propias de otra etapa posterior de desarrollo.

La UNICEF (2005) define *la infancia como la época en la que los niños y niñas tienen que estar en la escuela y en los lugares de recreo, crecer fuertes y seguros de sí mismos y recibir el amor y el estímulo de sus familias y de una comunidad amplia de adultos. Es una época valiosa en la que los niños y las niñas deben vivir sin miedo, seguros frente a la violencia, protegidos contra los malos tratos y la explotación. Como tal, la infancia significa mucho más que el tiempo que transcurre entre el nacimiento y la edad adulta.*

Podríamos decir que esta no es una definición per se, sino una representación de la infancia propuesta por la UNICEF en base a las necesidades y significados que en un periodo específico de vida y en un contexto determinado deben considerarse para garantizar la calidad de vida de los niños y niñas y el respeto a sus derechos humanos.

La aprobación por la Asamblea General de las Naciones Unidas, de la Convención Internacional sobre los Derechos del Niño (CDN) el 20 de noviembre de 1989, *concibe al niño como un sujeto social activo de derechos, una persona en proceso de desarrollo cuyas capacidades evolutivas deben ser respetadas y protegidas.* Con ello, la Convención protege los derechos en materia de atención a la salud, la educación y la prestación de servicios jurídicos, civiles y sociales.

Cabe aclarar que en la literatura internacional los términos infancia y niñez se utilizan indistintamente. Desde nuestra perspectiva, el término infancia hace referencia al proceso propio de desarrollo, mientras que el término niñez hace referencia a un constructo social, considerando la conclusión de esta etapa al alcanzarse la mayoría de edad determinada esta por las leyes vigentes de cada país.

### ***Desarrollo psicosocial de la sexualidad infantil***

En algún tiempo se consideró que la sexualidad aparecería de forma súbita con el inicio de la pubertad, incluso no son pocas las personas que mantienen esta concepción y que siguen afirmando que en el desarrollo de la sexualidad infantil existe un periodo de “latencia” en el que no existe interés, pensamiento, respuesta o



conducta sexual alguna. Gracias a los avances tecnológicos en el área de la salud se ha demostrado que los fetos no solo necesitan de alimento, sino que el amor y ternura provistos por la madre durante la gesta, provocan en el feto masculino una respuesta eréctil y con certeza, lubricación vaginal en el feto femenino aunque este es más difícil de identificar.

Si a esto agregamos -como mencionamos anteriormente- que algunas de las características de la sexualidad saludable son la comunicación, afectividad, placer, etcétera; podemos afirmar que la sexualidad comienza antes de nacer y continúa hasta el final de la vida.

Con lo anterior ubicaremos el estudio de la sexualidad como una más de las líneas del desarrollo es decir, el desarrollo se puede estudiar y explorar en cada una de sus áreas tales como: la psicomotricidad, el lenguaje, la cognición, la socialización, y por supuesto la sexualidad.

Reconociendo la diversidad cultural y social, así como las características de los procesos de aprendizaje y desarrollo sexual que se dan en la infancia, es difícil establecer una secuencia detallada y fidedigna de estos por edad. Los conocimientos respecto al desarrollo de la sexualidad infantil, deben abordarse como una más de las líneas del desarrollo.

Cada niño tiene características diferentes, ritmos y tiempos de desarrollo, que no necesariamente coinciden sin dejar de reconocer que la sexualidad comprende un conjunto de facetas que implican componentes psicológicos, biológicos, sociales, culturales, históricos y afectivos, para facilitar la comprensión del desarrollo de la sexualidad se analizan por separado los aspectos psicosociales.

### ***Desarrollo psicosocial de la sexualidad del lactante***

El niño nace dentro de una familia, la cual pertenece a una cultura determinada que influye en su desarrollo sobre todo en sus primeros años, transmitiéndole normas, tradiciones, y pautas de conducta sexual, aunque en realidad los adultos aun antes de que nazcan comienzan a asignarle un comportamiento específico basado en los requerimientos sociales en función de su sexo.

Esto es, los familiares le dan un papel al niño o a la niña, al crearse expectativas y fantasías en relación al proyecto futuro del producto en gestación y una vez que nace y se verifica o se conoce su aspecto físico, en especial la constitución de sus órganos sexuales pélvicos externos, se desencadenan un sin número de eventos, como la colocación de una pulsera rosa o azul a efectos de identificación, la elección de un nombre, se selecciona la ropa, se decora el lugar donde estará el niño o la niña, se especula y se reafirma el proyecto futuro en base a estereotipos de género como por ejemplo: el niño será basquetbolista, doctor ingeniero, etcétera. Y la niña será bailarina, enfermera, maestra, etcétera, el trato y afecto que se le da

al niño y a la niña son diferentes, pues a la niña se le trata con dulzura, ternura, mimos, y en general con mayor tolerancia y aunque al niño se le mime, el trato que se le da es un poco más brusco, seco y menos tolerante, especialmente cuando hace manifiestos sus sentimientos.

También se hacen distinciones en relación a otros atributos, por ejemplo: la niña es más bonita y menos inteligente que un niño. Por si fuera poco todo lo anterior, se asignan juguetes, adornos, sitios de juego, formas de vestir, dando con esto justificación a las normas sociales y culturales determinadas por las diferencias biológicas entre los sexos. Cabe aclarar que todo esto se da en forma inconsciente, se hace por imitación, sin embargo, determina un desarrollo de la sexualidad infantil que favorece los estereotipos de género.

El desarrollo infantil ha sido abordado e investigado desde diversos marcos conceptuales. La teoría del aprendizaje social reconoce que el ambiente influye en el desarrollo (en este caso, el desarrollo de la sexualidad). Rompe con los viejos postulados que proponen que el desarrollo de la sexualidad del niño pasa por etapas determinadas por el crecimiento físico. En su lugar afirma que éste tiene una variedad de direcciones relacionadas con el proceso de aprendizaje social. La sexualidad entonces tiene un componente particular en cada una de las culturas humanas.

Las características y conductas aquí señaladas, tendrán algunos referentes en cuanto a la edad promedio en que se presentan. Es importante recordar que: *La conducta sexual humana es, sobre todo, resultado del aprendizaje social, de forma que los factores no hormonales determinan en gran parte el momento, la incidencia y la naturaleza de las actividades sexuales de hombres y mujeres* (Álvarez-Gayou, 1990, p.74).

Cuando el bebé nace, *el sexo anatomofisiológico del individuo se identifica y etiqueta: sexo de asignación a través de un criterio puramente morfológico* (Álvarez-Gayou, 1990, p.72).

Cada cultura posee conductas que le confieren al niño o la niña sus atributos culturales. La cultura ejerce una influencia tan importante que podemos encontrar diversas expresiones de la sexualidad en los niños y las niñas según su familia, cultura y país de origen. *Dentro de los aspectos más controvertidos en cuanto a las expresiones de la sexualidad están el de las conductas denominadas como típicamente masculinas y femeninas. Es probable que una buena parte de éstas, se encuentren completamente determinadas por aspectos culturales y otras por aspectos biológicos* (Méndez, 1994, p. 666).

John Money (1971), señala que existe un período crítico en la diferenciación sexo genérica del individuo que abarca desde los últimos estadios del desarrollo fetal, hasta los primeros 36 meses posteriores al nacimiento. Citando que es en este período donde la experiencia de apropiación del género correspondiente al sexo es

muy significativa. Esta predisposición del género funge como una fuerza biológica que actúa en el cerebro fetal.

Una fase importante del desarrollo temprano de la sexualidad se asienta en la placentera intimidad del bebé con su madre, lo cual comienza desde la gesta, continua con el parto y con la lactancia, el baño, el vestido, los juegos, el cargarlo, etcétera, lo cual muestra que la relación con los padres es muy importante. Las experiencias sensoriales, el tacto y el movimiento son básicos para el desarrollo de su sexualidad.

*La vista, el oído, el tacto, la piel, el gusto y el olfato son una especie de aliados que, como mensajeros fieles, nos traen noticias del mundo y nos permiten conocerlo mejor y disfrutarlo. Las formas y las texturas del cuerpo, sus sonidos, temperaturas y humedad producen muchas y muy variadas sensaciones que recogen los sentidos y las traducen en estímulos afectivos (Chapela, 2000, p. 58).*

El recién nacido tempranamente se muestra activo en el proceso de comunicación. Esta comunicación es analógica, es no verbal e incluye posturas, gestos, expresión facial e inflexión de la voz. El bebé va internalizando los mensajes verbales y no verbales de la figura parental (te quiero, qué lindo, un beso, un abrazo).

En cuanto es capaz de fijar la mirada, el niño muestra un especial interés por el rostro humano, preferentemente el de la madre con la que inicia una comunicación afectiva no verbal.

La interacción con los miembros de la familia y con la madre es tanto psíquica como física. La interacción física suele ser bastante intensa y tiene un carácter de alta intimidad. El contacto físico que es cálido, firme, cercano y frecuente, tiene un efecto benéfico sobre la capacidad responsiva de vínculo así como sobre su desarrollo cognitivo y motor.

Los bebés que han sido tratados con ternura y cuidado tienden en su vida posterior a responder positivamente al contacto físico cercano. La madre o el padre que no muestra ansiedad en su interacción con el bebé, tienen mayor facilidad para dar esta ternura y cuidado.

Las investigaciones y avances sobre los procesos de desarrollo y aprendizaje infantil señalan que *los primeros años de vida ejercen una influencia muy importante en el desenvolvimiento personal y social de todos los niños; en este periodo desarrollan su identidad personal, adquieren capacidades fundamentales y aprenden las pautas básicas para integrarse a la vida social* (PEP, 2004. pág.11).

El recién nacido va a desarrollar su capacidad neurofisiológica al transitar, por ejemplo, de realizar movimientos involuntarios a una actuación en forma más precisa. El cuerpo está en constante movimiento, en este ocurre un flujo interno de cargas hormonales que llevan mensajes nutren y permiten la maduración.

Cuando comienza a tomar los objetos, aparece el reconocimiento de sí mismo. *A través del tacto el niño explora su contorno y su propia geografía acumulando experiencias y un conocimiento que le ubican como unidad, como individualidad frente a otras cosas, otras unidades e individualidades. Al tocarse su mano siente y también siente a través de aquello que se toca, no así cuando toca algo fuera de sí, que sólo le proporciona una sensación táctil percibida por él a través de la mano, los labios o la parte de su cuerpo con que entra en contacto... la primera determina una relación de yo conmigo, en la segunda, yo con el otro* (Álvarez-Gayou, 1990, p. 74).

En los grupos más jóvenes la información que se posee acerca del comportamiento sexual solitario se basa únicamente en la observación. El tocamiento de los órganos sexuales se observa tempranamente en la infancia e incluso antes del nacimiento. Después del nacimiento los niños de 6 a 8 meses y las niñas de 6 a 11 meses descubren sus genitales a través de tocamientos no intencionales. Al final del primer año el desarrollo locomotor permite el tocamiento de los órganos sexuales en forma más directa. Entre los 15 y los 19 meses de edad la actividad genital se incrementa en algunos niños y niñas por medio de manipulaciones rítmicas de los genitales, de presionar juntas las piernas o de frotar los genitales contra un objeto.

Como se ha mencionado, desde el nacimiento el bebé percibe el mundo por medio de sus sentidos: huele, escucha, toca, chupa y ve todo lo que encuentra a su alcance. A través del contacto físico percibe mensajes de afecto o de rechazo, siendo más estimulado si siente mayor frecuencia y calidez de contactos. También a través del tocamiento el bebé se va descubriendo a sí mismo. Explora su cuerpo y en ese ejercicio de exploración va descubriendo que es placentero. De hecho podríamos decir que un bebé va construyendo su mundo y su autoimagen a base de experiencias placenteras o displacenteras propias y en contacto con otros, principalmente mamá y papá. Si mamá y/o papá no acarician al bebé (incluso en el baño o cambio de pañal) y le mantienen vestido la mayor parte del tiempo (hasta con las manos dentro de la cobijita), le están dificultando la capacidad de disfrutarse a sí mismo y a los demás, y de expresar las emociones que esta sensación le genera. Niñas y niños construyen su autoimagen, sus relaciones interpersonales y su capacidad de expresión con base en lo que los adultos les decimos y les enseñamos con nuestras actitudes.

El adulto se relaciona y demuestra el afecto de diferente manera según el sexo del menor, mantiene un trato diferenciado en la forma de tocarlo y acariciarlo, el tono de la voz, lo que se le dice, la forma de jugar con ellos, etcétera. Los niños y las niñas conforme van creciendo van integrando la información y dándole un significado particular.

Aparece la sonrisa social, fija la mirada sobre el rostro en movimiento, les agrada ser acariciados y el contacto físico.

Conforme crece, aproximadamente cuando comienza a caminar, *su desarrollo neurofisiológico le permite adquirir "significados sensoriales" cada vez más precisos*

*que lo estimulan a incrementar la exploración de sí mismo, a la par que identifica zonas corporales asociadas a sensaciones específicas y/o satisfactorios... pasa de una actividad por conocer y conocerse, a una por experimentar y experimentarse (Álvarez-Gayou, Op. Cit.).*

En el caso de los niños los órganos sexuales pélvicos externos están fácilmente accesibles, identificables, manipulables y con frecuencia se les nombra en comparación con las niñas, cuyos órganos sexuales pélvicos externos no presentan la misma accesibilidad y no son fácilmente identificables, aunque perciban sensaciones placenteras. Las conductas de manipulación y auto estimulación se dan en forma diferente en niños y niñas. En el primero puede -al acceder con facilidad-, realizar una actividad más intensa, frecuente y dirigida, en tanto que la de las niñas suele ser más difusa e indirecta como frotarse con objetos o con sus propias piernas. Cuando son pequeños estas conductas no son tan mal vistas y son tratadas con actividades distractoras y argumentos como “el cuidado de la salud”.

En este periodo el niño comienza a explorarse, y al descubrir sus órganos sexuales externos, incluso puede estimularlos hasta tener un orgasmo. En el tercero y cuarto mes de vida, la estimulación va acompañada de sonrisas y retozos; al año, el juego con sus órganos sexuales es un rasgo común cuando está desnudo, cuando se baña. Esto se da más en casa que en una estancia, lo cual muestra que la relación con los padres es muy importante. Las experiencias sensoriales, el tacto y el movimiento son básicos para su desarrollo neuromotor.

Una actitud positiva de parte de los adultos que rodean al niño desde estas etapas tempranas del desarrollo de la sexualidad, favorecen el empoderamiento desde el inicio de la infancia. Las actitudes y conocimientos conforman una plataforma emocional positiva para la educación formal de la sexualidad aún y cuando algunas nociones al respecto del tema pueden parecer especialmente radicales son parte del desarrollo de la sexualidad humana (como la desnudez, el auto reconocimiento, la auto estimulación y las sensaciones y sentimientos sexuales) que se expresan de manera consciente e inconsciente en la infancia temprana sin autorregulación.

Cuando estas expresiones de la sexualidad son reprimidas nos lastiman y lastiman a otros. Los niños que se sienten cómodos con su sexualidad desde edades tempranas son más capaces de tener en la vida adulta una sexualidad saludable, el reconocimiento de la sexualidad de las niñas debe colocarse al mismo nivel que el de los niños, debe mostrarse respeto a su privacidad, a sus necesidades y a sus oportunidades de involucrarse en juegos sexuales.

Muchas de las limitaciones de los adultos en relación a su sexualidad pueden ser prevenidas en la infancia, solemos enfocarnos en la patología más que en la salud, la aceptación de la sexualidad infantil promueve una sexualidad adulta no solamente sana, sino feliz y placentera (Melby, 2001).

### ***Desarrollo psicosocial de la sexualidad en la primera infancia***

Conforme el niño crece se va estructurando su identidad genérica (entre los dos y los cuatro años) la niña y el niño van formando su autoconcepto incorporando la vivencia psíquica y emocional de masculinidad o femineidad. *Nacemos con un sexo pero no nacemos con una identidad de género, cada quien en contacto con su sociedad, de acuerdo con lo que ve, siente y comprueba, construye su propia identidad de género durante la infancia* (Chapela, 2000, p. 64).

Raguz, (1995) señala que el infante incorpora su identidad genérica a través de imágenes: primero viendo, por ejemplo las formas en que se relacionan sus padres, hermanos y familiares cercanos a su hogar. El posterior aprendizaje de símbolos y el lenguaje marcaran aun más estos aprendizajes. El niño y la niña van integrando rápidamente las etiquetas sexuales (niño-niña, hombre-mujer) de su propia cultura.

Son capaces de precisar de manera bastante segura el sexo de otras personas y pueden clasificar en distintos cajones la ropa de uno y de otro sexo. También afirman la identidad sexual en fotografías de otras personas y de ellos mismos. Al final de los dos años se puede decir que existe una identidad de género incipiente, un sentir psicológico íntimo de ser hombre o de ser mujer; una vivencia psíquica y emocional obtenida mediante la identificación con personas de su mismo y del otro sexo.

Entre el año y medio y los dos años de edad se evidencia el conocimiento de los roles de género. Saben que es propio de los niños y de las niñas en función del vestido, peinado y conductas. Conforme avanza la edad y la madurez se van desarrollando conceptos de mayor abstracción sobre las diferencias de sexo y sobre lo masculino y lo femenino (género). Entre los dos y tres años los niños y las niñas saben clasificarse correctamente en la categoría sexual “a la que pertenecen”, aunque no sean conscientes de las diferencias genitales. Esta identidad genérica se irá reforzando con la experiencia y nuevos aprendizajes, sobre todo las determinadas socialmente por parte de los padres y otros adultos cercanos, quienes enfatizan el uso de determinadas prendas de vestir, el uso de juguetes y juegos según el sexo de niños y niñas.

El proceso de socialización promueve un mayor aprendizaje sobre su propio sexo y sobre el otro sexo. Mientras menos contacto tenga el niño con el otro sexo, más estereotipada será su percepción, sus creencias y actitudes hacia los sexos. Su estereotipia es más determinada hacia los tres años de edad y hasta los cinco o seis años. Aquí los niños y las niñas al creer que son esencialmente diferentes, se auto segregan.

El *rol sexo genérico* contribuye a la formación o mejor dicho a la adquisición de la identidad de género.

El rol genérico se adquiere de dos maneras:

- Aprendiendo qué significa ser hombre o ser mujer por medio de la imitación.
- Aprendiendo cómo debe comportarse cada persona en función de su sexo.

Desde edades tempranas los niños y las niñas difieren en su comportamiento. Esto no significa que todos los niños tengan comportamientos típicamente masculinos o que todas las niñas tengan comportamientos típicamente femeninos todo el tiempo. Hay una gran posibilidad de que los comportamientos se superpongan y que algunas niñas sean “masculinoides” y que algunos niños sean “feminoides”.

Una de las más notables diferencias entre los niños y las niñas es su gusto por diferentes tipos de juguetes. Esto puede notarse desde el primer año de edad y hacia los tres años de edad cuando las niñas con mucho más frecuencia que los niños juegan con muñecas, casas de muñecas, trasteros y otros juguetes domésticos, mientras que los niños más a menudo eligen jugar con pistolas, espadas, carritos, trenes o camiones. Estas diferencias de las elecciones sexuales relacionadas con los juguetes continúa siendo una característica del preescolar y durante los primeros años escolares; adicionalmente las diferencias en los juegos en relación al sexo empiezan a ser evidentes en los años preescolares donde desde la edad de tres años, las niñas prefieren a otras niñas como compañeras de juego y los niños prefieren a otros niños.

Este fenómeno conocido como **segregación de género** no es exclusivo de una cultura particular. Las preferencias de los niños por compañeros de juego del mismo sexo es un aspecto universal del desarrollo infantil. La segregación genérica ocurre de manera más frecuente cuando los niños no están con adultos, cuando están con otros niños y niñas de edad similar, la tendencia de las niñas a jugar juntas se observa desde los dos años, los niños prefieren los juegos con pares del mismo sexo un poco más tarde y la diferencia se establece de manera clara a los tres años de edad. La segregación de género no solo involucra la preferencia por los compañeros de juego del mismo sexo sino también el rechazo de compañeros de juego del otro sexo.

Las diferencias de los estilos de juego en los niños y las niñas también pueden observarse desde los tres años de edad. Los niños tienden a jugar de manera más activa empujándose y cayéndose y en algunas ocasiones siendo físicamente agresivos, a diferencia de las niñas, que tienden a hablar más con los otros y a ser más cuidadosas que los niños. Cuando las niñas son agresivas es más común que sea en un intento de terminar una relación -como al excluir a una niña- en su círculo de amigas. Los niños gustan de jugar en el exterior en grandes grupos, mientras que las niñas frecuentemente se reúnen en pares o tríos en interiores.

Las diferencias en las formas en las que los niños y las niñas resuelven los conflictos también son mas evidentes a la edad de tres años, mientras que las niñas

anteponen el compromiso con la otra persona, es más común que los niños usen la fuerza física.

El juego de roles es diferente entre los sexos, los niños actúan roles heroicos involucrándose en batallas y aventuras, y las niñas prefieren los roles familiares, la vestimenta y las ropas tradicionalmente femeninas.

Conforme los niños pasan de preescolar a los primeros años de escuela los estilos de juego de los niños y las niñas continúan diversificándose. Ser dominante parece ser particularmente importante para los niños. En la búsqueda de lograr un estatus los niños necesitan ser vistos como “poderosos”.

La forma en cómo los niños y las niñas se comunican también es diferente: las niñas hablan con los otros para establecer y fortalecer sus relaciones personales. Los niños utilizan el lenguaje para proporcionar información, exponerse o presumir, hablar de sí mismos y para demandar atención. Los niños de esta edad prefieren jugar en grandes grupos de otros niños mientras que las niñas prefieren la compañía de una o dos amigas.

Por otro lado la naturaleza de las interacciones también difiere entre los sexos. Mientras que las interacciones de las niñas se caracterizan por la cercanía emocional y física, las interacciones entre los niños se relacionan con las actividades y los intereses que se comparten.

Aunque hay mucha evidencia para hacer comparaciones sobre los sexos y mostrar las diferencias en relación a la persistencia del comportamiento estereotipado desde la infancia temprana hasta la intermedia, poco se conoce acerca de la extensión que tienen las diferencias entre los sexos o si se mantienen estables en el transcurso del tiempo, es decir, de qué manera los niños y las niñas que se muestran “feminoides” o “masculinoides” continúan haciéndolo y cómo se da este progreso de la etapa preescolar a los años medios de la escuela primaria.

Algunas teorías han intentado explicar los procesos en los que los niños se involucran para adquirir un comportamiento “sexual típico” las más reconocidas han surgido de la biología como la del aprendizaje social hormonal temprana (Hines, 2004) y la del desarrollo cognitivo (Kohlberg, 1996, Martin, 1993). Actualmente hay un mayor acuerdo respecto a que las diferencias en el comportamiento en relación al sexo resultan de la interacción de mecanismos biológicos, psicológicos y sociales desde etapas fetales tempranas del desarrollo.

Estas perspectivas pueden predecir la estabilidad en los comportamientos relacionados con el sexo desde los dos años y medio hasta los ocho años debido a que la influencia biológica se mantiene posterior al nacimiento, los procesos de diferenciación se refuerzan y se modelan a partir del aprendizaje social clásico y en apariencia se mantienen estables durante este rango de edad debido a que los procesos cognitivos para la formación del concepto de identidad de género y la



esquematización genérica ocurren durante los años preescolares y los escolares intermedios.

Adicionalmente las explicaciones en relación al desarrollo cognitivo como requisito para el desarrollo de la identidad de género pueden predecir un incremento en el comportamiento típico relacionado con el sexo de los niños, que conforme van creciendo se va constituyendo de manera más estable; la identidad de género alcanza su estabilidad y se mantiene constante a partir de los cinco años.

Es importante diferenciar entre el comportamiento típico relacionado al sexo y los estereotipos de género, los últimos se vuelven más flexibles hasta los 7 u 8 años.

El proceso descrito desde el trabajo de diferentes perspectivas teóricas que involucra mecanismos hormonales y esquemas genéticos constituyen la base a través de la cual se construyen los procesos cognitivos y sociales posnatales a partir de los cuales las expectativas en relación al comportamiento típico relacionado al sexo no solamente se mantiene estable sino que se incrementan durante los años escolares.

Las perspectivas del aprendizaje social y cognitivo también pueden predecir que los niños que son altamente típicos en relación a su sexo en la infancia temprana pueden ser más típicos todavía en relación a su sexo conforme pasa el tiempo ya que estos niños están altamente expuestos y pueden ser influenciados social y psicológicamente mientras crecen.

Desde una perspectiva biológica puede argumentarse que las variaciones en los niveles prenatales de andrógenos predisponen a algunos niños de cualquiera de los sexos a ser más “típicos” que otros. El papel de los andrógenos en el desarrollo del género ha sido estudiado en niños expuestos prenatalmente a niveles hormonales atípicos. Mayores niveles de testosterona se asocian con preferencias de compañeros de juego, actividades y juegos más típicamente masculinos, así como también con características de temperamento masculinas.

Las explicaciones de las diferencias entre los sexos en relación al desarrollo y aprendizaje social y cognitivo también son relevantes para entender los mecanismos involucrados en las variaciones en el comportamiento “sexo típico” de cada sexo y en el incremento a través del tiempo de este.

El reforzamiento diferenciado de los comportamientos “sexo típicos” en niños y niñas y la continuidad con la que los niños son expuestos a modelos “sexo típicos” pueden explicar el porqué los niños que experimentan altos niveles de reforzamiento de comportamiento “sexo típico” y cuyos modelos de rol son altamente “sexo típicos” presentan comportamientos altamente estereotipados.

De la misma manera las diferencias individuales en la esquematización del género, esto es en el proceso selectivo de información en relación al género y en la etiquetación del género forman también parte de las variantes relacionadas con los

comportamientos “sexo típicos” que puede esperarse influyan en los niños conforme pasa el tiempo; particularmente interesante es el fenómeno de regresión que implica predecir quien está en extremo de iniciar y mostrar un mayor decremento en comportamientos “sexo típicos “ a través del tiempo. La explicación puede ser que la adquisición de comportamientos “sexo típicos” involucra la interacción de procesos relacionados con la predisposición biológica durante la etapa preescolar y la experiencia de mayor exposición a influencias sociales y psicológicas que parecen incrementar el comportamiento “sexo típico” en el desarrollo posterior. Esto podría explicarse con los hallazgos de Martin y Fabes (2001) que demostraron que el juego con compañeros del mismo sexo incrementa en forma directa el comportamiento “sexo típico” independientemente de la predisposición individual. No es claro el porqué las niñas altamente “sexo típicas” muestran un mayor incremento de estos comportamientos mientras crecen que los niños. Sin embargo, Martin y Fabes afirman que los grupos de niñas experimentan mayores presiones sociales de los adultos a este respecto, que los grupos de niños. (Golombok, et al, 2008).

*La construcción de la identidad personal en los niños y las niñas implica la formación del auto concepto (idea que están desarrollando sobre sí mismo y sobre sí mismas, en relación a sus características físicas, sus cualidades y limitaciones y el reconocimiento de su imagen y de su cuerpo) y la autoestima (reconocimiento y valoración de sus propias características y de sus capacidades). En este proceso, las niñas y los niños están empezando a entender cosas que los hacen únicos, a reconocerse a sí mismos, a entender algunos rasgos relacionados con el género que distinguen a mujeres y hombres (físicas, de apariencia o comportamiento) y los que los hacen semejantes, a explorar y conocer su propia cultura y la de otros; a identificar diferentes formas de trabajar y jugar en situación de interacción con sus pares y con adultos, y también aprender formas de comportamiento y de relación (PEP, 2004, p.51).*

En esta etapa comienza el control de esfínteres y al aprender el control el niño refuerza su autoestima y confianza.

Hasta esta etapa *la estimulación se hace más enfocada y más intensa en los órganos sexuales, proceso para la adquisición de la autoimagen y el autoconcepto. Al final de los dos años se identifica como niño o como niña, es decir su imagen corporal corresponde a su sexo biológico. Se va separando de la madre emocional y físicamente (Álvarez-Gayou, 1992 en Prieto, 2004).*

El balanceo sobre órganos sexuales o el frotamiento de éstos pueden llevarlos a descubrir el placer antes de “masturbarse”. La estimulación de los órganos sexuales externos es muy marcada, es una auto estimulación focalizada y lo hacen hasta llegar al orgasmo.

De los 15 a los 19 meses las sensaciones de excitación sexual pueden ser observadas reflejándose en las expresiones faciales de excitación, placer, ruborización, respiración rápida y transpiración.

Los niños y las niñas a menudo se abrazan, se acarician, se besan, trepan unos sobre otros y se miran mutuamente la vulva y/o el pene.

Se hace más acentuadas las conductas como abrazar o besar a otros, la auto estimulación se hace indirectamente con juguetes, cobijas, caballitos, etcétera.

Al aparecer el lenguaje aprenden a nombrar órganos sexuales con el nombre que se les enseñe, reconocen las características anatómicas y funcionales de su cuerpo, identifican emociones en las personas, muestran interés por tocar y observar a los adultos desnudos, piensan en casarse con el padre del otro género, muestran interés por los bebés.

Alrededor de los cuatro años los intereses sexuales crecen, se hacen comunes los juegos de “el papá y la mamá” y “el doctor”. Las conductas de auto estimulación permanecen. Se inicia el apego al padre del otro sexo. El juego sexual con otros niños es más marcado puede ir desde compartir juguetes hasta la observación, tocamientos e incluso sexo oral. Estos juegos son comunes en los baños de los Jardines de Niños. Existe también un interés evidente por lo que hacen los padres en el cuarto de baño, incluso piden bañarse con ellos o solicitan que les muestren pechos u órganos sexuales.

Comienza a hablar del goce que le generan sus órganos sexuales y se da cuenta de las emociones y reacciones de sus padres, que si son de desaprobación, le generan confusión y comienza a restringir su vocabulario a palabras más aceptadas en lo social.

La exploración y auto estimulación de sus órganos sexuales se torna más creativa, los niños y las niñas van experimentando sensaciones placenteras, satisfactorias, por lo que se enriquece su exploración, la experimentación, la estimulación y la satisfacción *en un complejo mecanismo biopsicosocial de reconocimiento, identificación y descubrimiento* (Álvarez-Gayou, 1990, p.75).

Se relacionan sus órganos sexuales con actividades de higiene y limpieza pudiendo provocar una evaluación negativa de dichos órganos: cuando los adultos incorporan el pudor relacionado a la vergüenza respecto a los órganos sexuales, surge un interés por los baños y por lo que ocurre en ellos; quieren observar a los adultos al hacer uso de ellos y observarlos y tocarlos desnudos, con frecuencia esta curiosidad es reprimida y sancionada.

Algunas familias están habituadas a la desnudez y otras la restringen, es importante respetar la cultura de cada una. *Es recomendable trabajar con los conceptos de privacidad e intimidad, desarrollar el auto cuidado y la responsabilidad sobre el propio cuerpo, fomentando conforme crecen la independencia y la autosuficiencia* (Ortiz, 2004, p.24). Con el tiempo, algunos niños y niñas solicitan más privacidad, un espacio para ellos con el objeto de observar detenidamente su cuerpo, esto es reflejo de madurez, independencia y autoestima.

En el marco familiar, la manipulación y auto estimulación a los órganos sexuales externos tiende a ser sancionada enfatizándose un carácter prohibitivo, emitiendo juicios valorativos como: *“... el niño es ‘malo’ por entretenerse de esa manera. Este mensaje puede obstruir la capacidad de dar y recibir placer erótico cuando sea adulto y, finalmente interferir en la capacidad de establecer una relación amorosa e íntima. Admitir la sexualidad en lugar de desalentarla puede favorecer la autoestima, erigir una imagen positiva del cuerpo y alentar la competencia y su autoafirmación. Esto no significa que las manifestaciones sexuales no deban ser orientadas* (Reinisch, 1992, p.340).

En una revisión de la literatura del desarrollo de la sexualidad -muchas de ésta anecdótica o derivada de pequeñas muestras-, Rutter (1971) reportó una variedad de comportamientos sexualizados observados en niños pequeños incluyendo los siguientes: erecciones en varones, respuestas orgásmicas en niños de cinco meses, rubor sexual en niñas preescolares, exhibicionismo y voyeurismo frente a otros niños y adultos por parte de varones y mujeres en las guarderías, juegos de desnudez o de exploración sexual en niños y niñas de cuatro años, y preguntas sobre sexo en niños y niñas de cinco años.

El interés en la genitalidad de ambos sexos se incrementa en el período comprendido de los dos a los cinco años y el juego genital es común. Rutter también reporta haber encontrado juegos sexuales o manipulación genital en niños y niñas preescolares, los niños mostraban mayor actividad auto estimulatoria que las niñas.

Las actividades de exhibicionismo y voyeurismo frente a otros niños y adultos son comunes también en el período de los cuatro a los seis años. De acuerdo a Money y Ehrhardt (1972), los niños de tres a seis años se encuentran en un estadio de desarrollo en el que son extremadamente “coquetos y seductores”, se apropian de manierismos de los padres, de los hermanos mayores, de los actores de televisión o de cualquier otro.

La confirmación de este incremento del comportamiento sexual durante este período proviene también de estudios que analizan conductas problemáticas en los niños. Parece ser que el interés sexual y probablemente algunas formas de actividad continúa, pero en la medida en que el niño aprende los estándares culturales este interés es auto regulado.

Money y Ehrhardt describen a niños en edad primaria que muestran modestia e inhibición como parte de la conducta sexual observable. Por ejemplo empiezan a demandar privacidad en el baño y son incapaces de discutir con un adulto sus fantasías de naturaleza romántica. Debido a que estos niños son ahora sujetos de experiencias de socialización no familiares, parecieran asumir la moral cultural y sus restricciones aún y cuando en su familia se valore la desnudez y la libertad sexual.

Después de este período de restricción relativa, el interés sexual y la exploración parecen reaparecer durante los últimos años escolares. Rutter reporta un

incremento gradual en la autoexploración y en los juegos heterosexuales en los años pre pubescentes de aproximadamente el 10%, a la edad de siete y se incrementa hasta un 80% a la edad de 13 que contrasta con el 5% que se presenta a la edad de cinco. El juego homosexual también se incrementa durante estos años pasando del 25 al 30% en que varones de trece años han reportado al menos en alguna ocasión algún juego sexual durante los años previos.

Los cambios en la legislación actual en el Distrito Federal han hecho manifiesta la preocupación de algunos sectores de la población en relación a los efectos en los niños de la crianza por personas del mismo sexo. En un estudio de caso publicado por Istar en 2010, se evidencian varios hechos: el desarrollo de su identidad sexual no se verá influenciada por la preferencia de sus padres y tampoco su preferencia sexual. Es de resaltar en los hallazgos de este estudio que al igual que las parejas heterosexuales, los padres muestran la misma preocupación cuando se presenta un rol de género discordante, se evidencia una disforia de la identidad de género o se hacen manifiestas conductas “típicas” de la preferencia homosexual. Esto puede demostrar cómo las parejas del mismo sexo se ven influenciadas al igual que el resto de la población por la presión social, manifiesta en una autentica preocupación por el futuro de sus hijos ante el reconocimiento de que la tolerancia y el respeto a la diversidad, aún es una utopía en nuestro país como en muchos otros.

El comportamiento sexual de los niños no surge espontáneamente. Desde períodos tempranos de la vida, la familia del niño influye recíprocamente en las características sexuales del mismo. La familia establece “un equilibrio psicosexual” que funciona para los padres como un ajuste en su sexualidad, el desarrollo de la sexualidad infantil, el impacto del desarrollo de la sexualidad infantil en el ajuste sexual de los padres y la interacción que se establece conforme se desarrolla la sexualidad hace que los padres re experimenten las memorias y sentimientos relacionados con su propio desarrollo sexual.

Por ejemplo debido a que la evolución de las familias es diferente la capacidad adaptativa de cada individuo cambia en relación al curso de su desarrollo sexual. Aquellas familias en las que la paternidad comenzó en la adolescencia desarrollan diferentes preocupaciones psicosexuales en el transcurso del tiempo que aquellas familias en las que la paternidad inició en la adultez temprana o en la vida media.

El surgimiento del interés sexual en el niño puede establecer una serie de transacciones que eventualmente minimizan la sexualidad en una familia donde los padres se sienten atrapados, debido a que sus experiencias sexuales son restringidas y en donde existe inestabilidad en la pareja.

En esta etapa el niño discrimina de forma más clara los roles sexuales en el ámbito familiar y en el mundo que le rodea (mamá no fuma en pipa). Los juguetes, juegos y libros son otro factor que refuerza el aprendizaje de los roles sin olvidar la televisión.

Su gran interés acerca de temas sexuales como el matrimonio, el embarazo, el origen de los bebés, el nacimiento y el papel de cada género. Las relaciones interpersonales les permiten saber que las personas no sólo se casan con individuos del otro género.

Distingue la anatomía entre el hombre y la mujer y se interesa por las cuestiones de la reproducción y el cuerpo, aprende palabras y significados con una connotación sexual como los besos: entiende que hay diferentes besos, el de la cara y los labios, el primero es social y el segundo es más familiar y se permite en determinadas edades y un tercero es el sexual que se da en un lugar privado y es en secreto. Comienza el “exhibicionismo”.

Sus intereses sexuales crecen, se hacen frecuentes los juegos del papá y la mamá y el doctor; estos juegos sexuales y las conductas auto exploratorias permanecen. La elección de los juegos y juguetes son estereotipadamente masculinos o femeninos, y les gusta comprobar la realidad confirmando constantemente lo que saben (Pick, 1995 en Prieto, 2004).

Esta progresión desde reaccionar a los elementos sensuales del vínculo con los padres, a la auto estimulación y juego sexual con los pares es parte de un desarrollo sexual saludable; favorece el desarrollo de su autoestima y la posibilidad de relacionarse con sus semejantes (Reinisch, 1992 en Prieto, 2004). Con lo que vivió en la etapa anterior el niño y la niña se dan cuenta plenamente de las reacciones de sus padres, las conductas son a propósito, las hacen para hacerles enojar.

Sus intereses sexuales crecen y tiene una idea quimérica de lo que es el sexo, es decir, el huevo o el vientre materno y al hablar de una semilla piensan que se coloca tierra para ello. Por ello hay que utilizar los nombres correctos y ser más claros para no confundirlos.

Muestran interés por los cuerpos desnudos y entre ellos hacen comentarios y se oyen risas cuando hablan de “encuerados”. Exploran el área genital en ellos mismos, hermanos, compañeros, animales y muñecos. A menudo el juego sexual está separado por sexos, se muestran sus órganos sexuales se tocan mutuamente y se auto estimulan juntos.

A esta edad construyen fantasías acerca de su biología sexual y de los otros y de los cambios orgánicos que perciben, por ejemplo ¿cómo nacen los niños?, ¿cómo se hace la “caca”?, ¿por qué los niños tienen pene?

Los niños establecen sus vínculos y sus relaciones objetales. Primero con el padre del otro sexo, pero al renunciar a su interés sexual en ellos se van identificando con el progenitor de su mismo sexo.

Los varones más a menudo que las niñas se auto estimulan en grupos. La preferencia genérica no puede predecirse con estas conductas.

Otro factor importante y de gran riqueza en el niño es la fantasía, este aspecto vivencial acentúa la aprehensión del mundo y la receptividad enriqueciendo el entorno. Al fantasear se enfrentan a situaciones inexistentes experimentándose ellos mismos como sujetos que responden a diferentes situaciones.

El niño va acumulando poco a poco estas experiencias, hasta que finalmente llega a concebirse a sí mismo como hombre o como mujer, no solo a niveles corporales, sino con todo lo que la cultura conlleva en cada uno de los géneros. Su medio ambiente se ha encargado de reforzar las conductas que socialmente son consideradas propias de su sexo y de su género y ha ignorado o incluso castigado las que no lo son.

Al ser su necesidad primordial la de estima y autoestima, busca obtener reforzadores para sentirse apreciable e imita las conductas de su propio sexo y género, en especial las de quienes él siente que poseen características en común y que además controla o disfruta de los reforzadores sociales (Bandura y Walters 1963). La niña, por ejemplo, se pinta sus labios o uñas y juega a ser la mamá, mientras que el niño se pinta bigotes o se pone los zapatos de papá.

La imitación del progenitor del mismo sexo tiene como objetivo el ser reforzado y elogiado por el padre del otro sexo y empieza a comportarse en forma coqueta, posesiva e intrusiva, ya que no quiere que nadie se lo quite pues es suyo. Surgen celos de cualquiera que pretenda quitárselo, en especial del padre del mismo sexo.

Hacen “cosas sexuales” que hacen los adultos: besarse, acariciarse. Si un adulto regaña al niño por realizar dichas actividades puede ocasionar una crisis negativa y traumática en la formación sexual, incluyendo el ver, tocar órganos sexuales propios y de otros y otras.

Si un niño observa a una pareja durante la cópula, tal vez lo interprete como una conducta violenta; esto puede producir temor.

En el transcurso de su desarrollo, los niños y las niñas siguen aprendiendo sobre su sexo y más sobre el otro sexo. Mientras menos contacto tenga con el otro sexo más estereotipada será su percepción, sus creencias y actitudes hacia los sexos.

Aunque la interacción de otras variables familiares (por ejemplo el ver a los padres teniendo relaciones sexuales, los hábitos frente al televisor, la desnudez familiar) y sus relaciones en cuanto al comportamiento sexual diferenciado en los niños no han sido sistemáticamente estudiados, puede esperarse que exista una relación evidente. El estudio de estas variables familiares es crítica debida a que los niños son proyectivos de los sucesos del contexto familiar (Friedrich, Grambsch, Broughton, Kuiper y Beilke 1991).

## ***Desarrollo psicosocial de la sexualidad en la segunda infancia***

Jugarán a ser niños y niñas preferentemente con amigos del mismo sexo. Los impulsos sexuales no desaparecen, sólo que son manejados de distinta manera. Posiblemente en este periodo se inicie la sensación de culpa por la auto estimulación o por las fantasías sexuales conscientes. Debido a las actitudes de los adultos, empiezan a tener una idea incipiente de lo bueno y lo malo.

Se identifican con actividades que realizan adultos de su mismo género, las reconocen como importantes. Les gusta compartir con niños del mismo género.

Muestran interés por actividades relacionadas con el sexo. Se preguntan cómo se relacionan los adultos en la intimidad y hablan sobre ello. Les interesa tener conversaciones acerca de la sexualidad, y si tienen confianza, preguntan constante y abiertamente a los adultos respecto al tema.

Se muestran orgullosos por los conocimientos que tienen en relación al sexo y a otras materias. Sus acercamientos corporales con sus pares son a través de tocamientos bruscos, por ejemplo, se pellizcan, se aprietan, entre otras cosas.

Tiene algunas nociones y reconoce a través de comportamientos tópicos como abuso y justicia. Sabe qué exige su medio social de su comportamiento: las niñas son dulces no se enojan y juegan con muñecas; los niños no lloran, son agresivos y juegan con carritos (Papalia, 1988 en Prieto, 2004).

Respecto al desarrollo sexual de niños pre púberes, la terminología en los estudios del comportamiento sexual en solitario difiere. El término “masturbación” se utiliza frecuentemente. Este término no se define en ningún estudio pero cuando se utiliza generalmente implica algún grado de erotización. Todas las formas de comportamiento donde el niño se toca o estimula sus propios órganos sexuales se refiere a comportamiento sexual en solitario (independientemente de si el placer sexual o la excitación tienen lugar o no).

El tocamiento de los órganos sexuales es la actividad sexual solitaria mas frecuentemente observada. Cuando se comparan las observaciones de padres y maestros los padres observan más comportamientos sexuales que los maestros. En los hombres el inicio de la masturbación se encuentra fuertemente asociada al inicio de la pubertad mientras que el inicio en las mujeres es más variable. El porcentaje de niños que presentan comportamientos sexuales en solitario se incrementa con la edad e involucra un grupo heterogéneo de experiencias dependiente de la edad de la otra persona y de su rol. La otra persona puede ser otro niño aproximadamente de la misma edad, un adolescente o un adulto y puede jugar un rol activo o pasivo. Por ejemplo la otra persona puede observar pasivamente al niño aseándose sus genitales o permitirle al niño tocar sus genitales sin reaccionar o responder a ello. En contraste, la otra persona puede jugar un rol mas activo e iniciar una experiencia sexual o participar en el comportamiento.



Si la otra persona es un adulto o si existen cinco años o más de diferencia con el niño y esta persona juega un papel más activo e incitador, la experiencia generalmente es considerada como abuso sexual. Sin embargo la diferencia entre las experiencias abusivas y no abusivas no puede hacerse completamente sobre la base de la edad de los participantes. Las experiencias sexuales con otros niños también pueden ser coercitivas, y no todos los niños que han experimentado un encuentro sexual con un adulto lo perciben como abusivo.

Sin embargo las experiencias con otros niños o con adultos donde el adulto juega un rol pasivo representan parte de los intereses sexuales de los niños observados por los padres dentro del segundo año de vida y hasta los seis años de edad, mirar, tocar o nombrar los órganos sexuales de otras personas se observa alrededor de los 13 meses. Inicialmente los niños están especialmente interesados en los genitales de sus padres, alrededor de los 17 meses el interés se centra en los de otros niños y niñas. Alrededor de los seis años de edad el interés de los niños y niñas en los órganos sexuales de sus padres o de otros niños es casi el mismo: tocar el pecho de otra persona o los órganos sexuales, mirar a las personas desnudas o mostrar sus órganos sexuales a otras personas son comportamientos comunes en los niños pequeños y conforme van creciendo el interés disminuye.

Mostrar y tocar los órganos sexuales es parte de las experiencias compartidas entre los niños. Algunas ocasiones estas experiencias son referidas como “juegos sexuales”. La fantasía juega un papel importante en el juego sexual. Los niños inventan una situación en la cual ellos actúan roles adultos que incluyen algunos aspectos sexuales. Algunos ejemplos bien conocidos son el juego del doctor, la casita, o indios y vaqueros, los juegos de masturbación son generalmente llevados a cabo por los varones. Estos juegos generalmente no se realizan de manera ficticia y buscan el aprendizaje y la competencia.

El juego sexual así como otras experiencias sexuales entre los niños generalmente han sido investigados en forma retrospectiva.

Las interacciones sexuales entre pares en la infancia son generalmente referidas como juegos sexuales o juegos de exploración sexual, frases que en alguna medida pretenden explicar estos eventos así como calificarlos. El juego marca un conjunto de actividad no patológica cuya motivación puede ser similar a la de jugar a la “Guerra de las Galaxias”, “Monopolio” o “detectives”. Esto refleja la visión prevaleciente en las ciencias sociales de que la actividad sexual en la infancia difiere radicalmente en calidad y motivación del comportamiento sexual post puberal y adulto. Aunque esta visión está sustentada en parte por las afirmaciones firmemente arraigadas basadas en el conocimiento de los procesos de desarrollo, también refleja una noción más dubitativa en relación a que la sexualidad infantil de alguna manera no es en realidad “sexual”, una noción que en su momento hace manifiesta la visión de que la sexualidad no puede considerarse separada de la reproducción. La sexualidad infantil se distingue por tanto de la sexualidad adulta, y aunque se ha teorizado acerca de los supuestos de las funciones y motivaciones del

comportamiento sexual infantil específico, este hecho continúa en un estadio primitivo debido a la ausencia de datos relevantes.

La mayor parte de las sociedades consideraban el juego sexual entre niños del mismo género como “normal” y socialmente aceptado. La proporción más alta de juegos sexuales sucede entre los seis y los diez años de edad.

Existe una amplia diversidad de actitudes sociales hacia este comportamiento infantil y sin importar la valoración social que se le dé, en todas las sociedades habrá quien la realice, siendo los niños quienes la llevan a cabo en mayor proporción que las niñas.

Las experiencias más comunes de juegos sexuales entre niños del mismo género son: 1) exposición de órganos sexuales, 2) exhibicionismo (aparece en niños más jóvenes, en gran medida incidental y con poca relación con excitación erótica). La exhibición a menudo lleva a la manipulación de órganos sexuales; 3) estimulación manual en mujeres. Mucha de la manipulación entre hombres es masturbación en presencia de otros o mutua; 4) competencia: orinar o venirse más lejos; 5) el juego sexual oro-genital que ocurre mayormente entre hombres que entre mujeres.

Como puede observarse, los juegos sexuales son más comunes en los niños que en las niñas. Es importante señalar que, *la preferencia genérica no puede predecirse con base en esta conducta, es decir, que un niño tenga un juego sexual con otro niño* (Prieto, 2002, p.32).

Es importante tener siempre presente que *éste es un descubrimiento novedoso que les facilita construir una imagen real, saludable y completa sobre cómo es su cuerpo* (Ortiz, 2004, p. 18). Cuando los niños y niñas descubren las sensaciones que ofrecen estas prácticas, es importante reforzar las enseñanzas respecto a la intimidad y las conductas públicas y privadas, sobre la higiene y cuidado del cuerpo.

Sucede también que algunos niños o niñas gustan de mostrar sus cuerpos desnudos exhibiéndose en forma natural con la intención de recibir reconocimiento. Los hábitos de vestirse y calzarse pertenecen a nuestra cultura, a nuestras normas sociales los cuales el niño y niña van aprendiendo.

Un estudio realizado por Moreno, (1998) con niños y niñas mexicanas, ilustró cómo algunos al dibujarse bañándose incluían vestimenta en estos casos los menores argumentan que así los bañan (con ropa interior).

En el tema del surgimiento de experiencias sexuales en la infancia los comentarios tienden a polarizarse. Por un lado, se externan precauciones en relación a que el juego sexual enmascara un evento de abuso sexual y sirve para alimentar el crecimiento de futuros pederastas, o deteriora el ajuste sexual en la adolescencia. Por otro lado, la ausencia de juegos sexuales puede ser indicador de retraso en el desarrollo en general, y causante de “patología sexual” en la vida adulta, o

indirectamente dar origen a violencia social, como fue concluido en el trabajo de Prescott (1979).

Los datos que apoyan cualquiera de estas afirmaciones son bastante escasos y fútiles, y los investigadores raramente especifican los mecanismos por los cuales estos *supuestos efectos* tienen lugar. Por esta razón y también porque el escrutinio general y la evidencia que apoya el hecho de eventos aislados en la infancia carecen de significado respecto a los efectos en el comportamiento adulto, no queda claro por qué de manera persistente se tratan de encontrar “los efectos negativos” de las experiencias sexuales con pares en la infancia. Aún mas, incluso las experiencias sexuales infantiles con adultos que a priori se consideran dañinas, han demostrado tener una gran variedad de efectos circunscritos a las variables del contexto ecológico así como a su duración y frecuencia, al género, a las variables de los recursos familiares, al comportamiento sexual específico, a la presencia de coerción, estímulos sexualmente efectivos, y más. Es necesario por tanto tomar con cuidado y hacer una lectura crítica de este tipo de investigaciones.

La futilidad de observar los efectos a largo plazo de las experiencias sexuales infantiles se manifiesta en los pocos estudios retrospectivos existentes. Algunas conclusiones hacen referencia respecto a que las experiencias de interacción sexual con pares en la infancia que se consideran fuera del contexto ecológico y fenomenológico de los eventos; no pueden asociarse ni tienen correlación con la experiencia de los adultos, no puede afirmarse que son benéficas o dañinas. Incluso algunos estudios afirman que no existen diferencias entre los grupos que han experimentado y que no han experimentado juegos sexuales aún y cuando en muchas de estas poblaciones las condiciones del contexto son potencialmente problemáticas.

En general los hallazgos de los estudios retrospectivos sugieren que los eventos relacionados con la sexualidad pueden ser experimentados de manera diferente por niños y niñas. Específicamente en el caso de exposición a la desnudez de los padres, los hallazgos apuntan hacia un beneficio potencial correlacionado con la exposición tanto para los niños como para las niñas. Por ejemplo, una mayor frecuencia de experiencias sexuales positivas en la adolescencia y menos reportes de abuso de ciertas drogas recreacionales, sin embargo, estos beneficios son menores para las niñas en el caso de la exposición a las escenas primarias. Los hallazgos apuntan a una correlación neutral o benéfica para los chicos como puede ser menor exposición a infecciones de transmisión sexual o a presencia de embarazos no deseados; y la correlación con las chicas es neutral o problemática por un incremento en la frecuencia de infecciones de transmisión sexual y embarazo. Sin embargo, nuevamente este tipo de afirmaciones no pueden considerarse absolutas y tampoco pueden generalizarse; la exposición a la desnudez en etapas tempranas debe correlacionarse con factores como la educación formal de la sexualidad dentro de las escuelas y de los hogares, para no hacer una presunción riesgosa en cuanto a los posibles efectos en la vida de niños y niñas.

Las diferencias en las respuestas psicológicas relativas a la sexualidad en relación al sexo de la persona también han sido encontradas en niños prepuberales y peri puberales. Puede hipotetizarse sin embargo, que las experiencias de juegos sexuales suelen generar menor ansiedad en familias “atípicas”, es decir aquellas que tienen actitudes hacia la desnudez y la sexualidad más asertivas y que asumen posturas (pro natura) en la crianza de los niños (por ejemplo alimentación a pecho, comidas naturales, expresividad emocional). La actividad sexual de los niños de familias convencionales puede ser más problemática debido a que las diferencias entre los géneros son menos variables (más estereotipadas) y se ven influidas por la interacción con el ambiente familiar general.

Algo que puede resultar interesante para los profesionales de la sexualidad humana es el hecho de que los niños que provienen de hogares liberales son significativamente más parecidos a aquellos de hogares conservadores que se vuelven sexualmente liberales en la adultez temprana. En este sentido no es evidente un efecto de “rebelión” donde los niños desarrollan una contracultura “puritana” en sus actitudes como adultos jóvenes.

Es significativo que las figuras parentales y docentes sobreestimen la incidencia real de contactos sexuales entre los niños, especialmente en los grupos de mayor edad. Muchas experiencias sexuales de la infancia ocurren lejos de la mirada de los padres o de otros adultos debido al miedo o al cuidado que deben tener ya que con frecuencia la sexualidad se experimenta como un aspecto negativo durante la infancia que le dice al niño que sus padres no deben enterarse.

Los *pensamientos* y los *sentimientos* de niñas y niños en relación a su sexualidad no han sido tan investigados como el comportamiento sexual. Sin embargo existen algunos estudios empíricos sobre las sensaciones y sentimientos que se presentan al estar enamorados, referentes a la intimidad física, a las experiencias sexuales en solitario, la excitación sexual, la atracción y las fantasías sexuales.

Niños de 8 y 9 años de edad pueden describir qué se siente estar enamorado y algunos de ellos pueden manifestar haber estado o estar enamorados; este mismo grupo pueden señalar las partes de su cuerpo placenteras o excitantes que -para sorpresa de los adultos- no están situadas en los órganos sexuales. La mayor parte de las niñas experimentan su primera excitación sexual antes de la pubertad de manera más específica antes de los 11 años. Los primeros sentimientos de excitación sexual, atracción sexual y fantasías sexuales se sitúan en promedio al final de la infancia.

Los niños en general experimentan pensamientos y sentimientos sexuales a edades más tempranas que las niñas. Los niños experimentan sus primeros sentimientos de atracción sexual en promedio alrededor de los once años y las niñas un poco más tarde. Las fantasías sexuales se reportan por primera vez cuando los niños y las niñas tienen 11 y 13 años respectivamente.

Al igual que el inicio de la masturbación la edad en la cual se experimenta la excitación la atracción y la fantasía sexual por primera vez involucra un amplio rango de diferencia en las niñas respecto a los niños. Por ejemplo las chicas experimentan su primer sensación de excitación como resultado del contacto físico; los chicos lo experimentan con más frecuencia por un estímulo visual como la imagen de un desnudo o ver a una persona atractiva; la atracción homosexual ocurre en promedio en los chicos alrededor de los nueve años y en las chicas alrededor de los diez. De la misma forma las fantasías sexuales son experimentadas por primera vez alrededor de los 11 años en los chicos y de los 12 en las chicas.

Los sentimientos evocados por las experiencias sexuales en solitario así como las interpersonales son generalmente positivos y antes de la edad de los 13 se menciona con más frecuencia que tienen relación con sensaciones corporales placenteras, excitación, sentirse natural, sentirse bien o sentirse “tonto o ingenuo”, también pueden referirse adjetivos como curiosidad, felicidad para definir sus contactos sexuales con pares. Una minoría de las experiencias sexuales durante esta etapa es reportada como negativa o muy negativa.

Cuando la experiencia es vivida como negativa aparecen sentimientos como vergüenza, culpa, miedo, ansiedad y desconcierto. Las mujeres reportan sentimientos negativos con mayor frecuencia que los hombres. Cuando los chicos son presionados para tener experiencias sexuales o cuando la persona no es de su misma edad, la experiencia es percibida con mayor frecuencia como negativa.

El desarrollo de la sexualidad es un proceso que abarca toda la vida que de manera obvia inicia mucho antes de la pubertad. La investigación en relación a la sexualidad infantil permite entender de mejor manera el proceso de desarrollo sexual así como proveer una base empírica para el desarrollo de políticas públicas en relación a la educación de la sexualidad y a las estrategias de intervención.

Los programas educativos y los materiales deben ser mas adecuados a las necesidades de los propios niños (considerando la información que cada uno requiere en cada edad) y para los padres y educadores, que están necesitados de información realista y de criterios válidos para afrontar la crianza de los niños.

En relación a las estrategias y procedimientos de intervención, tanto los padres, los educadores, los psicólogos y los médicos necesitan orientación en relación a cuándo y qué tipo de intervención es apropiada y puede ser exitosa. En consideración a esto el conocimiento acerca de la sexualidad infantil y del desarrollo sexual de los niños necesita una base empírica mucho más sólida (Graaf, Rademakers, 2006).

Definir y operacionalizar la sexualidad es uno de los problemas con los que hay que lidiar cuando se estudia la sexualidad infantil porque los conceptos de sexualidad utilizados frecuentemente en los estudios con adultos son de poca utilidad en las

investigaciones con niños. Limitar la definición de la sexualidad humana en términos del ciclo de la respuesta sexual no hace justicia a los aspectos de sexualidad que son más relevantes para los niños. A menudo en la literatura sexológica se distinguen tres aspectos de la sexualidad: uno la diferenciación sexual biológica y la identidad de género; dos las respuestas corporales a los estímulos sexuales físicos y tres, la intimidad y la capacidad para formar interacciones cercanas. Mucha de la investigación con niños se ha enfocado en la diferenciación sexual y el desarrollo de los roles e identidades de género. Las sensaciones corporales, la respuesta sexual y los aspectos de intimidad no han sido estudiados en este grupo de edad.

Los problemas metodológicos también han limitado esta línea de investigación. Cómo ha sido mencionado en varias ocasiones, la observación y los estudios retrospectivos son los métodos mas frecuentemente utilizados para estudiar la sexualidad infantil, pero tienen limitaciones obvias. Sumado a esto el acercamiento directo a los niños también es muy difícil. Los niños pequeños no poseen la capacidad verbal para expresarse en relación a estos tópicos, y hasta la edad de 7 u 8 años los niños y las niñas no son capaces de reflexionar en aquellos temas que requieren un mayor nivel de abstracción.

Considerando este contexto Rademakers, Laan & Straver en el 2000, realizaron un estudio exploratorio en una pequeña muestra de niñas y niños de 8 y 9 años, en relación a las experiencias sensoriales y de intimidad física desde la perspectiva de los propios niños. El propósito de este estudio fue obtener un mayor conocimiento respecto a la forma en la que los niños experimentan su propio cuerpo, y la apreciación (íntima y no íntima) del contacto físico con sus pares y con los padres y con aspectos específicos de la intimidad, por ejemplo enamorarse. Un segundo propósito del estudio fue determinar cuánto saben los padres acerca de la forma en que los niños experimentan y perciben el contacto físico y la intimidad. Además de esto, el estudio fue desarrollado con la intención de generar mayores conocimientos sobre los aspectos metodológicos en la investigación sexual con niños.

### ***Retozar***

Los niños describen retozar como pretender pelear, algo que envuelve a todo el cuerpo. Esta actividad involucra muchos movimientos como en una pelea con almohadas; son juegos que llevan a cabo con otros en su medio. Este tipo de actividad es vista por los niños como positiva. Algunos niños asumen que retozar es una pelea real mencionando un comportamiento específicamente agresivo a nivel físico, como patearse, empujarse y golpearse. Generalmente la pelea es precedida por un conflicto y termina con lesiones y dolor. A ninguno de los niños le gusta este tipo de juego.

Otros niños describen el retozar de diversas maneras. Cuando es una “pelea simulada” generalmente se realiza con los padres hermanos, hermanas, abuelos y pares. Las peleas reales tienen lugar con los pares o con niños mayores de su escuela o del vecindario.

### **Acaramelarse (acurrucarse)**

Los niños se muestran bastante animosos al describir “acaramelarse”. Los niños describen esta actividad como abrazarse, besarse y sentarse en el regazo de otros. Casi todos refirieron acaramelarse como una experiencia positiva, debido a las sensaciones corporales que produce y el sentimiento de seguridad que les proporciona. Sus sentimientos en relación a acaramelarse los describen como seguros, agradables, tiernos, gratificantes, divertidos, cálidos y reconfortantes. Cuando los niños son forzados a realizar esta actividad sus sentimientos son negativos. Al igual que en retozar, todo el cuerpo se involucra en acaramelarse. Pero aquí los niños manifiestan cierto grado de estrés ante la suavidad y tranquilidad de los movimientos. Los niños tienden a acaramelarse tanto con humanos como con juguetes, muñecas y animales de peluche. Cuando solo lo realizan con personas, generalmente estas personas son familiares cercanos como hermanos y hermanas y abuelos. Algunos lo hacen con sus pares y otros solamente con sus juguetes pero nunca con personas.

### **Estar enamorado**

Cuando el tema de “estar enamorado o estar enamorada” se introduce en una entrevista, la atmósfera siempre cambia. Las preguntas acerca de este tema generan alguna tensión que se evidencia en el lenguaje no verbal y en respuestas como el susurrar, suspirar y cambiar la voz. La forma en que los niños describen estar enamorados difiere de la forma en que describen retozar y acurrucarse. Mientras estos dos temas fueron definidos por los niños en términos de comportamiento activo, estar enamorado es un estado en el cual se incrementan las reacciones y sensaciones corporales como ruborizarse y sensación de “mariposas en el estómago”.

La descripción de los niños de estar enamorado es muy general y lo hacen en términos de “un sentimiento”, otros tienen una descripción más *construida es cuando dos personas que son amigas por un largo período de tiempo se gustan y entonces se enamoran y entonces se casan* (Rademakers et al, 2000, p. 54).

Más de la mitad de los niños de la investigación de Rademakers y col. (niños de 8 y 9 años) dijeron estar enamorados al momento de la investigación o haberlo estado antes, solo una niña mencionó estar enamorada de otra niña, los otros estuvieron enamorados de alguien del otro sexo. Algunos de los niños que habían experimentado el enamoramiento también tuvieron fantasías relacionadas con la persona de la que estaban enamorados. Algunas de estas fantasías incluían aspectos físicos: *durante el día, cuando ella se va, pienso, desearía que estuviera aquí. En la noche, en mi cama desearía que ella estuviera ahí conmigo, solo para abrazarla. Algunos tienen deseos más “inocentes”: sí, pienso en eso cada noche, acerca de quién estoy enamorado, para jugar con ella, porque nosotros estamos hechos el uno para el otro, para jugar* (Op Cit, p. 54).

La gran mayoría de los niños incluyendo a algunos que nunca han experimentado el enamoramiento reportan que estar enamorado es un sentimiento positivo, bueno, divertido y agradable, es una sensación de nerviosismo que te hace sentir orgulloso. Pocos niños piensan que el enamoramiento es negativo, habitualmente aquellos que nunca han tenido la experiencia y no están interesados en tenerla.

Aún cuando estar enamorado se refiere generalmente como una experiencia positiva, la mayoría de los niños nunca le dijeron a nadie cuando estaban enamorados. Lo unánime de esta omisión es que otros niños y adultos pueden burlarse y molestarlos.

### ***Las partes del cuerpo placenteras y excitantes***

En un dibujo del cuerpo de un niño desnudo del mismo sexo, Rademakers y sus colaboradores pidieron a los niños señalaran las partes que consideraban generadoras de placer. Ninguna definición de placer les fue ofrecida. En un segundo dibujo se les invitó a marcar las partes excitantes del cuerpo, también sin una definición previa. Esta fue una tarea más difícil para los niños. Sin embargo, muchos niños indicaron estas partes. La diferencia entre estas dos categorías se hizo porque mientras el placer es una experiencia en general más positiva, la excitación tiene una connotación erótica o sexual más explícita.

No hubo ninguna diferencia respecto a las partes del cuerpo que los niños indicaron como placenteras y excitantes. En ambas categorías la cabeza y los hombros fueron en definitiva el número uno mientras que los brazos, las piernas, el abdomen, la espalda y el pecho se colocaron en una posición intermedia. Los órganos sexuales, las nalgas y el ano fueron las menos señaladas. Tampoco hubo diferencias entre niñas y niños.

Como conclusión, en base a las respuestas obtenidas, los niños presentan una actitud positiva en relación al contacto físico, especialmente al acurrucarse, muestran un interés personal activo en el tema del enamoramiento si han estado enamorados una o más veces, y son capaces de hablar sobre su comportamiento, sentimientos y motivos. En términos del desarrollo sexual, este hecho muestra que están un paso más adelante en relación a otros niños.

### ***Discrepancias entre las respuestas de los padres y los niños.***

Como segunda parte del análisis de Rademakers y sus colaboradores, la información de los niños fue comparada por las respuestas proporcionadas por los padres, encontrándose discrepancias interesantes entre los datos de estas dos fuentes.

Los padres sistemáticamente reportaron más ocurrencias de contacto físico entre el padre y el niño de lo que el niño mencionó. Muchos más padres que niños reportan retozar con sus niños. Mientras que casi todos los padres afirmaron que ellos o su



pareja retozaban con los niños, los niños reportan retozar con al menos uno de sus padres. La misma tendencia se observó en el acaramelarse, mientras todos los padres reportaron acaramelarse con sus hijos.

Respecto a ducharse o bañarse junto con los niños. Con la ayuda de un dibujo de una escena del baño, se preguntó a los niños sobre este hecho. Los niños dijeron que nunca pasaba, mientras que la mayor parte de los padres contestaron que ellos se bañaban junto con los niños o manifestó que su pareja lo hacía.

Algunos padres admiten que en algunas ocasiones se sienten incómodos con la cercanía física con sus niños. Indicando querer saber más acerca del nivel de cercanía física aceptable entre padres e hijos.

Los padres no están completamente de acuerdo en relación a las necesidades de sus niños respecto a acurrucarse. Los niños con frecuencia sienten la necesidad de acurrucarse con sus padres, los padres suelen obviar las señales de los niños al respecto.

De acuerdo a los padres, más niños han experimentado estar enamorados de lo que los niños refirieron. Los padres concluyeron esto por algunos comportamientos observados en sus hijos como ruborizarse, hablar acerca de algún niño por mucho tiempo o por expresarlo en forma espontánea.

En relación al conocimiento de las partes del cuerpo de sus hijos que resultaban placenteras o excitantes, fue difícil para los padres responder, algunos nunca pudieron nombrar las partes del cuerpo placenteras y/o excitantes de sus hijos. Los padres que respondieron a esta pregunta mencionaron las mismas partes del cuerpo que sus hijos.

Es obvio que la cercanía física representa una experiencia muy significativa para estos niños y niñas de 8 y 9 años. Puede ser que los padres subestimen la necesidad de sus hijos de esta cercanía, o que los niños subestimen la cantidad de contacto físico existente entre ellos y sus padres. Aún con la evidencia respecto a las diferencias de la situación presente en casa, los padres de manera obvia se muestran abiertos, cálidos y permisivos en respuesta a los estándares de educación sexual e interacción familiar.

Pareciera que las sensaciones y comportamientos que acompañan el sentimiento de estar enamorado no cambian mucho con el paso de los años. La confusión e incertidumbre que los niños describen es similar al promedio de los adolescentes y adultos en general cuando están enamorados. Inclusive las sensaciones corporales como el ruborizarse y ponerse nervioso son fácilmente identificables.

Mas aún la combinación de estar enamorado con el fantasear es común tanto en los niños como en gente mayor. Otra similitud entre los niños y los adolescentes es la forma en que el proceso de desarrollo sexual tiene lugar. Lo que es obvio en las

entrevistas con estos niños de 8 y 9 años es que también en este grupo de edad puede distinguirse diferentes fases del desarrollo. Hay una gran diferencia entre los niños que aún no tienen un interés activo en esta área y carecen de experiencia y los niños que lo tienen. La transición de una fase a otra es estimulada en forma presuntiva por las habilidades cognitivas que se ven reflejadas en su propio comportamiento. Desde este momento del desarrollo de la sexualidad surgen más y más procesos de aprendizaje social activos, mientras que las experiencias de la población más joven va incorporándose de forma más intuitiva y en un nivel más básico.

Una diferencia entre los niños, adolescentes y adultos es que las personas mayores focalizan su interés sexual y su comportamiento en partes específicas del cuerpo como las nalgas y los órganos sexuales, los niños parecen tener un interés menos diferenciado de su cuerpo. Tanto al retozar como al acurrucarse utilizan todo su cuerpo y las sensaciones no se limitan a las partes sexuales. Sabemos, por otros estudios, que los niños pequeños tienen interés en las partes privadas de otros. Probablemente esto se origina más por el hecho de que estas partes generalmente no se muestran en público, y por el hecho de que los niños sienten que los adultos las consideran especiales, de ahí que su interés sea resultado de una motivación externa aunque no propia o personal.

### ***Desarrollo psicosocial de la sexualidad en la pubertad***

Las etapas de la Pubertad y la Adolescencia forman parte de las principales etapas del desarrollo humano debido a las expectativas que con respecto a ella se generan culturalmente.

De entrada, cuando hablamos de crecimiento y desarrollo es imposible separar biología del medio ambiente: *no todos los organismos maduran a la misma velocidad, con los mismos incrementos y en etapas cronológicas precisas para toda la especie* (Álvarez-Gayou, 1986).

La palabra **pubertad** se usa para designar un punto arbitrario en el proceso ininterrumpido de la maduración y se refiere al proceso de desarrollo iniciado en la infancia tardía que culmina en una competencia reproductora adulta (Nelson, 1976).

*Se asocia con profundos cambios hormonales, la adquisición de las características sexuales secundarias y un período de crecimiento acelerado de corta duración* (Krasnow y Shapiro, 1992).

Se corresponde con la menarca en las mujeres (8-11 años) y con la producción de eyaculaciones nocturnas en los hombres (11 – 13 años).

Pubertad y adolescencia no son sinónimos, podríamos decir que la pubertad es el componente biológico de la adolescencia y ésta, más bien se refiere a cambios y adaptaciones psicológicas y sociales.

La forma en que los cambios corporales afectan al adolescente conllevan:

- La adaptación al nuevo cuerpo, a sus sensaciones, a su tamaño y a cómo lo perciben otras personas.
- Un posible duelo por la infancia perdida.
- La preocupación por un desarrollo “normal” del cuerpo.
- Los estándares de belleza de cada cultura.
- La importancia de la imagen y el reconocimiento corporal.

En general las experiencias que no involucran contacto genital directo como hablar sobre sexo, besarse y abrazarse y exponer los órganos sexuales son más comunes en niños mayores de 12 años; los niños de 11 a 12 años de edad hablan sobre sexo y miran material sexualmente explícito con más frecuencia que los niños más jóvenes; la exposición de los órganos sexuales y el tocamiento y exploración de los de otros tiene lugar hasta el final de la infancia.

Las experiencias de contacto oral genital, de penetración vaginal o anal (con objetos o con el dedo), y el coito anal o vaginal son bastante inusuales entre los niños hasta pasados los 12 años, las experiencias sexuales con otros niños son generalmente voluntarias y no incluyen presión. Muchas de estas experiencias tienen lugar con otro niño generalmente un amigo. Las experiencias con parientes como los hermanos o los primos son comunes.

En esta etapa platican sobre cuestiones sexuales con sus compañeros, discuten sobre atractivos físicos, puede haber juegos en los que se besen o se quiten alguna prenda. Procuran no ser descubiertos por los adultos. Expresan sus inquietudes por la menstruación y la eyaculación. Hay autoexploración pormenorizada de estructuras y funciones. El interés en las niñas por el crecimiento de los pechos en ocasiones lleva incluso a que se vean y se comparen. Los niños se siguen relacionando entre ellos con brusquedad, en los baños. Algunos experimentan algún tipo de juego sexual. Conocen teóricamente los procesos de menstruación y eyaculación, algunos ya los han experimentado.

Aprenden detalles del mecanismo de las relaciones sexuales y tienen dudas e inquietudes acerca de su competencia sexual. Manifiestan algunos cambios físicos que marcan el inicio de la pubertad. Hay un marcando aceleramiento del desarrollo en las mujeres. En las conversaciones telefónicas entre amigos uno de los temas más relevantes es la sexualidad, expresada por el interés y gusto por las personas del otro sexo.

En la pubertad las erecciones suelen ser rápidas y fáciles; los hombres tienen diferentes formas de estimulación e intereses, hablan sobre desnudos femeninos y “pinturas obscenas”.

Para las niñas los juegos sexuales heterosexuales se dan y parten de sus experiencias sexuales de niñas. Ellas se rehúsan a tocar genitales de otras. Los muchachos se bajan los pantalones y se miran los penes, pueden tener erecciones y comparar el largo de los penes entre ellos e incluso la cantidad de semen que se eyacula.

*Los vínculos con los amigos permiten desarrollar sentimientos de solidaridad, intimidad e identificación, construyen entre pares un clima de confianza para hablar de sexualidad* (Prieto, 2002, p. 34). Comienza a presentarse el interés y gusto por las personas que despiertan respuestas sexuales en su cuerpo, se desarrolla su capacidad de sentir placer, atracción y comprender los sentimientos y emociones que experimentan los adultos. Tienen la capacidad de sentir afectos especiales y distintivos –amor, amistad- y relacionarse de manera intensa de tal forma que pueden sufrir el desamor. Establecen formas de noviazgo superficial, y aunque son diferentes a los que establece el adulto, esto no le resta importancia a su derecho de sentir afecto por otra persona.

*Los tocamientos, la autoexploración y la autoestimulación comienzan a tener un componente especial, el erotismo. Se incrementa la masturbación entre los diez y los once años. Para el final de la pubertad casi todos los niños y las niñas han incidido en la masturbación* (Prieto, 2002, p. 55).

### **Desarrollo psicosocial de la sexualidad en la adolescencia**

Para UNICEF, *la adolescencia es un concepto construido socialmente que tiene connotaciones culturales y por lo tanto, no es un grupo homogéneo. Se debe tomar en cuenta que este período de desarrollo del ser humano tiene varias etapas y cada una supone demandas y necesidades diferentes de su cuerpo, de la sexualidad, de lo emocional, de la capacidad de análisis y pensamiento, de su desarrollo social y de su participación en los procesos que atañen a su desarrollo* (Contreras, 2011). Es un periodo que comprende desde el inicio de la pubertad hasta los 23 años de edad.

La Organización Mundial de Salud define la adolescencia como la población entre los 10 y los 19 años (aproximadamente); la Convención Internacional de los Derechos de los Niños establece como adolescentes aquellos que se ubican entre los 12 ó 13 hasta los 18 años (OPS/OMS, 2006).

En esta etapa de la vida, los estereotipos de género parecen flexibilizarse en el discurso (en contraposición a la niñez), *sin embargo, se ha encontrado que en la práctica los adolescentes rechazan a aquellos que cruzan la frontera del rol de género* (Fernández y López, 1988; Millán et al, 2001).

En los medios masivos de comunicación, el mensaje principal en cuanto a lo que se espera de cada género es bastante claro: *El hombre toma las decisiones, el hombre toma el papel activo, la mujer el pasivo, el hombre ataca, la mujer se defiende* (Pick, Givaudan, 1994).

Los roles de género dirigen a los/las adolescentes a actuar según las expectativas sociales y culturales mismas que limitan sus propias iniciativas y deseos. Por otro lado: contribuye a la baja autoestima en el caso de las adolescentes (Adams y Sherer, 1982; Bassof y Glass, 1982; Cook, 1985; Jones et al, 1978, Fernández y López, 1988); y se ha observado una mayor incidencia de conductas de riesgo en el género masculino en relación al femenino (Arnett y Taber, 1993).

Es durante la adolescencia que los diversos contextos y relaciones (familia, amistades, escuela, pareja) de la persona se ven afectados: da inicio el proceso de desprendimiento de la familia mediante la separación progresiva de los padres o de los afectos familiares. En la escuela, con sus amistades, la cultura de grupo les proporciona un estatus e **identidad social**, por lo que se establecen relaciones más intensas con los/las compañeros/as y hay una transición gradual de participación con grupos del mismo género a grupos mixtos; comienza a establecerse un modelo de pareja, una forma de relacionarse afectivamente que sentará las bases para futuras relaciones en la adultez y tal como en las relaciones adultas, en las relaciones en la adolescencia, también puede haber situaciones de violencia, disfunciones sexuales, falta de comunicación, etcétera.

Si la adolescencia es percibida por los adultos (principalmente padres y profesores) como un problema, la sexualidad de estos/éstas resultará aterradora. Los adultos se preocupan por los embarazos no planeados, por las infecciones de transmisión sexual, por las relaciones sexuales que puedan tener, etcétera. Por eso, la mayoría de los programas de educación sexual para adolescentes se enfocan en la prevención de ITS, anticoncepción, y en general, en las “nefastas consecuencias” que puede tener la vida sexual. Es decir, se basan en la filosofía del terror.

Las intervenciones educativas con fines preventivos deberían encaminarse a generar consciencia en base a conocimientos reales, desmitificando preceptos ancestrales con el fin de generar en el adolescente la responsabilidad y el respeto hacia su persona. Para ello, se hace necesario trabajar aspectos fundamentales como los derechos sexuales, autoestima, elección y proyecto de vida, asertividad, relaciones de género, salud sexualmente transmisible con sus consecuencias positivas para el mantenimiento de la salud.

Es importante dejar de ver a la adolescencia como un problema a resolver y entenderlo como una etapa más de la vida que ofrece la posibilidad de agregar un sentido positivo a la misma, permitiendo ser más empáticos con los adolescentes en función de nuestra propia experiencia y considerando las circunstancias actuales en que ellos viven.

La pubertad y el comienzo en la adolescencia está rodeada de cambios y acontecimientos, es *especialmente desafiante o impresionante para el naciente sentimiento de identidad del adolescente el aumento, inducido hormonalmente, de la pulsión sexual y las fantasías e impulsos frecuentemente imprevisibles que lo acompañan* (Mussen, 1987). Es entonces cuando se da una tarea grande del desarrollo que es integrar la sexualidad con sentido y con el menor conflicto y perturbaciones posibles con otros aspectos del sentido de sí mismo y de las relaciones con otros.

Aunque los cambios se notan primero en las mujeres que en los hombres, sus gustos son muy variables (por ejemplo: les agrada jugar con sus juguetes infantiles y, también empiezan a sentir atracción física por otra persona).

En ambos sexos existe curiosidad por sensaciones nuevas a través de caricias, besos, juegos sexuales entre compañeras/os y masturbación; pasan con facilidad de la amistad al noviazgo e inician su vida sexual para probar su virilidad o feminidad.

Ambos sexos coquetean con el “ligue”, el “faje” y el “acostón” entre los 12 y los 13 años. Son conductas propias la masturbación, los juegos sexuales y la actividad sexual.

Puede haber enamoramientos “platónicos” por algún adulto en el que ve cualidades deseables de una pareja. Sus relaciones amorosas son inestables, el romanticismo e ímpetu del amor, son extraordinarios, sin sustento, en propiedades fundamentadas.

Se sienten a gusto con compañeras o compañeros de su mismo sexo encontrando seguridad y apoyo. Así mismo, agruparse con su mismo sexo fortalece su identidad sexual y les confirma que la atracción y el deseo sexual es parte natural y esperada de su propio desarrollo. La imagen corporal es muy importante sintiendo sumo interés en resultar atractivos. Muestran interés por lucir su cuerpo, adoptan vestimenta, peinado y lenguaje acordes a sus pares. Definen su preferencia por la música, religión, política y deporte.

Existe presión para comenzar una vida sexual, pero NO se les informa con qué tienen que protegerse y cómo. La OMS (2005) señala que gran parte de las investigaciones revelan que los padres y sus hijos adolescentes suelen tener dificultades para conversar juntos sobre sexualidad (...) la información que reciben de sus padres suele llegar demasiado tarde y está repleta de mitos y tabúes. No se les habla del placer como beneficio de la vida sexual responsable, sobre todo a las mujeres y de otras opciones de satisfacción sexual como la masturbación.

Creen que en la primera relación nunca se embarazan, que solamente pueden embarazarse si se introduce el pene en la vagina. Regularmente en las experiencias con parejas con quienes inician una relación no usan condón por pena de ambos o

porque piensan que si lo llevan o le piden a la pareja que lo use, ésta piense que tiene algún “problema” sexual.

Conforme el adolescente va desarrollando sus habilidades para relacionarse con otros y después de varias experiencias frustrantes, empieza a sentirse un poco más seguro de sí mismo y los demás, en consecuencia empiezan a tener sus primeros noviazgos “formales”, como una oportunidad para descubrirse a sí mismo como ser sexual, y por tanto, enriquecer su propia identidad.

Las formas que la sexualidad adopte y la manera en que se exprese varían según el sexo del adolescente, su cultura, su personalidad, su psicología. Un factor social muy importante es cómo el mundo trata al adolescente, otro factor es cómo el adolescente trata al mundo y cómo es su mundo interno.

El adolescente atraviesa por fuentes de preocupación de su cuerpo y se pregunta si es normal o no. En las mujeres es más evidente la preocupación y se pueden angustiar por su propia sexualidad. La influencia de los medios de comunicación es importante para la imagen corporal del adolescente, los problemas de anorexia son fáciles en esta época, teniendo como uno de sus componentes etiológicos el sentimiento de poseer un cuerpo discordante con los estándares aceptables de belleza, su atención está puesta primordialmente en el desarrollo de su cuerpo.

Además del posible duelo por el cuerpo infantil perdido; pueden presentar sentimientos de omnipotencia por medio de los cuales compensa la infancia y la pérdida. Puede existir también angustia por ¿cuál es su rol sexual? En la actualidad las experiencias bisexuales son comunes en la adolescencia, si la preferencia sexual aun no está establecida, la preocupación constante se centrará en ¿qué soy, hombre o mujer?

El adolescente se cuestiona todo lo que se le ha enseñado, necesita un soporte, necesita un amigo, ante esta necesidad surge el “enamoramiento” del amigo del mismo sexo, para llenar todo aquello que no tienen, para formar el sí mismo ideal que lo espejee, cuando el ideal del sí mismo se acaba se pierde el enamoramiento y con frecuencia el amigo. Esto es parte del desarrollo en la adolescencia.

La determinación de la preferencia genérica en ocasiones se establece en la adolescencia, pero esta no se da como tal desde un principio. Como se ha mencionado algunos hombres y mujeres pasan por una etapa de bisexualidad, pero en determinado momento se da en definitiva la elección del “objeto erótico”, cuando esto ocurre se presume que la preferencia sexual se ha determinado como homosexual, si el objeto erótico de elección es una persona del mismo sexo; heterosexual si el objeto erótico de elección es una persona del otro sexo y bisexual, si el objeto erótico de elección es una persona del mismo y del otro sexo.

Se dice que el adolescente busca tener contacto con gente más grande que él. El ideal del adolescente se consolida y se sublima en estas relaciones en función de situaciones económicas, vocacionales, relaciones heterosexuales, etcétera.

Lo que se esperaría es que todo adolescente que viva su sexualidad activamente pueda ser apoyado y auxiliado si así lo necesita, para que logre llegar a la madurez, informado, responsable y seguro de sus propias identidades y de sus propios sistemas de valores; así como preocupados y sensibles por el bienestar de los demás para que la sexualidad como parte importante de las relaciones humanas, pueda propiciar el crecimiento hacia la madurez y la satisfacción emocional.

Conforme se van acercando más a la adultez temprana hay aproximación a la familia, una mayor independencia, el grupo empieza a ser desplazado por la relación de pareja, los impulsos van siendo mejor controlados, los cambios emocionales menos marcados y la ambivalencia se va disipando. Se construye un sistema propio de valores y se empieza a conformar el proyecto de vida.

Hay una mayor búsqueda de intimidad y de construcción del rol social. Comienza a evolucionar de un proyecto de vida complementario con el proyecto familiar a una forma de enfrentamiento personal y social propia que se deberá ir poniendo a prueba en la práctica concreta y aportará a la consolidación de la identidad y los roles. Aún no es un proyecto planificado de principio a fin, como podía esperarse tradicionalmente, sino que existe el compromiso con pasos y experiencias dadas en su presente que van constituyendo vías flexibles hacia los roles y metas futuras de acuerdo con la incertidumbre de los tiempos.

Socialmente se espera que las parejas dejen de cumplir el rol de exploración y descubrimiento de mundos emocionales y sexuales, para procurar la búsqueda del compromiso, el acompañamiento afectivo y el establecimiento de vínculos profundos.

Los grupos o redes se van estableciendo por afinidades en lo laboral, educacional, comunitario, cultural, etcétera. La participación organizada se llega a constituir en una opción para el desarrollo de destrezas en la negociación con personas adultas, la creación de vías de satisfacción de sus necesidades y de aceptación de sus expresiones naturales.

En la adolescencia, el cuerpo (de las mujeres y los hombres) se prepara físicamente para el ejercicio de la reproducción; esto no implica que psicológica o emocionalmente el o la adolescente esté preparado/a; no tiene que ver tanto con la edad sino con el proceso de maduración individual (aunada los factores sociales y culturales) adquisición de responsabilidades, independencia, entre otros.

Al estar listo su aparato reproductor, las sensaciones de su cuerpo y las reacciones ante ciertos estímulos empiezan a ser distintos de cuando eran niños/as; lo que ven,



lo que escuchan y sobre todo lo que perciben por medio de la piel, toma características especiales.

Conforme se van conociendo confían en sí mismos, cada vez más logran manejar sus cambios emocionales y, a su vez, responsabilizarse de sus actuaciones. Es un período de adaptación a reglas y normas en el ámbito escolar, familiar y social.

### ***Educación de la sexualidad en la infancia, pubertad y adolescencia***

Tener información del desarrollo de la sexualidad nos permite en principio, no alarmarnos ante las manifestaciones del desarrollo de la sexualidad. Revisar nuestras ideas, mitos, culpas, prejuicios y sobre todo actitudes hacia la sexualidad propia y de los demás para poder asumir tranquilamente la sexualidad de niño, púber y adolescente.

Al mismo tiempo, nos brindará herramientas para orientarlos, inculcarles responsabilidad sobre el cuidado de su cuerpo y sobre lo que hacen con él; respeto por ellos mismos y lo que sienten y por los demás, enseñarles que hay momentos y lugares apropiados para experimentar su sexualidad y también para desarrollar acciones que favorezcan la prevención del abuso sexual. Todo esto además contribuirá en una buena aceptación de su imagen corporal, reforzará su autoestima y les dará elementos para considerar la sexualidad como algo sano a lo que ellos tienen derecho.

Algunas cuestiones que deben tenerse en cuenta al educar en la sexualidad son:

- Valorar el desarrollo sexual como parte de la vida de todo ser humano.
- Atender cada fase del desarrollo y facilitar actitudes responsables desde el inicio de la vida.
- Asumirse como figura adulta significativa que aprecia, valora y fomenta en los menores su autoestima, el respeto hacia su propia persona y la confianza en sí mismos/as.
- Promover una imagen positiva acerca de sus cuerpos cambiantes. Favorecer su autoconfianza, sus capacidades de auto protección y el orgullo por los atributos físicos de su cuerpo.
- Crear espacios seguros donde fortalezcan las relaciones interpersonales para el desarrollo de una autoestima adecuada.
- Enseñar las expresiones de afecto apropiadas y no apropiadas de acuerdo a los valores, ideología y cultura de cada familia.
- Desarrollar estrategias para establecer acuerdos con y entre los integrantes de la familia. Tratarlos como a las personas adultas nos hubiera gustado ser tratadas cuando niños y adolescentes.
- Establecer puentes adecuados de comunicación para identificar, prevenir, resolver conflictos y desarrollar habilidades de negociación.
- Establecer relaciones libres de violencia de cualquier índole.

- Facilitar respuestas asertivas hacia la presión de los pares y los adultos.
- Acompañarlos/as en su proceso e independización.
- Estimular el aprendizaje y la creatividad.
- Educar para la toma de decisiones adecuadas en relación al cuidado y protección de su salud física, emocional y sexual.
- Interesarse en que conozcan los servicios de orientación en sexualidad que están a su disposición
- Promover actitudes respetuosas hacia los pares para que a su vez puedan exigirlos.
- Desarrollar habilidades para el liderazgo, la confianza en sí mismas/os, la toma de conciencia, la expresión de la propia personalidad, la toma de decisiones y la competencia personal.

### ***Funciones generales de la escuela y la familia en el desarrollo de la sexualidad***

Las propuestas anteriores dejan claro que los niños, los púberes y los adolescentes no pueden ser entendidos como abstracción del mundo que los rodea, de sus circunstancias especiales, familiares, socio-afectivas y económicas. Son la resultante dialéctica de diversas fuerzas dinámicas que confluyen hacia ellos, que los distinguen y les hacen diferentes de otros. Perfilan sus rasgos y su fisonomía hasta configurar su propia y única personalidad. De ahí pues, que deben ser considerados no como una unidad individual, sino como una unidad relacional.

La OPS (2003) precisa que: la sexualidad se construye a través de la interacción entre la persona y las estructuras sociales, y la familia influye decisivamente en la conducta sexual. Las investigaciones muestran que los medios de comunicación y la televisión, la escuela y los pares, y el hogar (en ese orden) son las tres fuentes principales de información sobre sexualidad que reciben los adolescentes (no obstante) los jóvenes identifican a los padres como su influencia primaria cuando toman decisiones relacionadas con la sexualidad seguidos de los amigos, con los medios de comunicación en el último puesto. Se ha encontrado asimismo una importante influencia social positiva por parte de los padres (padre/madre) en cuanto a la toma de decisiones relacionadas con su sexualidad.

Es prioritario asumir el rol de educadores en sexualidad desde el ser docente y desde el ser madre o padre.

El desarrollo de la sexualidad infantil se fortalece con el conocimiento y aceptación de sí mismo, con la capacidad para expresar sentimientos, dudas, deseos; con la posibilidad de expresar cariño, asumir rechazos y reconocer afectos; con la seguridad de sentirse parte de un grupo e identificado con él. Por lo tanto, es indispensable que la Educación de la Sexualidad se dé desde las etapas infantiles más tempranas en un esfuerzo por generar espacios que permitan desarrollar las potencialidades arriba descritas, en un ambiente de creatividad y felicidad. En los

espacios familiares y escolares podemos hablar básicamente de tres aspectos a desarrollar:

- Las experiencias sensoriales diarias: recuperar y potenciar la capacidad para ver, tocar, escuchar, oler y probar, aprender a partir de la experiencia cotidiana de los sentidos.
- El juego y la comunicación: facilitar la expresión de emociones, afectos, pensamientos, para formar personas congruentes, asertivas y con libre decisión.
- El desarrollo de la sexualidad del niño y niña debe asumirse desde su derecho a la información para tener la posibilidad de entender lo que sucede con su cuerpo, su imagen y nutrir su autoestima.

Esto debe ser necesariamente abordado en los centros educativos. En la medida que cada educador(a) reflexione y asuma su sexualidad, se dispondrá a transformar sus actitudes y mejorar sus habilidades para favorecer en sus grupos los aspectos mencionados y poder brindar información y formación científica, objetiva y descriptiva, no valorativa. Paralelamente la educación de la sexualidad debe iniciarse y continuarse en casa, por lo que la misma reflexión de los educadores la deben hacer padres y madres. Entender que los significados que nosotros le damos a la sexualidad no son los mismos que le dan los niños.

Algunas sugerencias para abordar la sexualidad en casa y la escuela son:

- Contesta específicamente lo que te pregunta sin dar rodeos ni “echar rollo”; puedes hacer antes otra pregunta para que tengas claro lo que quiere saber; o puedes preguntarle primero cuál es la respuesta que se da a sí mismo para ver la idea que tiene y complementarla.
- Evita las respuestas evasivas o distraerlos cuando te pregunten algo o se esté tocando; esta conducta envía el mensaje de que no es bueno hablar de “eso”.
- Llama a los órganos sexuales por su nombre, como cualquier parte del cuerpo; tal vez te suene muy “fuerte” o “grotesco” el nombre del pene o la vulva, pero precisamente al nombrarlos desde que son pequeños, lo incorporan a su lenguaje cotidiano sin prejuicios o sin avergonzarse.
- No censures ni pongas juicios a los tocamientos. A partir del inicio de la enseñanza del control de esfínteres puedes explicarle la necesidad de espacios privados e íntimos, lo cual fortalece su autoimagen y autoestima; también le puedes explicar que hay otras personas que no les puede gustar verlo y aprenderá a respetar espacios sociales o públicos.
- Evita adjetivos como “sucio”, “cochino”, “tonto”, “enfermo”, “no sabes”, “no puedes”.
- Permite que exploren su cuerpo, enséñales la higiene de sus órganos sexuales como otra parte de su cuerpo, ten en cuenta además que este aspecto es muy importante.

- Permite que hablen, pregunten, discutan, estén en desacuerdo, y construyan juntos respuestas satisfactorias a su necesidad de conocer y aprender.
- Enséñale a decir NO, que no permita que les pidan cosas o tocamientos que le desagraden; escúchalo, solo así te tendrá confianza cuando algo de su experiencia le desagrada.
- Flexibiliza los roles de género, que el niño pueda llorar y jugar con muñecas, que la niña pueda jugar carritos y luchas, que puedan experimentar ser tierno y también ser fuertes.
- No temas responder las dudas que se generan en su curiosidad cuando muestras tu cuerpo; a través de la observación curiosa de otros cuerpos, construyen su identidad de género y comprenden las diferencias entre niños y niñas.
- Si desean tocar tu cuerpo, dile claramente si hay alguna parte que no quieres que toque, pero también dile las partes que si te gusta y como te gusta que te toque, así aprenderá a expresar lo que le gusta y lo que no a otras personas.
- Existen en librerías muchos libros y videos con dibujos animados y lenguaje accesible, que puedes aprovechar para platicar con ellos y aprender juntos; investigar juntos fomenta la confianza y disminuye la ansiedad en los adultos acerca de qué decir y qué no.
- Acaricia a tus hijos, dales muestras físicas de afecto, diles que los quieres y que vean en sus mamás y papás muestras de afecto e intimidad, que aprendan que son conductas sanas que representan felicidad.
- La educación de la sexualidad empieza con las actitudes de los padres hacia su propia sexualidad.
- La educación de la sexualidad se logra a través de informar los hechos de la sexualidad y formar valores y actitudes acerca de la sexualidad.
- Ocultar los hechos de la sexualidad es contrario a la educación de la sexualidad; es fomentar temor e ignorancia.
- Es una responsabilidad compartida, directa de los padres y docentes proporcionar educación de la sexualidad.
- Cuando se le hable de cuestiones sexuales se debe hacer con naturalidad. De la misma manera en que se habla de otros temas.
- No deben impartirse lecciones magistrales sobre sexualidad. Se debe de adaptar al nivel del niño.
- Se debe de hablar de los aspectos emocionales, de los valores y de la toma de decisiones.
- Los niños son muy selectivos en la información que se les proporciona, sólo recaba la información que necesita o lo que puede aprender.
- Si el niño dice malas palabras, hay que explicar el significado y las razones por las que no las puede decir.
- Utilizar los términos reales para referirse a los órganos sexuales.
- Enseñar para prevenir los abusos sexuales.

- No hay que esperar hasta la adolescencia para proporcionar educación de la sexualidad. Es importante explicar lo que es menstruación, no esperar hasta la pubertad.
- Propiciar que los niños no tengan miedo al preguntar cosas sobre sexualidad.
- Si no conocemos una respuesta, decir no sé, pero te lo puedo averiguar.
- Comprobar que la información que recibió fue incorporada correctamente.
- Los niños y las niñas deben conocer los hechos de la reproducción humana antes de entrar a la escuela primaria. Puede decir al niño y/o niña algo como: “Papá y mamá se quieren mucho, por esto les gusta mucho estar cerca el uno del otro. Lo más cerca que pueden estar el uno del otro es cuando se abrazan y papá mete su pene en la vagina de mamá. Después de estar un tiempo así, del pene de papá salen unas células que se llaman espermatozoides y cuando se juntan con una célula de mamá, que se llama óvulo, se empieza a formar un bebé”. Para llegar a este punto como se menciono previamente es importante que conozcan los nombres correctos de sus órganos sexuales externos e internos. Usted puede ayudarse a dar esta explicación empleando las fotografías o ilustraciones de libros que tratan el tema. Si su hijo le hace preguntas relacionadas con esta explicación o con cualquier otra de índole sexual, déle una respuesta veraz, simple y directa.
- Conocer estos hechos no les dará ideas equivocadas ni les quitará su inocencia.
- Enseñe a su hijo a evitar ser objeto de una agresión (abuso) sexual: Ayúdele a distinguir entre una caricia y una revisión médica. Explíquele que no debe aceptar ni propiciar caricias sexuales (a los órganos sexuales o partes íntimas). Practique con ella o con él a decir NO y a alejarse inmediatamente de cualquier persona que intente obligarle a hacer algo que no desea, incluso si es alguien cercano. Motívelo a contar lo sucedido (abuso sexual o intento de abuso) a personas de su confianza, a pesar de que les hubieran amenazado para que lo hagan.
- Si un niño ya fue objeto de abuso sexual es recomendable: no sobre reaccionar ni menospreciar la importancia del suceso. No confundir al niño con una fusilada de preguntas. No culparlo por el abuso. Ser paciente con él en la descripción del suceso. Apoyarlo y reforzar el que reviva con nosotros el suceso. Escucharlo y confortarlo. Los niños NO inventan relatos de abuso sexual. Si un niño da evidencia de que fue objeto de un intento de abuso o de un abuso consumado, investiguelo y proceda legalmente si así ocurrió.

Cuando se presentan conductas sexuales disruptivas en casa o en el aula, antes de emitir un juicio sobre el menor, es importante considerar lo siguiente:

- Establecer un diálogo permita tender puentes de comunicación donde la confianza se demuestre hacia el menor, la conducta inquisitiva no favorece el encuentro y la comunicación.
- Creer en la persona y no culpabilizarla o relativizar la situación por lo que comenta, facilita la interacción y la no estigmatización.
- Respetar la expresión de emociones del menor y demostrar comprensión hacia su experiencia. Escuchar con atención, abstenerse de emitir opiniones, de interrumpir y anticipar juicios.
- Respetar el silencio; lo cual es diferente a sólo ser espectador social (no hacer nada).
- Apoyar al menor cuando modifica su conducta (así sea en una ocasión) reconociendo lo que sí hace y reforzando sus logros. De esta forma se promueve su autoestima.
- Reemplazar las intervenciones disciplinarias (castigo, amenaza) por la aplicación de reglas consensuadas grupalmente para regular la convivencia y la participación.
- Establecer límites en forma precisa y con tranquilidad, esto facilita detener la escalada disruptiva y, a la brevedad sostener un momento de encuentro.
- Atender al comportamiento propio a fin de identificar la influencia que como adulto se ejerce sobre los menores.
- Procurar la atención personalizada y realizar –si son necesarias- las adecuaciones curriculares pertinentes.
- Afrontar los límites de la propia actuación y solicitar apoyos profesionales, sin descuidar la corresponsabilidad en el evento.

Ayudemos a que nuestros niños y adolescentes crezcan sin los temores, fantasmas y represiones que hemos tenido los adultos. Ellos lo agradecerán y tú estarás más tranquilo y feliz.

La educación de la sexualidad es un aprendizaje que dura toda la vida. Es importante reconocer que los niños y las niñas reaccionan a los mensajes no verbales, el tono de la voz, los cambios de tema o la incomodidad de los adultos ante la sexualidad todos son mensajes de trascendencia en su aprendizaje sobre sexualidad.

### ***Para una infancia, pubertad y adolescencia sexualmente saludable***

La OPS (2007), refiere que un desarrollo sexual saludable depende de la satisfacción de las necesidades básicas humanas como son el deseo de contacto, la intimidad, la expresión emocional, el placer, la ternura y el amor.

Para esta instancia algunos comportamientos para una (infancia) y adolescencia sexualmente saludable deben ser:

- Apreciar su propio cuerpo.
- Comprender los cambios (que vive en su desarrollo) y aceptación de los mismos.

- Buscar información adicional cuando la necesita.
- Responsabilizarse de su conducta y las consecuencias de sus acciones
- Tomar decisiones de forma práctica.
- Comunicarse de forma efectiva con su familia, sus pares y compañeros.
- Distinguir entre sus deseos personales y los del grupo de pares.
- Exhibir habilidades que enriquecen sus relaciones personales.
- Disfrutar y expresar su sexualidad durante toda su vida.
- Disfrutar las sensaciones sexuales sin actuar necesariamente en respuesta a ellas.
- Discriminar entre las conductas sexuales que enriquecen su vida y aquellas que son perjudiciales para sí mismo y/o para los demás.
- Expresar su propia sexualidad respetando los derechos de los demás
- Evitar conductas que demuestren prejuicio e intolerancia.

De manera más específica para las y los adolescentes.

- Utilizar anticonceptivos o practicar la abstinencia para evitar embarazos no deseados.
- Evitar contraer o transmitir una ITS, incluyendo el VIH.
- Reconocer que los hombres y las mujeres tienen los mismos derechos y responsabilidades en el amor y en las relaciones sexuales.
- Demostrar respeto por las personas con diferentes valores sexuales.
- Evaluar el impacto de los mensajes familiares, culturales, religiosos, sociales y de los medios de comunicación sobre sus propios pensamientos, sentimientos, valores y conductas relacionados con la sexualidad.
- Promover el derecho de todas las personas a recibir información sexual precisa.
- Rechazar los estereotipos acerca de la sexualidad de diversos grupos humanos.
- Promover el empoderamiento y la salud sexual.

### ***Prevención del abuso sexual en la infancia y adolescencia***

La Convención sobre los Derechos de los Niños (1989, p. 6) establece en el Artículo 19 que: *Los Estados Parte adoptarán todas las medidas legislativas, administrativas, sociales y educativas apropiadas para proteger al niño contra toda forma de perjuicio o abuso físico o mental, descuido o trato negligente, malos tratos o explotación, incluido el abuso sexual, mientras que el niño se encuentre bajo la custodia de los padres, de un representante legal o de cualquier otra persona que lo tenga a su cargo.* Por supuesto que esto incluye la prevención. Así mismo la Ley de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia (2009, P.10) Título III marca la *conjunción de esfuerzos, instrumentos, políticas, servicios y acciones interinstitucionales para la prevención, atención, sanción y erradicación de la violencia contra las mujeres.*

Es un compromiso Nacional e Institucional por parte de la Secretaría de Educación Pública crear y operar acciones para la prevención del abuso sexual.

### ***Medidas que ayudan a prevenir el abuso sexual***

- Enseñarles que tienen el derecho a decir **NO** ante propuestas de cualquier persona extraña o conocida, sea adulta o entre pares, de involucrarse en actos que le parezcan impropios o le resulten incómodos.
- Explicarles que nadie tiene derecho a tocar ninguna parte de su cuerpo sin su consentimiento, aún y cuando sea un amigo, amiga, novio, novia o familiar muy querido.
- Generar ambientes de confianza en donde las niñas y los niños se sientan escuchados.
- Invitarlos a que pregunten a un adulto cuando sienta confusión ante manifestaciones de acercamiento de otras personas o ante preguntas o peticiones que realicen.
- Explicarles que hay tocamientos que son adecuados porque nos resultan agradables y nos hacen sentir bien, queridos y cómodos (cada familia puede determinar cuales son estos tocamientos de acuerdo a sus valores y creencias); y hay algunos otros que son desagradables y nos hacen sentir mal, incómodos o que debemos comunicar a un adulto en quien se confíe.
- Nadie puede obligarle a demostrar su afecto en formas diferentes a las que se está acostumbrado o como se le ha enseñado en la familia.
- Talleres de Educación de la sexualidad para que se asuma como una función propia y natural el conocimiento y cuidado del cuerpo, reconocimiento de las partes privadas, conductas sexualmente responsables, equidad de los géneros, conocimiento de los derechos sexuales y reproductivos, enamoramiento, embarazo no deseado, sexo seguro y sexo protegido, etcétera.
- Cuando se revela una situación de abuso sexual implementar todas las acciones necesarias para evitar que se repita.
- Que las campañas publicitarias sobre prevención de abuso sexual no solo sean dirigidas a las personas “vulnerables”, es necesario visibilizar que el responsable del abuso es el perpetrador y no la víctima.
- Denunciar el evento.

### ***Identificación del abuso sexual infantil***

Si un niño o una niña han sido víctima de abuso sexual puede presentar cambios en su conducta como los que han sido reportados en las investigaciones descritas, así como signos o síntomas de los cuales se mencionan los siguientes:



- Resistirse a participar en juegos que antes le divertían, especialmente aquellas actividades en que hay contacto físico.
- Se sienten incómodos cuando alguien trata de acercarse o intenta tocarlos.
- Presentan resistencia o evitan quitarse la ropa frente a personas de su confianza con quien antes lo hacían.
- Muestran rechazo a su cuerpo.
- Sus movimientos son rígidos.
- Muestran ansiedad al pedirles que se acuesten cuando hay alguien cerca.
- Rechazan a alguna persona en especial o con cierto parecido al agresor.
- Miedo a personas o lugares, sin motivo aparente.
- Alteraciones de hábitos (alimentación, sueño, control de esfínteres)
- Excesivamente tímido, inquieto o pasivo.
- Disminuye significativamente su rendimiento escolar de manera repentina.
- Demandan afecto.
- Conducta agresiva o extrema, robar, esconder cosas, detección del desarrollo.
- Severos conflictos en casa.
- Reporte de daño o negligencia por parte de los padres, antecedentes de abuso hacia otros familiares.
- Malestar físico.
- Comportamientos sexuales que no son acordes a su desarrollo.
- Comportamiento seductor .
- Relatan un hecho de abuso sexual.
- Ropas manchadas o ensangrentadas.
- El menor reporta, o notamos comezón, dolor, irritación, sangrado de OSPES, incomodidad al caminar.
- Presencia de ITS en ojos, boca, ano, vagina, pene.
- Embarazo.

No todos los niños y las niñas agredidos sexualmente presentan estas conductas, ni todos los que las presentan han sido víctimas de abuso sexual, con excepción de las siete últimas las cuales obvian el abuso sexual (Cazorla, Samperio, y Chirino 1992), (Yaoccihuatl A.C., Torices, 1994)

Si existe la duda es necesario obtener más datos e información sin que se agreda física o psicológicamente al niño o a la niña, si se le cuestiona directamente es posible que niegue o no acepte la ayuda, hay que observar con discreción las conductas que llaman la atención y algunas otras que nos pudieran reportar más datos.

### **Intervención Inmediata**

Cuando la persona decide hablar sobre una experiencia en la que ha sido víctima de abuso sexual es crucial que se le crea. Los niños no mienten sobre estos temas, además puede ser la única ocasión en que se decida a abrir el secreto y pueda ser

la única petición de ayuda y la primera pauta para ofrecer una alternativa de recuperación (Yaoccihuatl A.C., Torices, 1994).

Identificar el evento a partir de lo que el niño o la niña quiera contar evitando la negación, las preguntas ¿estás seguro?, ¿porqué?, ¿cuándo?, o que explique detalles; las niñas y los niños de entre 2 y 7 años expresan de una manera muy propia sus vivencias, diferente a las del adulto, carece de una conceptualización muy clara, aunque se pueda dar a entender en sus propios términos; esto también dependerá del desarrollo de su competencia comunicativa; describe las cosas de acuerdo a la función que él conoce, por ejemplo la eyaculación la puede describir como orinar. El lapso de tiempo entre el abuso y la denuncia del niño o la niña es variable pues implica la amenaza para guardar el secreto. Así mismo el uso del engaño y la falta de conocimiento sobre sexualidad hacen que el menor reinterprete la situación y se confunda, sin embargo de lo que sí podrá hablar es de las cosas que ha visto o le han sucedido. *Generalmente, cuando el niño o la niña dice la verdad y denuncia este tipo de delitos, narra y describe siguiendo una lógica, utilizando su propio lenguaje y rara vez cae en contradicciones* (Cazorla, Samperio, y Chirino, 1992, p. 113).

Cuando una niña o un niño ha sido víctima de abuso sexual es importante proceder de la siguiente manera:

- Brindar confianza para hacerle sentir seguridad de que seguirá conservando su lugar en la familia, él no es el responsable de lo que le sucedió, seguirá contando con el amor y el respeto por parte de sus padres y que no será inculcado por las acciones del adulto.
- Reconocimiento del ofensor. Tomar medidas para impedir que continúe en contacto con la víctima o con otras posibles víctimas de abuso sexual.
- No confrontar al ofensor con la víctima. El adulto negará su responsabilidad y al niño esto le generará ansiedad.
- Evitar sentimientos de culpa o pedir que olvide el evento. No cuestionar el porqué no lo dijo antes o porqué lo permitió, esto generará mayor culpabilidad de la que podría estar sintiendo. No importa la apariencia, el vestir o el modo de comportarse del niño o la niña, es el adulto el que debe ser el responsable de su propia conducta. Al decirle que lo olvide es como negar o minimizar lo que sucedió y puede ser víctima nuevamente.
- Evitar la re victimización cuestionando una y otra vez al niño o a la niña o usando expresiones devaluatorias como “pobrecita”, “ya te echaron a perder la vida”, “niño sucio”, “violado”, “que ha perdido la inocencia”.
- Reconocer el valor que tuvo el niño o la niña para revelar el abuso.
- Abstenerse de hacer promesas que no se puedan cumplir. La mayor parte de las víctimas han sido engañadas por adultos, no intentar conseguir que hable el niño o la niña prometiendo que esto no lo va a saber nadie, pues nuevamente perderá la confianza hacia los adultos.
- Atender las necesidades de salud inmediatas. La exploración física como las averiguaciones pertinentes al respecto deben realizarse con respeto y

calidez hacia el menor lo cual posibilitará a los profesionales atender las lesiones físicas, los sentimientos de culpa y temor generados después de perpetrado el abuso.

- Reducir el sufrimiento, tanto del menor como de los familiares y personas cercanas a él.
- Buscar un lugar apropiado donde exista un ambiente de seguridad para que tanto la víctima como los padres o familiares puedan hablar con completa libertad sobre lo que sucedió.
- Canalizar a la víctima y a la familia a un centro especializado en atención al abuso sexual infantil (Cazorla, Samperio, y Chirino, 1992), (Yaoccihuatl A.C., Torices, 1994).

### ***Consecuencias inmediatas y mediatas del abuso sexual***

De acuerdo a Cazorla, Samperio, y Chirino (1992) y a González (CDHDF, 2010) las consecuencias inmediatas del abuso sexual en niñas y niños en su conducta y en el área psicosomática reportadas en la atención son:

Alteraciones del sueño. No poder dormir sin compañía, necesidad de dormir con la madre, insomnio inicial y pesadillas. Es natural que el niño presente inquietud al dormir o presente pesadillas en las que, de acuerdo con su edad, refleja sus propias fantasías o experiencias vividas durante el día. Esto puede explicar porqué presenta algunas alteraciones al dormir sobre todo si se enfrenta a una situación impactante como el abuso sexual.

Miedos. A que la madre se enoje, a ser agredidos, a estar solo, a la noche, a la oscuridad, a los hombres, a ir a un lugar específico, a estar en un lugar específico, a que la madre sea agredida, a los adultos en general, a algún hombre específico, a salir a jugar, a salir de su domicilio, a permanecer en su domicilio, a desvestirse. El miedo es una emoción que está programada biológicamente en el individuo para hacer frente a ciertas necesidades de supervivencia, funciona como un indicador fisiológico y psicológico ante un peligro potencial; es una señal de riesgo, de amenaza o de peligro que activa la percepción e identificación del fenómeno. Los miedos en la infancia ocurren en función de la experiencia directa de acontecimientos aterradores o bien son el producto de ciertos consejos protectores de los padres, también existen miedos imaginarios de naturaleza simbólica. Los temores de los niños y las niñas que viven abuso sexual están detonados por la agresión. Una de las manifestaciones de miedo consiste en evitar enfrentarse al estímulo vivido por eso evitan ciertos lugares, personas o momentos. El menor puede asociar el abuso sexual a cualquier estímulo y manifestar miedo ante una serie de situaciones, hechos o personas y de intensificarse convertirse en fobias.

Bajo rendimiento escolar. Falta de atención, falta de concentración, falta de realización de tareas, baja en sus calificaciones, mala conducta, aislamiento, inasistencia, problemas con compañeros. El bajo rendimiento escolar se observó en

sus calificaciones, ya fuera porque no podía fijar su atención o porque no realizaba las tareas. Esa es una de las consecuencias características de la agresión sexual. Se considera que la continua evocación de la experiencia desagradable desvía la atención del niño o de la niña; el impacto contribuye a la desestructuración del pensamiento y a que no puede concentrarse en las tareas escolares. Otra posible explicación surge de la teoría conductual al referirse a la incapacidad aprendida; cuando el niño ha sido expuesto a situaciones sobre las cuales no tiene control, deja de esforzarse y de luchar en situaciones en las que pudo hacerlo; de este modo se pudo haber aprendido que cualquier esfuerzo era infructuoso.

Demandas de afecto. Demanda más cariño, llanto, demanda se cumplan sus caprichos, no poder separarse de la madre. La demanda de afecto se manifiesta ante la necesidad de mantener la proximidad con los padres, de establecer un lazo emocional y de activar conductas que le den cuidado; la relación afectiva es el antecedente de la confianza que el niño pueda tener en sí mismo y que unida con la aceptación de las y los demás creará seguridades en torno a él y los demás. De aquí se desprende la importancia que tiene la demanda de afecto, ya que el niño o la niña necesita asegurarse de que no ha perdido el amor y el respeto de la gente que considera importante. Del mismo modo es relevante recuperar la confianza en el adulto la cual en la mayoría de los casos queda deteriorada después del abuso sexual.

Alimentación y síntomas psicossomáticos. Hiperfagia, aumento de peso, picar la comida, dolor de estómago, pérdida de peso, náuseas, trastornos cutáneos, dolor de cabeza.

Alteraciones generales. Berrinches, desobediencia, querer hablar como bebé, rebeldía, agresiones verbales, romper objetos, mentir, onicofagia, enuresis, aislamiento, agredir físicamente, chuparse el dedo, querer comer como bebé, agresivo con los demás niños y niñas, crueldad con los animales. Existen factores socioculturales que determinan en gran parte la actitud del niño o la niña ante situaciones en las cuales la agresión sea una alternativa de reacción. Según Finkelhor (1979) la agresividad como consecuencia del abuso sexual se identifica cuando hay una relación cercana entre la víctima y el agresor, la actividad sexual ha ido del exhibicionismo a la penetración, el abuso ha sido continuo, si los padres han reaccionado violentamente y provocaron en el niño mayor sentimiento de culpa y cuando el niño tiene una edad que le permite comprender más el suceso. En el aislamiento se evita tener un contacto social y presentar dificultades para formar lazos afectivos y limitar la comunicación, también puede aislarse para no exponerse. Las regresiones conductuales o retrocesos en los niveles de desarrollo que ya se habían superado se suelen asociar con un hecho agradable, que brindan tranquilidad y confianza ante situaciones difíciles; cuando el niño o la niña se sienten desprotegidos o se enfrentan a situaciones desconocidas que no se encuentran en el contexto que manejan y los confunden, repite conductas que sí conoce y le dan confianza, otro tipo de explicación es que al hacer esto llama la atención y se le atiende.

Embarazo e infecciones de transmisión sexual. Las consecuencias mediatas en la conducta de un niño o una niña que ha vivido abuso sexual de acuerdo al texto Defensa de los Niños (1991) referido por Yaoccihuatl A.C., Torices, (1994) son: la disposición a aceptar la culpa, por lo regular siempre están dispuestas a aceptar toda la culpa y la responsabilidad cuando las cosas marchan mal, por responder físicamente a los estímulos que la actividad sexual provoca, por romper la promesa del secreto, por no haber denunciado antes por las consecuencias legales, económicas, sociales y la alteración de la dinámica familiar, y por haber sido accesible al abuso sexual; tendencia a proteger a los que le han hecho daño, actúan como si tuvieran el deber de servir de escudo a sus abusadores y protegerlos para que no se confronten con las consecuencias de sus actos; búsqueda de aprobación por parte del abusador para sentirse menos inferiores como personas; dificultad en aceptar elogios y frecuentemente tienen la tendencia de negarlos, apuntando a algunas de sus debilidades; tendencia exagerada a ocuparse de los demás, como han sido despersonalizados y cosificados el niño o la niña sale de la experiencia con el sentimiento de que las necesidades de la otra persona son de mayor importancia que las propias, son rápidos para satisfacer las necesidades de los demás haciendo a un lado las suyas la mayoría de las veces; incapacidad para sentir el placer plenamente, viviendo sin júbilo y alegría, hay temor de que cualquier gratificación traiga como consecuencia algún desastre o tragedia. Confusión de roles.

El impacto que puede generar en el desarrollo integral de niños y niñas un evento de abuso sexual o de violencia repetida ha sido poco estudiado, Bruce (1993) postula la hipótesis, basado en diversos estudios realizados en población adulta, de que la respuesta al estrés postraumático consecutiva a una vida de violencia crónica o a experiencias de abuso sexual tempranas, con intervenciones poco apropiadas y oportunas, en las que además, las redes de apoyo fueron inexistentes o poco apropiadas, volviendo el universo de los sobrevivientes caótico, confuso y alienante, pueden dar origen a alteraciones neuro psiquiátricas observables en síntomas persistentes de alerta, caracterizados por hipervigilancia, aumento en las respuestas de sobresalto, dificultades para dormir, irritabilidad y ansiedad. La explicación que ofrece es que ante un evento que provoca estrés agudo se presenta la activación neurofisiológica cerebral usualmente rápida y reversible, sin embargo; cuando un evento traumático es intenso y se presenta repetidamente durante largos periodos de tiempo entonces las funciones neurológicas pueden verse alteradas. La respuesta a este evento origina una cascada neuroquímica que implica a la norepinefrina, dopamina y epinefrina entre otras sustancias. Esta respuesta inesperada altera el microambiente del cerebro y en consecuencia el mecanismo de regulación de los neurotransmisores responsables de la respuesta al estrés; cuando estos estímulos estresantes se presentan en forma repetida un cerebro aun inmaduro puede verse alterado en su desarrollo posterior y condicionar alteraciones relacionadas con el aprendizaje y la memoria (entre otros procesos mentales superiores); de no identificarse con oportunidad y de no realizarse una intervención adecuada, estas alteraciones pueden persistir en la adolescencia y la edad adulta con un impacto potencial en las funciones emocionales, cognitivas y del

comportamiento. Es importante anotar, que se requiere mayor investigación a este respecto para sustentar esta hipótesis.

En un estudio realizado por González, (CDH del DF, 2010) se señala que Funk (1997) considera las siguientes conductas sexuales como consecuencia del abuso en niños de 3 a 13 años: está más involucrado en el área sexual que en otras áreas de su desarrollo, saben más de sexualidad que lo correspondiente a su edad y desarrollo, continúa involucrándose en conductas sexuales a pesar de que los padres, docentes o cuidadores lo han confrontado y desalentado al respecto, parecen no poder detener su conducta sexualizada, estas las puede realizar con adolescentes o con adultos, no respeta las partes íntimas de los otros por lo que las toca sin su consentimiento, sexualiza objetos “no sexuales”, expresa ira en un sentido sexual con coerción, fuerza, manipulación o venganza.

### ***Sobreviviente de abuso sexual o violación***

El secreto limita la posibilidad de intervención permitiendo que el abuso continúe por largo tiempo. De acuerdo a González los efectos posteriores no son síntomas patológicos, son mecanismos que permiten al niño o a la niña adaptarse al medio que tenga que vivir, de ahí que se considere sobrevivientes *a todos los adolescentes y/o adultos que se vieron involucrados en el abuso sexual durante la infancia, independientemente de quién o quienes hayan sido los abusadores y que no hayan recibido psicoterapia específica para la violencia sexual sufrida* (CDH del DF, 2010, p. 25).

Con la ayuda del bloqueo, la disociación, la negación, el o la sobreviviente crece y convierte los recuerdos en una liviana carga para la adultez. Recordar toma diferentes formas para los diferentes sobrevivientes, en este sentido se han realizado más estudios con mujeres que con hombres. La habilidad de algunas sobrevivientes de abuso sexual para poner límites a sus recuerdos o las emociones surgidas es dañina, o no existe. Son agobiadas por los horrores de su pasado y por el dolor que no pueden contener. A menudo los recuerdos no son liberados hasta que la sobreviviente ha encontrado algún apoyo. Es un derecho del sobreviviente ir a su propio ritmo (Blume, 1990).

### ***Consecuencias de romper o guardar el secreto***

La sobreviviente de abuso sexual puede desarrollar un repertorio de comportamientos designados a preservar el secreto, además de bloqueos cognoscitivos que impiden que ella recuerde el abuso, reprime los recuerdos. Muchas sobrevivientes son extremadamente tranquilas, hablan en voz baja y no son verbales, están acostumbradas a no ser oídas, pueden hacerlo porque creen que no valen nada y que no merecen atención, tienen una mala imagen de ellas mismas. Aprendió a no gritar de dolor cuando el sexo se le imponía. Por otro lado se puede convertir en una platicadora compulsiva; desesperadamente sola y necesitada puede llevar a contar su historia compulsivamente. Las reacciones de los otros a la

verdad pueden ser de rechazo y decirle que miente, inventa, está loca, culpabilizarla y defender al perpetrador, sin embargo contarle puede empezar a sanar ser liberador y le puede dar poder pues al contárselo a otros (amigas, amigos, pareja, terapeuta, grupo de apoyo) se está valorando a sí misma.

La violencia sexual se ha asociado con diversos problemas de salud mental y de salud sexual en la adolescencia y en la edad adulta.

### ***Salud mental***

Existe la posibilidad de repetir eventos de violencia sexual y de violencia familiar; se da una naturaleza apologética que es como si la persona fuera una esponja para la culpabilidad; vive con sentimiento de ser un producto dañado, estrés postraumático, trastornos del sueño, trastornos médicos (gastrointestinales, musculares, neurológicos, cardíacos o respiratorios), depresión, trastornos de ansiedad, flashbacks (revivir una experiencia traumática del pasado relacionada con algún suceso del presente o una imagen, que la conecta con el abuso sexual) de abuso de alcohol y otras sustancias adictivas e incluso conductas suicidas (Shalev, 2000).

### ***Salud sexual***

Disfunciones sexuales como dispareunia, apatía, anorgasmia, eyaculación precoz, disfunción eréctil, complicaciones ginecológicas como fibromas, infecciones vaginales, dolores crónicos de la pelvis e infecciones de vías urinarias, inicio a menor edad de la actividad sexual, prostitución, reacciones sexuales sin protección, múltiples parejas sexuales, problemas relacionados con la confianza y miedo a la intimidad, la traición ocasionada por el abuso durante la niñez, puede dejar a la persona sin un cimiento sobre el cual construir relaciones duraderas en el futuro; este miedo se manifiesta de dos maneras, una la víctima evita relaciones que tengan el potencial de tornarse muy cercanas y la otra aunque quiera intimidad, encontrará que hay un límite al nivel de intimidad que tolera. Cuando llega a ese nivel máximo de tolerancia, la persona se llena de miedo al rechazo, y a su vez rechaza a su compañero o compañera, saliéndose súbitamente de la relación, es como si fuera menos doloroso dejar él la relación que ser dejado. (OPS, 2003), (Yaoccihuatl A.C., Torices, 1994).

Las escuelas de educación básica son un lugar ideal para introducir programas de educación de la sexualidad y prevención del abuso sexual dirigidos a una amplia gama de niñas y niños. La mayor parte del aprendizaje social de los niños ocurre en las escuelas e impacta el desarrollo saludable de la sexualidad al igual que los comportamientos y las actitudes que sustentan la violencia interpersonal en sus numerosas formas. El involucramiento de los padres en estos programas también es necesario, no obstante aún y cuando exista resistencia de su parte, no se deberá poner de pretexto para abandonar el trabajo con las alumnas y los alumnos.

*Solemos convertir todas las formas de sexualidad en un problema, nuestras reacciones negativas ante las expresiones sexuales de los niños crean muchas situaciones intimidatorias. Solemos exagerarlas y cuando lo hacemos los niños resultan lastimados y se vuelven incapaces para resolver sus problemas. Langfeldt (2001)*

Propiciemos con nuestras acciones un desarrollo saludable de la sexualidad que de fin a esta realidad aun vigente.

## **Bibliografía**

- 1) Adolescencia (n.d.). Extraído el 2 de febrero de 2011 desde [http://www.unicef.org/republicadominicana/children\\_3676.html](http://www.unicef.org/republicadominicana/children_3676.html)
- 2) Aliño, M., López, J., y Navarro, R. (2006). Adolescencia. Aspectos generales y atención a la salud. Extraído el 4 de febrero de 2011 desde [http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol22\\_1\\_06/mgi09106.pdf](http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol22_1_06/mgi09106.pdf)
- 3) Alonzo, D. C. (2008). El acoso sexual en menores de edad en los establecimientos educativos públicos. Extraído el 11 de febrero de 2011 desde [http://biblioteca.usac.edu.gt/tesis/04/04\\_7297.pdf](http://biblioteca.usac.edu.gt/tesis/04/04_7297.pdf)
- 4) Álvarez-Gayou, J.L. y Millán, P. (2006). Sexualidad: los jóvenes preguntan. México: Paidós.
- 5) Ariès, P. (1987). El niño y la vida familiar en el Antiguo Régimen. Madrid: Taurus.
- 6) Barragán F., De la Cruz, J.M., Doblas, J.J., Padrón, M., Navarro, A. (2005). Violencia, Género y Cambios Sociales. Málaga: Aljibe.
- 7) Barragán, F. (1997). Niñas, niños, maestros, maestras: una propuesta de educación sexual. España: Diada.
- 8) Batres, G. (1997). Del ultraje a la esperanza. Tratamiento de las secuelas del incesto. San José de Costa Rica: Cooperación para Centroamérica de la Embajada Real de los Países Bajos.
- 9) Blume, E. S. (1990). Secret Survivors: Uncovering Incest and its aftereffects in women. New York: Wiley.
- 10) Bruce, D. (1993). Neurodevelopment and the Psychophysiology of Trauma I: Conceptual Considerations for Clinical Work with Maltreated Children. The Child Trauma Academy. Extraído el 21 de Febrero de 2010 desde [www.childtrauma.org](http://www.childtrauma.org) <http://www.childtrauma.org/ctamaterials/apsac1.asp>
- 11) Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión. (2009). Ley General de Acceso a las Mujeres a una Vida Libre de Violencia. México: DOF.
- 12) Carrizo, H. (1982). La Educación de la Sexualidad Humana, Individuo y Sociedad. En: Antología de la Sexualidad Humana. Vol. 3. México: CONAPO.
- 13) Casas, J. Y Ceñal, M. (2006). Desarrollo del adolescente. Aspectos físicos, psicológicos y sociales. Extraído el 8 de febrero del 2011 desde [http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/puericultura/desarrollo\\_adolescente\(2\).pdf](http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/puericultura/desarrollo_adolescente(2).pdf)



- 14) Cazorla, G., Samperio, R. Y Chirino I. (1992). Alto a la agresión sexual. México: Diana
- 15) Chapela, L. M. (2000). Hablemos de sexualidad en familia. México: CONAPO/MEXFAM.
- 16) CNDH. (2005). Programa Nacional de Prevención y Protección de los Niños, Niñas y Adolescentes Víctimas de Maltrato y Conductas Sexuales. Extraído el 2 de febrero del 2011 desde [http://www.cndh.mx/viofam/archivos/contenido/ni%C3%b1as\\_ni%C3%b1os\\_adoloscetes/prognalprevproni%C3%b1os.pdf](http://www.cndh.mx/viofam/archivos/contenido/ni%C3%b1as_ni%C3%b1os_adoloscetes/prognalprevproni%C3%b1os.pdf)
- 17) Comisión Nacional de Derechos Humanos. (2010). El abuso sexual al menor. México: UNAM- PAIVSAS.
- 18) Contreras, A. (2001). Desarrollo humano, trabajo y adolescencia. Un abordaje conceptual para la Salud Integral del Adolescente. Extraído el 3 de febrero del 2011 desde <http://www.binasss.sa.cr/revistas/ays/1n1/466.html>
- 19) Convención sobre los derechos del niño. (1989). Extraído el 7 de febrero del 2011 desde [http://www.unicef.es/derechos/docs/CDN\\_06.pdf](http://www.unicef.es/derechos/docs/CDN_06.pdf)
- 20) Cueli, J., Reidl, L., Martí, C., Lartigue, T., Michaca, P. (2001). Teorías de la personalidad. México: Trillas.
- 21) De la Peña, M. (1998). Educar en la sexualidad. México: Ágata.
- 22) Elige. (2003). Jóvenes documentando y denunciando violaciones a sus derechos sexuales y reproductivos, en Boletín Eligiendo, 1 (3).
- 23) Feinberg, J. (1980). Rights, Justice and the Bounds of Liberty. Nueva Jersey: Princeton University Press.
- 24) Finkelhor, D. (1987). El abuso sexual al menor, causas, consecuencias y tratamiento psicosexual. México: Pax.
- 25) Friedrich, W. Grambsch, P. Broughton, D. Kuiper, J. Beilke R. (1991, Septiembre). Normative Sexual Behavior in Children. Pediatrics. 88 (3).
- 26) Fromm, E. (1984). El arte de amar. México: Paidós.
- 27) Fromm, E. (1988). El Miedo a la Libertad. México: Paidós
- 28) García, E. (2000). Vigotski: la construcción histórica de la psique México: Trillas.
- 29) García, E. (2001). Piaget: la formación de la inteligencia. México: Trillas.
- 30) Golombok, S., Rust, J., Zervoulis, K., Croudace, T., Golding, J., Hines, M. (2008, Septiembre-Octubre). Developmental Trajectories of Sex-Typed Behavior in Boys and Girls: A Longitudinal General Populations Study of Children Aged 2.5-8 Years. Child Development. 79 (5).
- 31) González, M. (2008). Derechos humanos de los Niños: una propuesta de fundamentación. México: IJJ-UNAM.
- 32) González, M. (2009). Derechos sexuales: niños, niñas y adolescentes. Extraído el 2 de Marzo de 2011 desde [http://www.law.yale.edu/documents/pdf/Student\\_Organizations/SELA09\\_gonzcontro\\_PV.pdf](http://www.law.yale.edu/documents/pdf/Student_Organizations/SELA09_gonzcontro_PV.pdf)
- 33) Graaf, H., Rademakers, J. (2006). Sexual Development of Prepubertal Children. Journal of Psychology & Human Sexuality. 18 (1).

- 34) Grown, C., Rao Gupta, G. Y Kes, A. (2005). Taking Action: Achieving Gender Equality and Empowering women. Washington, DC: ONU.
- 35) Harris H. R. (2005). Sexo. . . ¿Qué es? Londres: Walker Books Limited.
- 36) Himanshu, T. (2006). Does psychological treatment for adult sex offenders work? British Medical Journal. (333), 5-6.
- 37) Horney, K. (1988). La Personalidad Neurótica de Nuestro Tiempo México: Paidós.
- 38) Istar, A. (2010). How Queer!- The Development of Gender Identity and Sexual Orientation in LGBTQ-Headed Families. Family Process. 49 (3).
- 39) Krauskopf, D. (2002). El desarrollo psicológico en la adolescencia: las transformaciones en una época de cambios. Extraído el 4 de febrero de 2011 desde <http://www.adolescenza.org/adolescenza2.pdf>
- 40) La infancia amenazada: Estado Mundial de la Infancia 2005 (n.d.) Extraído el 1º. De Febrero de 2011 desde <http://www.unicef.org/spanish/sowc05/childhooddefined.html>
- 41) Langer, L. Y Chávez, M. (2008). La adolescencia y sus contextos de convivencia. En: Formación Cívica y Ética I. México: SEP/Santillana.
- 42) Langfeldt, T. (2001). Childhood Sexuality: Promoting Sexual Health- Preventing Sexual Offenses. USA: AASECT Conference.
- 43) Marco conceptual de la Primera Infancia. (2010). Sistema de Información sobre los Derechos del Niño en la Primera Infancia en los Países de América Latina. Sistema de Información de Tendencias Educativas en América Latina (SITEAL) Marco Teórico y Metodológico. Extraído el 1º. De febrero de 2011 desde [http://www.siteal.iipe-oei.org/libros\\_digitales/pdf/SITEAL\\_Libros\\_Digitales\\_01.pdf](http://www.siteal.iipe-oei.org/libros_digitales/pdf/SITEAL_Libros_Digitales_01.pdf)
- 44) Martinson, F. (1994). The sexual life of children. Londres: Bergin & Garvey. Wesport, Ct.
- 45) Maslow, H. (1987). El hombre autorrealizado. Barcelona: Kairos.
- 46) Maurás, M. (2008). La adolescencia y la juventud en las políticas públicas de Iberoamérica. Extraído el 2 de febrero de 2011 desde [http://www.unicef.org/lac/Discurso\\_de\\_Marta\\_Mauras.pdf](http://www.unicef.org/lac/Discurso_de_Marta_Mauras.pdf)
- 47) Melby, T. (2001). Childhood Sexuality. Contemporary Sexuality. 35 (12).
- 48) Méndez, L. (1994). La sexualidad en la infancia. En: Antología de la sexualidad humana. Tomo II. México: CONAPO.
- 49) Money, J. (1970). Handbook of human Sexual. London: Aronson Northvale.
- 50) Moreno, M. E. (1998). Aspectos Estructurales de la Identidad sexo-genérica en el niño preescolar. Archivos Hispanoamericanos de Sexología. 4 (2).
- 51) Morón, M. (2004). Pedagogía Social e Infancia. En: Pedagogía Social. Curso 2004-05. Grupo 4, Tema 13: Monográfico
- 52) Nelson, C. (1997). Tratado de pediatría. México: Interamericana
- 53) Nordby, V. J. & Hall, C.S. (1988). Vida y conceptos de los psicólogos más importantes. México: Trillas.
- 54) Nuevos desafíos para la agenda social iberoamericana. Construir Equidad desde la Infancia y la Adolescencia en Latinoamérica. Extraído el 4 de febrero de 2011 desde [www.oei.es/observatorio2/cepal03.pdf](http://www.oei.es/observatorio2/cepal03.pdf)

- 55) OMS. (n.d). Salud y desarrollo del niño y del adolescente. Extraído el 3 de febrero de 2011 desde  
[http://www.who.int/child\\_adolescent\\_health/topics/development/es/index.html](http://www.who.int/child_adolescent_health/topics/development/es/index.html)
- 56) OPS/OMS. (2009). Plan de Acción Sobre la Salud de los Adolescentes y los Jóvenes. Washington DC: OPS/OMS.
- 57) OPS/OMS. (2006). Empoderamiento y salud Sexual En: Descubriendo las Voces de las Adolescentes. Extraído el 3 de febrero del 2011 desde  
<http://www.paho.org/spanish/ad/fch/ca/ca-empoderamiento.pdf>
- 58) OPS. (2002). Programa Mujer, Salud y Desarrollo. Serie Género y Salud Pública (13). Documento base para la discusión: Violencia Sexual Basada en el Género y la Salud. Una aproximación Conceptual. San José Costa Rica: OPS
- 59) OPS. (2003). La violencia sexual en: Informe Mundial Sobre la Violencia y la Salud. Washington: OPS.
- 60) Ortiz, G. (2004). ¿Qué digo, qué hago? 3 a 8 años. Respuestas claras para orientar la sexualidad infantil. México: AMSSAC
- 61) Ortiz, G. (2008). Sexualidad Infantil saludable y feliz de 8 a 11 años. México: AMSSAC.
- 62) Padilla, R. (2009). Desarrollo psicoevolutivo en niños de 6 a 12 años. Extraído el 9 de febrero de 2011 desde [www.csi-csif.es/andalucia/.../mod.../RAFAEL\\_PADILLA\\_1.pdf](http://www.csi-csif.es/andalucia/.../mod.../RAFAEL_PADILLA_1.pdf)
- 63) Prieto, M. I. (1998). Sexualidad Infantil. México: Ducere.
- 64) Prieto, M. I. (2004). Investigación Cualitativa sobre Sexualidad Infantil. Tesis de Maestría. México: IMESEX
- 65) Rademakers, J. Laan, M. & Straver, C. (2000). Studying Children's Sexuality from the Child's Perspective. Journal of Psychology and Human Sexuality. 12 (1 / 2)
- 66) Raguz, M. (1995). Construcciones Sociales y Psicológicos de mujer, hombre, femineidad, masculinidad y género en diversos grupos poblacionales. Lima, Perú: Pontificia Universidad Católica de Perú.
- 67) Reinisch, J.M. (1992). Nuevo informe Kinsey. México: Paidós.
- 68) Sánchez, J. J. (1995). Perfil Sexológico del Adolescente Escolar de la Ciudad de México. Archivos Hispanoamericanos de Sexología. 1 (2), 169-200.
- 69) SEP. (2010). Lineamientos Generales para la Organización y Funcionamiento de los Servicios de Educación Inicial, Básica, Especial y para Adultos en el Distrito Federal 2010. México: SEP
- 70) Shalev, A. (2000). Estrés traumático y sus consecuencias: Manual para el personal de asistencia profesional. Washington, DC: OPS/OMS.
- 71) Torices, I. (2006). Tu sexualidad sin tanto rollo. Respuestas a preguntas sobre sexualidad realizadas por adolescentes a través de los medios de comunicación. México: Geishad.
- 72) Torres, M. A. (1998). Comportamiento Erótico de los y las Adolescentes. Archivos Hispanoamericanos de Sexología. 4 (2), 259-306.

- 73) Universalizar el derecho a la educación y promover la equidad, En: Declaración Mundial sobre Educación para Todos y Marco de Acción para Satisfacer las Necesidades Básicas de Aprendizaje. (1990). Extraído el 11 de febrero de 2011 desde [http://www.oei.es/quipu/marco\\_jomtien.pdf](http://www.oei.es/quipu/marco_jomtien.pdf)
- 74) WHO. (2010). Standards for Sexuality Education in Europe. Cologne: Federal center for Health Education.
- 75) XVII Conferencia Internacional de SIDA. (2008). Declaración Ministerial, Prevenir con Educación: <sup>1era</sup> Reunión de Ministros de Salud y Educación para Detener el VIH e ITS en Latinoamérica y El Caribe.
- 76) Yaoccihuatl A.C., Torices, I. (1994). Abuso Sexual al menor. Manuscrito Inédito. México: IMESEX.
- 77) Zorrilla, M. (2004). La educación secundaria en México: Al filo de su reforma. Revista Electrónica Iberoamericana sobre Calidad, Eficiencia y Cambio en Educación. 2 (1). Extraído el 9 de febrero de 2011 desde <http://www.ice.deusto.es/RINACE/reice/vol2n1/Zorrilla.pdf>



## IV Sexualidad en la discapacidad infantil y adolescente

*Irene Torices Rodarte*

### ***Introducción***

La educación de la sexualidad de las niñas, niños y jóvenes con discapacidad, constituye aún una asignatura pendiente en los programas de educación especial y en los modelos de inclusión a la educación regular de esta población. Las dificultades que de esto se derivan no solo tienen relación con las conductas o comportamientos sexuales que se hacen manifiestos en la pubertad y adolescencia y que preocupan a padres, maestros y otros profesionistas. La falta de educación de la sexualidad incide negativamente en el desarrollo integral del menor con discapacidad y en sus posibilidades de ser un adulto sexualmente competente.

¿Quiénes son responsables de proporcionar la educación de la sexualidad a esta población?, ¿qué estrategias pueden resultar efectivas para garantizar aprendizajes significativos en esta materia?, ¿cómo afecta la discapacidad el comportamiento, la actividad y la respuesta sexual de las personas?

Estas y otras preguntas pueden encontrar respuesta en el presente documento, no obstante, también se espera que surjan nuevas interrogantes que favorezcan en el lector el interés por profundizar en este tema.

### ***Atención a la sexualidad de las personas con discapacidad: ¿opción u obligación?***

En México, la posición jurídica relativa a los derechos sexuales y reproductivos de las personas con discapacidad es contradictoria. Por un lado, los mismos están contemplados en forma implícita en varias Leyes Nacionales y Convenios Internacionales. Por el otro, el gobierno no ha tenido una participación amplia e integral para promover y proteger estos derechos y la dignidad de las personas con discapacidad al interior de las instituciones que prestan servicios a población con discapacidad.

Gran parte de las Leyes para Personas con Discapacidad vigentes no han sido reglamentadas aún y su cumplimiento es un problema. Por lo demás, la población con discapacidad y sin ella conoce muy poco los derechos sexuales y reproductivos que tienen las personas con discapacidad.

En general existen pocos recursos para que las personas con discapacidad puedan acceder a la educación de la sexualidad. Habitualmente, el gobierno no utiliza

formatos alternativos para brindar información sobre este tema, con excepción de algunos documentos en Braille, destinados específicamente a las personas con discapacidad visual. Cabe señalar que estas publicaciones no son gratuitas.

De acuerdo al comunicado 283 de la Secretaría de Educación Pública 104 mil 674 alumnos con discapacidad son atendidos en los servicios de educación especial en nuestro país (SEP, 2010).

La mayoría de las niñas y niños con discapacidad que participa en programas de servicios educativos son niños con déficit intelectual, deficiencias auditivas, déficit motor y deficiencias visuales.

Para ninguno de estos grupos se han creado programas específicos de educación de la sexualidad que den atención a sus necesidades y que satisfagan los requerimientos de información de madres y padres de familia.

Lo anterior se entiende si consideramos que la formación para profesionistas de educación y salud que prestarán sus servicios a esta población, no han incorporado una asignatura sobre “Sexualidad en la Discapacidad” en los planes de estudio, aun cuando se realizan acciones de capacitación en esta materia, mismas que han sido desarrolladas; las más de las veces, por profesionistas no formados en el área de Discapacidad y Sexualidad.

En los últimos 25 años, los organismos nacionales e internacionales responsables de formular políticas a favor de las personas con discapacidad han demostrado un gran interés por la inclusión del tema de sexualidad en documentos normativos. Por ello es creciente el número de leyes, normas, convenios y convenciones que incluyen preceptos o versan sobre esta temática. Sin embargo, las personas con discapacidad y las organizaciones que los atienden no siempre han tenido una participación significativa en el diseño o reformas de los mismos. En consecuencia, no se han considerado las múltiples necesidades especiales o características de cada tipo de discapacidad y en consecuencia, el impacto en las intervenciones sobre sexualidad de estas leyes se ve disminuido.

Si bien existen numerosas referencias legales para la educación y atención a la salud sexual de las personas con discapacidad, su incumplimiento sigue siendo el problema.

En general, *El marco jurídico nacional no restringe, sino por el contrario, hace énfasis en la igualdad de las personas con discapacidad [...] y la no discriminación en todos los aspectos de la vida social. Es en la práctica donde se observa que ha faltado una cultura de la discapacidad mediante la cual la sociedad sienta a este grupo social como parte de sí misma y lo acepte con todas sus características* (Hernández, 2004, p. 312). La participación de las organizaciones de la sociedad civil en la formulación de políticas de desarrollo social –incluyendo la atención a la sexualidad- es cada vez más intensa y trascendental, lo que podrá mejorar esta situación en el futuro.

La respuesta a la pregunta de si es una opción o una obligación dar atención integral a la sexualidad de las personas con discapacidad es una sola, estamos obligados a hacerlo considerando la legislación vigente en nuestro país y los tratados internacionales que nuestra nación ha suscrito.

México se convirtió en un Estado miembro de las Naciones Unidas el 7 de noviembre de 1945 y a partir de esa fecha ha votado, en general, de manera positiva en los tratados concernientes a las personas con discapacidad. Las Normas Uniformes sobre la Igualdad de Oportunidades para las Personas con Discapacidad de las Naciones Unidas fueron formalmente adoptadas por México en el año 1995 con la creación del Programa Nacional para el Bienestar y la Incorporación al Desarrollo de las Personas con Discapacidad (CONVIVE). Además, las Normas Uniformes establecieron las directrices que han permitido definir el sentido de las políticas y normativas concernientes al tema de la discapacidad en México. Por ejemplo, las leyes estatales para personas con discapacidad se ajustaron a los fundamentos de estas normas (Hernández, 2004, p.308).

### ***Incorporación de la atención a la sexualidad en la legislación nacional e internacional.***

Las Normas Uniformes sobre la igualdad de oportunidades para las personas con discapacidad (ONU, 1993) se elaboraron sobre la base de la experiencia adquirida durante el Decenio de las Naciones Unidas para los Impedidos (1983-1992). El fundamento político y moral de estas Normas se encuentra en la Carta Internacional de Derechos Humanos que comprende la Declaración Universal de Derechos Humanos, el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales y el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, y también en la Convención sobre los Derechos del Niño y la Convención sobre la Eliminación de Todas las formas de Discriminación Contra la Mujer, así como en el Programa de Acción Mundial para los Impedidos.

Aunque no son de cumplimiento obligatorio, todas son normas vinculantes consuetudinarias que se aplican con la intención de respetar el derecho internacional.

La finalidad de estas normas es garantizar que niñas y niños, mujeres y hombres con discapacidad, en su calidad de miembros de sus respectivas sociedades, puedan tener los mismos derechos y obligaciones que los demás.

En materia de atención a la sexualidad, las Normas Uniformes constituyen un precedente importante a nivel mundial al quedar asentado en el *Capítulo II. Esferas Previstas para la Igualdad de Participación, Artículo 9. Vida en familia e integridad personal* que: Los Estados deben promover la plena participación de las personas con discapacidad en la vida en familia. Deben promover su derecho a la integridad personal y velar por que la legislación no establezca discriminaciones contra las personas con discapacidad en lo que se refiere a las relaciones sexuales, el matrimonio y la procreación.



Agregando que: Las personas con discapacidad no deben ser privadas de la oportunidad de experimentar su sexualidad, tener relaciones sexuales o tener hijos. Teniendo en cuenta que las personas con discapacidad pueden tropezar con dificultades para casarse y para fundar una familia, los Estados deben promover el establecimiento de servicios de orientación apropiados. Las personas con discapacidad deben tener el mismo acceso que las demás a los métodos de planificación de la familia, así como a información accesible sobre el funcionamiento sexual de su cuerpo.

Los Estados deben promover medidas encaminadas a modificar las actitudes negativas ante el matrimonio, la sexualidad y la paternidad o maternidad de las personas con discapacidad, en especial de las jóvenes y las mujeres con discapacidad, que aún siguen prevaleciendo en la sociedad. Se debe exhortar a los medios de información a que desempeñen un papel importante en la eliminación de las mencionadas actitudes negativas.

Las personas con discapacidad y sus familias necesitan estar plenamente informadas acerca de las precauciones que se deben tomar contra el abuso sexual y otras formas de maltrato. Las personas con discapacidad son particularmente vulnerables al maltrato en la familia, en la comunidad o en las instituciones y necesitan que se les eduque sobre la manera de evitarlo para que puedan reconocer cuándo han sido víctimas de él y notificar dichos casos.

En México, la Ley General para la Inclusión de las Personas con Discapacidad, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 30 de mayo de 2011; dispone en el Artículo 7, que *las personas con discapacidad tienen derecho a gozar del nivel más alto nivel posible de salud, rehabilitación y habitación* puntualizando en la fracción X la necesidad de crear programas de orientación, educación y rehabilitación sexual y reproductiva para las personas con discapacidad y sus familias.

La Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, ratificada por México el 17 de diciembre de 2007, contempla en el Artículo 25 referente al Derecho a la Salud, que las Personas con Discapacidad tienen derecho a gozar del más alto nivel posible de salud sin discriminación por motivo de discapacidad; y señala que los Estados parte: *proporcionarán a las personas con discapacidad programas y atención de la salud gratuitos o a precios asequibles de la misma variedad y calidad que a las demás personas, incluso en el ámbito de la salud sexual y reproductiva, y programas de salud pública dirigidos a la población* (CONAPRED, 2007, P.26-27).

Además de estos tres documentos que en forma específica hacen referencia al derecho a la sexualidad de las Personas con discapacidad, existen en nuestro país otras leyes que sustentan la obligatoriedad de la educación, orientación y atención a la sexualidad de este grupo de población. Por el interés que revisten en el propósito de este texto enunciaremos lo contenido en la Ley General de Educación y en la Ley General de Salud y enlistaremos para el lector interesado otros documentos:

La Ley General de Educación (DOF, 28-01-2011) contempla lo siguiente:

Artículo 7o.- La educación que impartan el Estado, sus organismos descentralizados y los particulares con autorización o con reconocimiento de validez oficial de estudios tendrá, además de los fines establecidos en el segundo párrafo del artículo 3o. De la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, los siguientes:

I.- Contribuir al desarrollo integral del individuo, para que ejerza plena y responsablemente sus capacidades humanas;

VI.- Promover el valor de la justicia, de la observancia de la Ley y de la igualdad de los individuos ante ésta, propiciar la cultura de la legalidad, de la paz y la no violencia en cualquier tipo de sus manifestaciones, así como el conocimiento de los Derechos Humanos y el respeto a los mismos;

X.- Desarrollar actitudes solidarias en los individuos y crear conciencia sobre la preservación de la salud, el ejercicio responsable de la sexualidad, la planeación familiar y la paternidad responsable, sin menoscabo de la libertad y del respeto absoluto a la dignidad humana, así como propiciar el rechazo a los vicios y adicciones, fomentando el conocimiento de sus causas, riesgos y consecuencias;

XV.- Difundir los derechos y deberes de niños, niñas y adolescentes y las formas de protección con que cuentan para ejercitarlos (*Fracción adicionada DOF 17-04-2009*).

XVI.- *Realizar acciones educativas y preventivas* a fin de evitar que se comenten ilícitos en contra de menores de dieciocho años de edad o de personas que no tenga la capacidad de comprender el significado del hecho o para resistirlo

De igual forma refiere:

Artículo 41.- La educación especial está destinada a personas con discapacidad, transitoria o definitiva, así como a aquellas con aptitudes sobresalientes. Atenderá a los educandos de manera adecuada a sus propias condiciones, con equidad social incluyente y con perspectiva de género.

Tratándose de menores de edad con discapacidad, esta educación propiciará su integración a los planteles de educación básica regular, mediante la aplicación de métodos, técnicas y materiales específicos. Para quienes no logren esa integración, esta educación procurará la satisfacción de necesidades básicas de aprendizaje para la autónoma convivencia social y productiva, para lo cual se elaborarán programas y materiales de apoyo didácticos necesarios.

Artículo 42.- En la impartición de educación para menores de edad se tomarán medidas que aseguren al educando la protección y el cuidado necesarios para preservar su integridad física, psicológica y social sobre la base del respeto a su dignidad, y que la aplicación de la disciplina escolar sea compatible con su edad.

En caso de que las y los educadores así como las autoridades educativas, tengan conocimiento de la comisión de algún delito en agravio de las y los educandos, lo harán del conocimiento inmediato de la autoridad correspondiente (Párrafo adicionado DOF 19-08-2010).

Puede observarse que la educación de la sexualidad es un tema implicado puntualmente en la atención a los infantes y adolescentes, con o sin discapacidad, que forman parte del sistema educativo nacional.

En relación a la *Ley General de Salud (DOF, 2010, p. 4-55)*, se expone en relación a la atención a la sexualidad y la discapacidad:

Artículo 6. - El sistema nacional de salud tiene los siguientes objetivos:

- I. Proporcionar servicios de salud a toda la población y mejorar la calidad de los mismos, atendiendo a los problemas sanitarios prioritarios y a los factores que condicionen y causen daños a la salud, con especial interés en las acciones preventivas;
- II. Colaborar al bienestar social de la población mediante servicios de asistencia social, principalmente a menores en estado de abandono, ancianos desamparados y minusválidos, para fomentar su bienestar y propiciar su incorporación a una vida equilibrada en lo económico y social;
- III. Dar impulso al desarrollo de la familia y de la comunidad, así como a la integración social y al crecimiento físico y mental de la niñez;

Artículo 66. - En materia de higiene escolar, corresponde a las autoridades sanitarias establecer las normas oficiales mexicanas para proteger la salud del educando y de la comunidad escolar. Las autoridades educativas y sanitarias se coordinarán para la aplicación de las mismas.

La prestación de servicios de salud a los escolares se efectuará de conformidad con las bases de coordinación que se establezcan entre las autoridades sanitarias y educativas competentes.

Artículo 67. - La planificación familiar tiene carácter prioritario. En sus actividades se debe incluir la información y orientación educativa para los adolescentes y jóvenes. Asimismo, para disminuir el riesgo reproductivo, se debe informar a la mujer y al hombre sobre la inconveniencia del embarazo antes de los 20 años o bien después de los 35, así como la conveniencia de espaciar los embarazos y reducir su número; todo ello, mediante una correcta información anticonceptiva, la cual debe ser oportuna, eficaz y completa a la pareja.

Los servicios que se presten en la materia constituyen un medio para el ejercicio del derecho de toda persona a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y espaciamiento de los hijos, con pleno respeto a su dignidad.

Quienes practiquen esterilización sin la voluntad del paciente o ejerzan presión para que éste la admita serán sancionados conforme a las disposiciones de esta Ley, independientemente de la responsabilidad penal en que incurran.

Artículo 68.- Los servicios de planificación familiar comprenden:

- I. La promoción del desarrollo de programas de comunicación educativa en materia de servicios de planificación familiar y educación sexual, con base en los contenidos y estrategias que establezca el Consejo Nacional de Población;
- II. La atención y vigilancia de los aceptantes y usuarios de servicios de planificación familiar;
- III. La asesoría para la prestación de servicios de planificación familiar a cargo de los sectores público, social y privado y la supervisión y evaluación en su ejecución, de acuerdo con las políticas establecidas por el Consejo Nacional de Población.
- IV. El apoyo y fomento de la investigación en materia de anticoncepción, infertilidad humana, planificación familiar y biología de la reproducción humana;

Artículo 71.- La Secretaría de Salud prestará, a través del Consejo Nacional de Población, el asesoramiento que para la elaboración de programas educativos en materia de planificación familiar y educación sexual le requiera el sistema educativo nacional.

Artículo 77 bis 37.- Los beneficiarios del Sistema de Protección Social en Salud tendrán además [...], los siguientes derechos:

- I. Recibir servicios integrales de salud;
- II. Acceso igualitario a la atención;
- III. Trato digno, respetuoso y atención de calidad;
- V. Recibir información suficiente, clara, oportuna y veraz, así como la orientación que sea necesaria respecto de la atención de su salud y sobre los riesgos y alternativas de los procedimientos diagnósticos, terapéuticos y quirúrgicos que se le indiquen o apliquen;
- XV. Presentar quejas ante los Regímenes Estatales de Protección Social en Salud o ante los servicios estatales de salud, por la falta o inadecuada prestación de servicios establecidos en este Título, así como recibir información acerca de los procedimientos, plazos y formas en que se atenderán las quejas y consultas, y
- XVI. Ser atendido cuando se inconforme por la atención médica recibida.

Artículo 112.- La educación para la salud tiene por objeto:

I. Fomentar en la población el desarrollo de actitudes y conductas que le permitan participar en la prevención de enfermedades individuales, colectivas y accidentes, y protegerse de los riesgos que pongan en peligro su salud;

III. Orientar y capacitar a la población preferentemente en materia de nutrición, salud mental, salud bucal, *educación sexual*, planificación familiar, cuidados paliativos, riesgos de automedicación, prevención de farmacodependencia, salud ocupacional, salud visual, salud auditiva, uso adecuado de los servicios de salud, prevención de accidentes, prevención y rehabilitación de la invalidez y detección oportuna de enfermedades.

Artículo 113.- La Secretaría de Salud, en coordinación con la Secretaría de Educación Pública y los gobiernos de las entidades federativas, y con la colaboración de las dependencias y entidades del sector salud, formulará, propondrá y desarrollará programas de educación para la salud, procurando optimizar los recursos y alcanzar una cobertura total de la población.

Artículo 174.- La atención en materia de prevención de *invalidez* y rehabilitación de inválidos comprende:

I. La investigación de las causas de la *invalidez* y de los factores que la condicionan;

II. La promoción de la participación de la comunidad en la prevención y control de las causas y factores condicionantes de la invalidez;

III. La identificación temprana y la atención oportuna de procesos físicos, mentales y sociales que puedan causar *invalidez*;

IV. La orientación educativa en materia de rehabilitación a la colectividad en general, y en particular a las familias que cuenten con algún inválido, promoviendo al efecto la solidaridad social;

V. La *atención integral* de los *inválidos*, incluyendo la adaptación de las prótesis, órtesis y ayudas funcionales que requieran;

Aún cuando en esta Ley no se relaciona en forma directa y explícita a la atención a la sexualidad con la atención a la discapacidad, existen elementos suficientes para demandar conforme a derecho el cumplimiento de la misma en lo que corresponde a la atención a la salud sexual y reproductiva de las personas con discapacidad.

Es necesario que se hagan recomendaciones para la modificación de términos que en este momento histórico resultan ya valorativos al referirse a las personas con discapacidad como “inválidos” o “minusválidos” en razón no sólo de la existencia de la Convención por los Derechos de las Personas con Discapacidad, sino también de

la Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud, instrumento de uso primordial en el sector salud.

Como se mencionó previamente, existen otros documentos normativos que en nuestro país hacen referencia a la obligatoriedad de atender las necesidades en materia de salud sexual y reproductiva de las Personas con Discapacidad, los que se enlistan a continuación para conocimiento del lector:

- Ley Federal para Prevenir y Eliminar la Discriminación (DOF, 2003)
- Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia (DOF, 2007)
- Norma Oficial Mexicana para la Atención Integral a Personas con Discapacidad (NOM-173-SSA1-1998)
- Norma Oficial Mexicana para el Fomento de la Salud Escolar (NOM-009-SSA2-1993)
- Norma Oficial Mexicana para la Prestación de Servicios de Asistencia Social para Menores y Adultos Mayores (NOM-167-SSA1-1997)
- Norma Oficial Mexicana de los Servicios de Planificación Familiar (NOM-005-SSA2-1993)
- Modelo de Atención de los Servicios de Educación Especial: Marco Normativo (SEP, 2009)

### ***¿Quiénes son personas con discapacidad?***

En general, las definiciones de discapacidad utilizadas en documentos oficiales y legales se refieren a las Normas Uniformes sobre la Igualdad de Oportunidades para las Personas con Discapacidad y el Programa de Acción Mundial para los Impedidos (ONU, 1993).

La Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF), plantea modificar el enfoque tradicional de la discapacidad mediante la integración de los modelos médico y social (OMS, 2001). Los documentos oficiales incluyen las siguientes definiciones que pueden considerarse como las más representativas (Hernández, 2004, p.303):

*Discapacidad. Limitación o ausencia de la capacidad para realizar una actividad dentro del margen que se considera normal para un ser humano, como consecuencia de una deficiencia física o mental (INEGI, 2000).*

*Discapacidad. Ausencia, restricción o pérdida de la habilidad, para desarrollar una actividad en la forma o dentro del margen considerado como normal para un ser humano (SSA, 1998).*

*Persona con Discapacidad. Toda persona que presenta una deficiencia física, mental o sensorial, ya sea de naturaleza permanente o temporal, que limita la*

*capacidad de ejercer una o más actividades esenciales de la vida diaria, que puede ser causada o agravada por el entorno económico y social (DOF, 2005).*

Un análisis de 13 definiciones contenidas en diversos documentos oficiales permitió identificar algunos patrones. El uso recurrente de palabras como “padece”, “sufre” o “vive” implica que se concibe a las personas con discapacidad como personas enfermas o confinadas a un mal permanente. También es frecuente el uso del término “normal”, el cual implica que cualquier asunto o actividad relacionada con la discapacidad es anormal. Este tipo de terminología impide considerar la discapacidad como una simple condición de vida.

La mayoría de las definiciones intentan apegarse a los modelos establecidos a nivel internacional. Para los fines de este documento, retomaremos la definición de Personas con Discapacidad propuesta por la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y las definiciones de la CIF que tienen relación con este término:

Personas con Discapacidad: *Incluyen a aquellas que tengan deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales de largo plazo que, al interactuar con diversas barreras, puedan impedir su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con los demás (CONAPRED, 2007, p.12).*

Para tener una idea más clara respecto a este concepto, revisaremos las definiciones propuestas por la CIF (OMS, 2001, p. 227-228):

Deficiencia: Es la anormalidad o pérdida de una estructura corporal o de una función fisiológica. Las funciones fisiológicas incluyen las funciones mentales. Con “anormalidad” se hace referencia, estrictamente, a una desviación significativa respecto a la norma estadística establecida (ej. La desviación respecto a la media de la población obtenida a partir de normas de evaluación estandarizadas) y sólo debe usarse en este sentido.

*Es importante puntualizar que este aspecto está definido por el órgano o función perdida o ausente, que en general es bastante precisa, definida y medible y de ninguna forma define a la persona que la presenta.*

De largo plazo: Periodo convencional mayor de cinco años (dentro del tiempo comprendido en un ciclo anual se consideran a corto plazo, antes de cinco años a mediano plazo), que puede considerarse como el periodo crítico para el logro de los objetivos de atención a la deficiencia y en consecuencia la restricción de la discapacidad (Torices, I., comunicación personal, 7 de febrero de 2011).

Discapacidad: es un término genérico que incluye déficits, limitaciones en la actividad y restricciones en la participación. Indica los aspectos negativos de la interacción entre un individuo (con una “condición de salud”) y sus factores contextuales (factores ambientales y personales).

*Nuevamente, este término define una condición que forma parte de la vida de la persona, más no define a la persona en sí.*

Barreras: son todos aquellos factores en el entorno de una persona que, cuando están presentes o ausentes, limitan el funcionamiento y generan discapacidad. Entre ellos se incluyen aspectos tales como que el ambiente físico sea inaccesible, falta de tecnología asistencial adecuada, actitudes negativas de la población respecto a la discapacidad, y también los servicios, sistemas y políticas que bien, no existen o dificultan la participación de las personas con una condición de salud en todas las áreas de la vida.

Restricciones en la participación: son los problemas que puede experimentar un individuo para implicarse en situaciones vitales. La presencia de una restricción en la participación viene determinada por la comparación de la participación de esa persona con la participación esperable de una persona sin discapacidad en esa cultura o sociedad.

Debido a que el concepto de minusvalía era motivo de discusión en diversos foros y entre grupos de expertos y de personas con discapacidad, por su uso indiscriminado como sinónimo del de deficiencia o el de discapacidad, aun cuando es parte de las Normas Uniformes sobre la Igualdad de Oportunidades para las Personas con Discapacidad (ONU, 1993, p. 7), no es considerado ya en los documentos que de forma específica hacen referencia a Personas con Discapacidad. Con la intención de hacerlo del conocimiento del lector y promover una lectura crítica de este y otros conceptos, haremos referencia al mismo:

*Minusvalía*: Es un concepto amplio, se define en función de la relación de la persona con su entorno y habla de una situación desventajosa para un individuo determinado, es consecuencia de un déficit (deficiencia) o de una discapacidad que limita o impide el desempeño del rol que es “normal” en su caso, de acuerdo no sólo a su edad y género, sino también, a factores psicológicos, sociales y culturales.

*El concepto de minusvalía definía cómo el déficit (deficiencia) afectaba la forma de vida de la persona pero no definía a la persona en sí.*

Para alcanzar una comprensión más completa sobre lo que se entendía por *minusvalía*, debíamos tener en mente cuatro puntos importantes:

- 1) Existencia de alguna dificultad orgánica, psicológica o culturalmente inducida en comparación con la población general.
- 2) Esa dificultad conducía a algunas limitaciones de la función que afectaban hasta las actividades más ordinarias comparando a la persona con algún déficit (deficiencia) o discapacidad con otras semejantes en edad, sexo, etcétera.
- 3) Era posible la afección del desarrollo psicológico del individuo, especialmente su “auto imagen”, la visión de sí mismo como una persona competente que



podía desempeñar funciones de liderazgo o poseer alguna otra característica sobresaliente.

- 4) Todo lo anterior podía ser inducido por la actitud de la sociedad y por la perspectiva de la mayoría de las personas en contacto con la persona con discapacidad; (*¿le tienen lástima?, ¿les genera ansiedad o rechazo?, ¿aceptan el déficit, la discapacidad o la minusvalía tal como es?*)

En virtud de lo anteriormente expuesto, al inicio de la segunda década del siglo XXI, quienes realizamos acciones de atención a la discapacidad, no podemos seguir usando términos como “discapacitado”, “minusválido”, “persona especial”, “persona con capacidades diferentes”, “anormales”. Por respeto a nuestra profesión y a este grupo de población debemos usar el término Personas con Discapacidad.

### ***Bases para la orientación, educación y consejería en sexualidad a menores con discapacidad***

Alrededor de quien pertenece a un grupo “minoritario”, la sociedad suele elaborar numerosos mitos, los cuales están basados en el desconocimiento y la falta de información objetiva, o en historias fantásticas que no coinciden con los hechos reales. Los mitos estigmatizan al sujeto y a la conducta a que se refieren; los mitos en torno a la sexualidad de las personas con discapacidad son capaces de mermar drástica e innecesariamente su expresividad sexual, tendiendo a contaminar su identidad y sus relaciones sociales.

Una persona con discapacidad parece perder su identidad social porque la sociedad cambia sus expectativas normativas, así como su identidad real, ya que tendrá que cambiar su comportamiento si quiere participar en la vida social.

Los cambios en las expectativas de la sociedad, forman la base de los estereotipos es decir, las creencias populares asociadas a un mito.

En torno a la sexualidad de las personas con discapacidad, existen varios estereotipos que pueden mermar drásticamente la expresión de su sexualidad.

- 1) Que las personas con discapacidad son asexuales.
- 2) Que son como niños, dependen de los demás y necesitan protección.
- 3) Que su discapacidad genera discapacidad en su entorno.
- 4) Que deben hacer su vida y unirse en pareja con personas como ellos.
- 5) Que los padres de personas con discapacidad no desean darles educación de la sexualidad.
- 6) Que la relación sexual que culmina con el orgasmo es esencial para el goce sexual.
- 7) Que si una persona con discapacidad presenta una disfunción sexual, casi siempre se debe a su condición de discapacidad.

- 8) Que si una persona sin discapacidad tiene actividades sexuales con una persona con discapacidad (hombre o mujer), es porque no puede atraer a individuos "normales" (Masters, Johnson y Kolodny, 1987, p. 588).

Estas creencias demuestran lo incómoda que se siente nuestra sociedad ante la idea de considerar a las personas con discapacidad como individuos con intereses sexuales, ya que el común de la gente parece pensar que éstas deberían preocuparse por cuestiones más importantes en su vida y desentenderse de las necesidades sexuales.

El contacto físico, sin embargo, es vital para todos, y generalmente nos sentimos bien al tocar y ser tocados por otros. Desafortunadamente hay un tabú al "tocamiento" en nuestra sociedad. Frecuentemente el problema se complica por la pérdida de privacidad e intimidad, no sólo durante el cuidado institucional, sino también en el propio hogar.

Estando conscientes de estas dificultades, se deben desarrollar habilidades de ayuda. Las personas con discapacidad tienen el derecho de acceso al contacto social, emocional y sexual, como las personas sin discapacidad.

Ante la posibilidad de verse destruido por la represión o la negación de sus derechos, la persona con discapacidad necesita borrar u ocultar todos los signos que son sinónimos de deficiencia o desarrollar ciertas pautas de conducta con las cuales pueda interactuar socialmente y minimizar en lo posible las desventajas que le da su condición, aun a riesgo de perder, en parte, su identidad personal.

La pérdida de control de las funciones vitales del cuerpo es una experiencia tremendamente convulsionante. El reconocimiento del daño estructural aparece lentamente, y el impacto total sólo se manifiesta cuando la persona se ve súbitamente confrontada con su estado. En primer lugar, se produce un retorno necesario (en algunos casos) a una posición similar al estado infantil. Así, por ejemplo, un individuo puede haber dejado de tener control sobre sus esfínteres, por lo que se le hacen presentes las antiguas recriminaciones de esa primera etapa de la vida. Junto con la disfunción sexual, los trastornos del intestino y la vejiga representan una de las experiencias más alienantes a las que una persona con discapacidad tendrá que enfrentarse.

La alienación es una experiencia provocada por un descenso en la calidad de las relaciones que el individuo ha mantenido con otras personas u objetos.

El significado de vivir con discapacidad incluye el reconocimiento pavoroso de que los órganos y otras partes del cuerpo han dejado de ser precisos instrumentos obedientes que ponen en práctica las instrucciones de su propietario. Por el contrario, las partes afectadas se convierten en objetos extraños y alienados con existencia distinta; en realidad, con autonomía propia (Krueger, 1988).

Es difícil concebir una experiencia más alienante que negar a una persona la oportunidad de establecer y estimular contactos sexuales gratificantes. Desafortunadamente, la sociedad ha tardado en reconocer esta necesidad compartida por personas de todas edades y condiciones. Hay que superar numerosos obstáculos, pero la pregunta es muy sencilla: ¿por qué las personas con discapacidad no han de tener el mismo acceso a la expresión sexual que disfruta la comunidad más amplia?

Dando por sentado que los participantes en la actividad sexual la encuentren mutuamente agradable y satisfactoria, las opciones y soluciones para alcanzar una relación sexual llena de significado son muy amplias y variadas. Sin embargo, las personas con discapacidad en la sociedad han de afrontar una difícil tarea, que supone un reto para lograr relaciones sociales satisfactorias de larga duración. El hecho es que quienes viven sin discapacidad evitan las interacciones directas con los que portan una deficiencia, y ello por efecto de la turbación, la ansiedad, los miedos irracionales y la incomodidad emocional que suponen para las personas sin deficiencias. De esta forma, quienes no presentan deficiencias evidentes, contribuyen a estigmatizar y aislar a los que las tienen. Esta postura distanciadora y defensiva impide que se adquiera una actitud favorable para modificar las reacciones sociales hacia las personas con discapacidad.

La medicina moderna, las técnicas de rehabilitación cada vez más complejas, los avances tecnológicos, las nuevas políticas educativas y las reformas legislativas han comenzado a hacer más fácil el que las personas con discapacidad lleven una vida más completa. No obstante, la auténtica integración es aún un ideal. La base de la integración es *una sociedad que reconoce palpablemente su humanidad común con las personas con discapacidad* (Hale y col., 1980). Debemos luchar por colocar esta primera piedra de una sociedad mejor, empezando por reconocer y respetar sus derechos como seres sexuales.

### **Causas de deficiencia**

Podemos agrupar las causas de deficiencia más frecuentes en siete grandes grupos, es importante considerar que la presencia de una deficiencia no implica en forma necesaria una condición de discapacidad, remitiéndonos a la definición que de este término se presentó anteriormente:

- A. Congénitas: Ocurren durante la gestación, el nacimiento o siete días completos posteriores al parto sin componentes hereditarios.
- B. Hereditarias: Se transmiten genéticamente a la descendencia.
- C. Accidentales: Un nulo o mal manejo de estos en el periodo agudo, puede dar origen a discapacidad.
- D. Enfermedades diversas: Como consecuencia del mayor control de las enfermedades crónicas, mayor sobrevida a enfermedades degenerativas y al mal manejo de las enfermedades en su periodo agudo, se generan secuelas discapacitantes con mayor frecuencia que en el pasado.

- E. Quirúrgicas: Pueden ser permanentes o transitorias.
- F. Iatrogénicas: Iatrogenia y error, son términos con significado distinto, no son sinónimos. Iatrogenia es un daño producido por un procedimiento o prescripción que el profesional realiza o administra, con una indicación correcta, con un criterio justo; sin embargo produce molestias o enfermedad, de lo cual el profesional tiene conciencia y advierte a la persona y a su familia, para que puedan elegir el procedimiento o terapéutica propuestos con todas sus ventajas y riesgos (Cerecedo, 1997). La Iatrogenia puede derivarse de una intervención quirúrgica, farmacológica, terapéutica, educativa o de cualquier otro tipo.
- G. Desequilibrio social: La falta de aceptación y consecuente marginación de grupos específicos, puede favorecer el aumento de personas consideradas con discapacidad social.

### Áreas que afecta la deficiencia.

La persona ve afectadas en mayor o menor medida las tres esferas de su ser:

#### A) Física:

Se manifiestan en el cuerpo del individuo.

#### B) Mental:

Se afectan las funciones psíquicas (funciones mentales superiores y emocionales) del individuo.

#### C) Social:

Los factores ambientales, de organización familiar o comunitaria restringen el desarrollo del individuo

**SEXUALIDAD**

Considerando al ser humano como unidad biopsicosocial, aún cuando el impacto de la deficiencia se presente primordialmente en una sola de estas áreas, las otras se afectarán en algún grado, incluyendo la sexualidad de la persona.

Dentro de las entidades que más frecuentemente afectan el área física en la infancia y adolescencia y que pueden dar origen a una discapacidad, encontramos:

Sistema músculo-esquelético	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Amputación</li> <li>• Miopatía</li> </ul>
Sentido de la audición	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sordera</li> <li>• Hipoacusia</li> </ul>
Aparato fonador	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Labio y paladar hendido</li> </ul>

Sistema nervioso	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Poliomiелitis</li> <li>• Disfunción Motora de Origen Cerebral (Parálisis Cerebral)</li> <li>• Espina bífida y/o Mielomeningocele</li> <li>• Epilepsia</li> <li>• Lesión de plexos y nervios periféricos</li> </ul>
Sentido de la visión	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ceguera</li> <li>• Debilidad visual</li> <li>• Estrabismo</li> </ul>
Sistema cardiovascular	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cardiopatía congénita</li> <li>• Cardiopatía reumática</li> </ul>
Aparato respiratorio	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Asma bronquial</li> <li>• Tuberculosis pulmonar</li> <li>• Neumopatías</li> </ul>
Aparato genito-urinario	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vejiga Neurogénica</li> <li>• Discontrol del esfínter vesical</li> <li>• Estados intersexuales</li> </ul>
Aparato digestivo	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Intestino neurogénico</li> <li>• Discontrol del esfínter anal</li> </ul>
Sistema hematopoyético	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hemofilia</li> </ul>
Sistema tegumentario	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Quemaduras</li> <li>• Dermatitis</li> </ul>

Dentro de las entidades que más frecuentemente afectan el área mental del individuo y que pueden dar origen a una discapacidad en la infancia y adolescencia, encontramos:

- a. Déficit Intelectual y otros Trastornos del Desarrollo (autismo, por ejemplo).
- b. Disfunción orgánica cerebral.
- c. Enfermedades psiquiátricas (después de los 15 años de edad).

Dentro de las entidades que más frecuentemente afectan el área social del individuo y que pueden dar origen a una discapacidad en la infancia y adolescencia, encontramos:

- a. Mendicidad
- b. Delincuencia e infracción de la ley
- c. Orfandad
- d. Fármaco dependencia y drogadicción
- e. Vida en situación de calle

El grado de discapacidad se encuentra determinado por las dificultades en las áreas de auto cuidado, productividad y recreación (participación social). Puede estimarse que, de acuerdo a la independencia personal, para evaluar los efectos en el desarrollo y la participación, la discapacidad es:

- 1) Mínima: cuando la repercusión en la independencia personal limita parcialmente el auto cuidado (vestido, higiene, alimentación, traslación, etcétera).
- 2) Moderada: Cuando la repercusión en la independencia personal limita parcialmente el auto cuidado y su productividad (trabajo o desempeño escolar).
- 3) Severa: Cuando la reducción en la independencia personal es tan importante que lo hace dependiente en su auto cuidado, no es posible su productividad y se afecta la esfera recreativa.

### **Efecto de la discapacidad en la respuesta sexual humana**

Este puede ser de dos tipos dependiendo de las características propias de la discapacidad y de los tratamientos prescritos (SPOD, 1982):

- 1) Directo: Ocurre cuando el cerebro, médula espinal o nervios que transmiten información a los órganos sexuales pélvicos están afectados o también, cuando se ha producido daño directo a las estructuras de los órganos sexuales pélvicos (gónadas, vasos sanguíneos, etcétera). Dependiendo de la localización y extensión del daño, puede resultar en una modificación del comportamiento sexual, en la pérdida de sensibilidad en los órganos sexuales pélvicos; una disfunción sexual, una disminución en la eyaculación en los varones, en la sensibilidad pélvica y puede haber efectos en la fertilidad en ambos sexos.
- 2) Indirecto: Pueden incluirse todas las complicaciones o efectos colaterales de la discapacidad:
  - a. Dolor: Si es severo y persistente, puede afectar no sólo el desempeño sexual, sino también dificultar algunas posiciones.
  - b. Temor: Al daño físico, al desempeño, al rechazo de la pareja o, a que sucedan accidentes por el discontrol de esfínteres.
  - c. Baja autoestima: Por creer que se es diferente a los demás y que se tiene menos valor al tener alguna discapacidad.
  - d. Disminución del control corporal voluntario: Por espasmos musculares, parálisis, discontrol de esfínteres o epilepsia.
  - e. Actitudes de la familia y la pareja: De rechazo o sobreprotección.
  - f. Efectos medicamentosos: Algunos fármacos pueden causar alteraciones en el comportamiento relacionadas con la sexualidad (anti epilépticos, por ejemplo) o disfunciones sexuales secundarias y afectar la actividad o el desempeño sexual (alcohol, antihipertensivos, antiinflamatorios, antiespasmódicos, etcétera).

La severidad del efecto en la sexualidad del individuo, estará siempre en relación con el tipo de discapacidad y la severidad de ésta.

Estos efectos pueden minimizarse proporcionando orientación y educación de la sexualidad oportuna, de ser necesarias consejería y terapia sexual; iniciando la atención a la sexualidad a la par de cualquier otro proceso educativo y/o terapéutico.

Hay muchas causas posibles de disfunciones sexuales y hay que tenerlo en cuenta para no tener la idea equivocada de que la condición de discapacidad siempre origina problemas sexuales o que si éstos aparecen serán permanentes. La única forma de encontrar la causa de la disfunción sexual y las alternativas terapéuticas, es a través de una valoración clínica sexual, la cual debe incluir una exploración física, psicológica y social.

Para trabajar en la atención a la sexualidad de las personas con discapacidad, tendríamos que considerar lo siguiente (Masters, et al., 1987):

- 1) Un pene erecto no hace sólida una relación, como tampoco una vagina húmeda.
- 2) La incontinencia urinaria no significa incompetencia en la actividad sexual.
- 3) La ausencia de sensaciones no significa ausencia de sentimientos.
- 4) La imposibilidad de moverse no representa imposibilidad de sentir placer.
- 5) La presencia de deformidades no significa ausencia de deseo.
- 6) La dificultad para realizar el coito no significa dificultad para disfrutar la sexualidad.
- 7) La presencia de disfunciones sexuales no es la pérdida de la sexualidad.

Nadie puede decir si se es demasiado joven, viejo o si se está demasiado enfermo para preocuparse por la sexualidad. El entendimiento creciente del sistema inmunológico indica que las demostraciones de amor y de afecto a través de tocamientos y acercamientos físicos, son un componente importante para la salud física y emocional. El camino de la atención a la sexualidad no siempre es sencillo y agradable, pero con paciencia y perseverancia en la exploración de diversas opciones terapéuticas, se puede conseguir y/o recuperar el goce sexual.

A medida que cambien nuestras actitudes hacia las personas con discapacidad y se acepte la sexualidad como un aspecto que enriquece la vida de todos los individuos, quizá asistamos un día a la desaparición de todos los mitos y prejuicios, que cedan el paso a un criterio más tolerante, más franco y mejor documentado del que existe en la actualidad.

## ***La atención a la sexualidad de infantes y adolescentes con discapacidad***

Las etapas del desarrollo de la sexualidad son casi universales. Sin embargo, el momento en que estas ocurren puede variar, particularmente en un menor con discapacidad, aun cuando la secuencia de eventos sea básicamente la misma. En algunas discapacidades puede haber variables específicas que pueden ayudarnos a predecir alteraciones en el desarrollo de la sexualidad del menor. Algunas de estas alteraciones requieren de la intervención directa y específica por parte de los padres u otros cuidadores.

Para tener una comprensión más clara de los efectos de la discapacidad en la infancia y adolescencia, elegimos recuperar la definición de discapacidad propuesta por Bowley y Gardner (1984, p.13): *Discapacidad es la interferencia u obstrucción en el crecimiento, desarrollo o progreso educacional “normales”, o bien, en los tres factores al mismo tiempo. Un menor con discapacidad no puede hacer ciertas cosas con métodos ordinarios o en el tiempo habitual disponible.*

### ***Lactantes***

En la infancia los niños experimentan sus primeras interacciones con otros individuos. Esto sienta las bases de la percepción del niño en todas sus interacciones futuras. El tacto es un factor que de manera muy importante genera la sensación de seguridad y vinculación afectiva en el niño. El intercambio de miradas, particularmente con la madre, ha sido descrito como una de las formas primarias de vinculación entre la madre y el niño.

Para un niño que nace con una deficiencia visual severa, el tacto y la estimulación por otros medios pueden sustituir el intercambio de miradas y generar esta vinculación. Abrazar y mecer al bebe han sido descritas, no solo como experiencias nutricias, juegan también un papel importante en el desarrollo de la sexualidad. El niño aprende a disfrutar esta actividad.

Durante la alimentación, los infantes reciben múltiples estímulos sensoriales. Están empezando a aprender mucho más acerca del mundo y sus interacciones. Se cree que las bases de la interacción social se crean en los seis primeros meses. Estas interacciones positivas con la madre o cuidador/a contribuyen en el desarrollo de la confianza en los otros y en un desarrollo social y sexual saludable.

La dificultad para abrazar y sostener al niño, aun si se debe a una respuesta emocional o física del niño limitada por su discapacidad, que puede originarse por el incremento del tono muscular u otras dificultades, pueden afectar el concepto de sí mismo y llevar a alteraciones en la percepción táctil del niño. De la misma forma, la separación de los padres por largos periodos de tiempo por procesos de hospitalización u otras razones, pueden generar en el niño sentimientos de confusión. Adicionalmente, algunos niños pueden presentar dificultades en la



succión y deglución, lo cual puede propiciar situaciones de estrés contrapuestas al placer que en esta etapa de la vida se considera “debería” proveer la alimentación.

### **Maternales**

Entre los dos y los cuatro años, la mayoría de los niños aprenden su identidad de género: el hecho de ser niñas o niños. El niño en esta etapa también está empezando a aprender su rol de género, las cosas que hace o dice son indicadores de su femineidad o masculinidad. Muchas experiencias de la infancia contribuirán a la construcción del significado que tiene ser niño o niña. Estas experiencias pueden alterarse en un menor con discapacidad. De manera adicional, las demandas hacia los padres respecto a la atención, cuidado y satisfacción de necesidades del menor con discapacidad, hacen prácticamente imposible enfocarse en la enseñanza de habilidades sociales y sexuales. Los padres son los primeros maestros y quienes sirven de modelo en el desarrollo de la sexualidad del niño.

Al igual que aprenden las diferencias entre niñas y niños durante esta etapa, los niños están aprendiendo los nombres de las partes de su cuerpo. Es indispensable incluir los nombres “propios” de todas las partes del cuerpo, incluyendo los de los órganos sexuales.

El niño está aprendiendo también sobre los límites y las reglas impuestas por las expectativas sociales. Conforme aumentan sus habilidades cognitivas y de lenguaje, se desarrollan sus habilidades de comunicación. El aprendizaje de las palabras apropiadas para expresarse acerca de la propia sexualidad contribuye de manera importante en la prevención del abuso y la explotación sexual. Conforme aumentan sus conocimientos, el niño puede reconocer comportamientos inapropiados y es capaz de “describirlos” a los adultos de confianza.

Tradicionalmente, los niños adquieren control de la micción y la defecación en esta etapa. Para algunos niños, esto nunca será posible. Otros niños, no obstante, serán capaces de aprender alguna forma de mantener la continencia o ayudar a mantener sus ropas limpias.

En los niños que son sometidos a exámenes físicos frecuentes o a terapia rehabilitatoria, algunos tocamientos pueden ser descritos como intrusivos, auscultatorios, y en ocasiones incómodos. Con esto puede generarse la concepción de que el propio cuerpo es generador de dolor y asociarse fácilmente con experiencias displacenteras.

### **Preescolares**

Durante el periodo preescolar, los niños siguen aprendiendo sobre su rol sexual y, al mismo tiempo, el ingreso a la escuela les permite tener una idea representativa de las expectativas sobre ser hombre o ser mujer. Los niños en esta etapa, hacen manifiesto un mayor interés en la sexualidad, y su identificación como hombres o

mujeres se fortalece. El aislamiento social puede resultar un problema. Los niños con deficiencias evidentes son frecuentemente rechazados como compañeros de juego y sustituidos por pares “saludables”. Un problema frecuente es el no tener un modelo de adulto con discapacidad que ofrezca un estándar de comparación favorable.

La privacidad puede resultar un problema para el preescolar con discapacidad. Pueden necesitar mayor supervisión de sus cuidadores y, considerando que los niños con frecuencia aprenden de la interacción física espontánea, esta forma de aprendizaje se ve limitada. La pérdida de privacidad puede afectar la percepción del niño sobre su propio cuerpo y los límites en relación al tocamiento. Un niño con discapacidad física por ejemplo, con frecuencia es tocado por muchas personas para diversos procedimientos o cuidado médico. Este tocamiento, por supuesto, es muy diferente del que recibe al ser abrazado. Los niños pueden ser desnudados parcial o totalmente con el propósito de ser examinados físicamente o atendidos en diferentes espacios y por diferentes personas. Para el niño es muy confuso ser tocado por tantos extraños, y esto puede ocasionar un aprendizaje erróneo acerca de los momentos en que la desnudez y los tocamientos públicos o privados son apropiados.

La autoexploración de los órganos sexuales es una actividad común del preescolar. Tanto los niños como las niñas tienden a hacerlo después de que han desarrollado la coordinación física para ello. Para los niños con discapacidad, no solo la pérdida de privacidad es un impedimento en este aspecto, algunos niños pueden no ser capaces de alcanzar sus órganos sexuales externos, y otros pueden tener disminuida la sensibilidad pélvica. Los niños aprenden en forma espontánea e inocente, pero los niños con discapacidad frecuentemente tienen menos oportunidad de esta forma de aprendizaje. Los niños deben ser advertidos respecto a que la auto estimulación no debe realizarse en espacios públicos.

La exploración del propio cuerpo -de todo el cuerpo- es importante en el aprendizaje preliminar de la autoimagen sexual y para la identificación de estímulos sexuales efectivos en la actividad futura como adulto.

### ***Etapas escolares primarias***

Los niños en etapas escolares cambian su atención de ellos mismos al mundo exterior. Los niños empiezan a mirar a sus pares en busca de apoyo, interacción e información. Desarrollan mayores habilidades sociales y comparan ideas, incluyendo aquellas relacionadas con la sexualidad. Los niños con discapacidad pueden tener oportunidades limitadas debido al aislamiento social. Los niños ciegos son privados del aprendizaje de las señales no verbales que utilizan las personas al comunicarse. El niño puede externar inadvertidamente señales no verbales que pueden no significar lo que quiere decir y que pueden resultar ofensivas para quienes lo observan. De forma similar, los niños sordos pueden tener dificultades al comunicarse con otros niños de su edad. Debido a que los niños ciegos y sordos

tienen oportunidades limitadas para comparar sus ideas con sus pares y en consecuencia tienden al aislamiento social, requieren asistencia especial para maximizar su comunicación, particularmente con otros niños. Los niños con discapacidades físicas también pueden ser aislados socialmente, ya sea debido a dificultades en la movilidad y habilidades sociales o por la sobreprotección de los miembros de la familia y otros proveedores de cuidados.

Incorporar a los niños en actividades recreativas y sociales como el deporte, la música, y otras actividades puede ayudarlos a solventar estos obstáculos. Los niños a esta edad están aprendiendo los roles culturales por su género. Este es un tiempo común para el niño para desarrollar su aproximación inicial al mundo de los adultos. Es también un tiempo importante para el niño para darse cuenta de que puede sentir afecto por alguien fuera de su familia y que pueden encontrar el mismo afecto hacia su persona en más de un sitio.

La falta de información sobre sexualidad incluye la relacionada con los cambios físicos de la pubertad. Los padres y docentes deben enseñar a los niños acerca de estos cambios antes de que ocurran. Enseñar sobre los cambios corporales, incluyendo la menarca y las emisiones nocturnas, es muy importante. Es también importante que el niño siga reforzando los aprendizajes previos relacionados con la diferencia entre lo que se considera apropiado en relación a lo público y lo privado.

Los niños con un enorme aislamiento social pueden necesitar más información que otros niños debido a que tienen menos oportunidades de aprendizaje espontáneo, tanto en la observación de otros como en la interacción entre pares.

### ***Pubertad y Adolescencia***

La adolescencia es un periodo turbulento para cualquier joven. Los cuerpos cambian durante la pubertad y aparecen los caracteres sexuales secundarios. Las chicas empiezan a menstruar generalmente alrededor de los 10-13 años de edad. El énfasis cultural en los cuerpos perfectos ha sido aprendido por casi todos los niños hasta este momento. Esto genera un nivel importante de estrés en cualquier adolescente y se magnifica en quien presenta una discapacidad. Verse o moverse diferente que cualquiera de los pares es un problema que se exagera en la adolescencia.

Algunos adolescentes pueden desarrollar la pubertad en forma temprana o tardía. Las variaciones del nivel de desarrollo físico de los pares también puede aumentar el estrés del adolescente. Los adolescentes con una discapacidad física pueden desarrollar una imagen corporal que con frecuencia incluye una silla de ruedas, suspensores, o muletas. Con los rápidos cambios observados en esta etapa de desarrollo, el adolescente debe encontrar un balance entre los aspectos positivos y negativos del cuerpo y sentirse cómodo con ellos. El balance puede ser más difícil para el adolescente con discapacidad física.

Los estudios sobre adolescentes con discapacidades físicas evidentes han reportado que se ven a sí mismos como carentes de atractivo romántico y tienen una pobre imagen corporal en comparación con otros. Los adolescentes con discapacidad física, subconscientemente pueden preguntarse si sus cuerpos “defectuosos” serán capaces de funcionar sexualmente. Los adolescentes con discapacidades que son menos aparentes, que no se sienten enfermos pero requieren hospitalizaciones periódicas o cuidado médico, pueden negar su discapacidad en su deseo de ser “normales”. Adicionalmente, sin una discapacidad evidente, no reciben la simpatía del público que alguien con una deficiencia visible puede obtener.

La adolescencia es un tiempo de transición hacia la independencia. Esto se vuelve más difícil en quienes son dependientes de sus padres por el cuidado que requieren. La falta de experiencia en el auto cuidado y la sobreprotección agravan este problema. Para minimizarlo, es útil que desde niños participen en su auto cuidado dentro de sus habilidades tan pronto como sea posible y que gradualmente se incremente su participación conforme mejoran sus habilidades físicas, cognitivas y sociales; esta es una estrategia que puede ayudar a minimizar la rebeldía, que puede generar serios problemas físicos y emocionales durante la adolescencia.

Uno de los problemas con los adolescentes que intentan ganar independencia es la experimentación y el ensayo y error como comportamientos comunes para conseguirla. Estas formas comunes de aprendizaje significativo y toma de decisiones pueden verse limitadas en el adolescente con discapacidad.

Tener una discapacidad física o enfermedad crónica también puede condicionar una regresión en el desarrollo personal. Los niños que crecen siendo dependientes en sus actividades y en su cuidado diario pueden aprender un patrón de “incompetencia aprendida” que puede hacerlos demasiado demandantes pudiendo hacer que la independencia se alcance con mayor dificultad una vez llegada la adolescencia.

La independencia de los padres no solo es emocional sino también económica. Para los adolescentes que tienen oportunidades mínimas de desarrollar habilidades laborales y que tienen gastos médicos potencialmente significativos, el aspecto financiero es una dificultad agregada. Este es un momento muy útil para contar con un “rol modelo” de un adulto con discapacidad. Aun cuando el rol modelo no siempre está disponible en persona, de inicio, puede encontrarse en los medios de comunicación masiva.

Las habilidades de comunicación se incrementan y revisten crucial importancia para la socialización. Las oportunidades de socialización durante la adolescencia son importantes en el ensayo de los roles de género adultos. Los adolescentes intentan diversas interacciones para incrementar sus destrezas amistosas, de intimidad, y sus ideas acerca de ellos mismos. Estos ensayos les ayudan a desarrollar un

sistema de valores, incluyendo aquellos relacionados con su comportamiento sexual; y contribuyen al desarrollo de su identidad sexual.

El comportamiento sexual en este momento es completamente experimental y esporádico. Alrededor de la pubertad muchos adolescentes interactúan con otros externando su curiosidad en la manipulación y exploración genital. Esto puede darse entre personas del mismo o de distinto sexo. Es una demostración de curiosidad extremadamente común, particularmente en los varones.

Analizando la actividad social y sexual y el conocimiento en adolescentes con discapacidad comparados con otros, varias tendencias son evidentes. Los resultados varían y son más positivos en estudios recientes que en los realizados hace diez o más años. Sin embargo, los adolescentes y adultos jóvenes con discapacidad física que no han tenido citas son más en número que el resto de la población adolescente, y aquellos que las han tenido las tienen con menos frecuencia.

Adicionalmente, el porcentaje de adolescentes con discapacidad y adultos jóvenes que no han tenido actividad sexual es mucho más alto, y muchos de los que son activos sexualmente no utilizan métodos anti fecundativos. Pocos han hablado con sus médicos o cualquier otro profesionista acerca de cuestiones específicas sobre sexualidad relacionadas con su discapacidad o acerca de la posibilidad de que esta sea transmitida genéticamente. A pesar de recibir educación de la sexualidad en las escuelas, sus conocimientos de anatomía, respuesta sexual, y reproducción, son menores en relación a otros grupos de adolescentes.

Las interacciones sociales exitosas reportadas, están más relacionadas con el ambiente y la familia que con la severidad de la discapacidad. Un factor significativo en mujeres jóvenes con discapacidad que tienen una vida social activa son las expectativas parentales. Desafortunadamente, solo un pequeño porcentaje de padres esperan que sus hijas tengan una vida social activa. Muchos padres, sin embargo promueven metas educativas impresionantes.

Los estudios sobre mujeres con discapacidad en relación a su experiencia social y sexual muestran que las mujeres con discapacidad tienen citas, establecen relaciones afectivas, y contactos sexuales significativos más tardíamente que sus coetáneas sin discapacidad; aunque, la masturbación ocurre al mismo tiempo que en el común de las adolescentes. Esto puede interpretarse como un indicador de que las mujeres con discapacidad tienen curiosidad e interés similar respecto a sus sentimientos sexuales pero menores oportunidades sociales de expresarlos.

Las adolescentes con enfermedades crónicas se perciben con mayor riesgo de embarazo que otras adolescentes. Este riesgo alto puede interpretarse como un deseo subconsciente de probar que son “normales”. A pesar de la incredulidad, existe un alto riesgo de embarazo, esto representa ciertamente un riesgo alto de

complicaciones durante el embarazo o por infecciones de transmisión sexual entre adolescentes con discapacidad y sin ella.

La menarca es un momento más importante para las chicas con discapacidad que para otras chicas. Puede percibirse como un evento positivo en el que el cuerpo finalmente hace algo que se supone debe hacer, como debe ser en cualquier otra mujer. Contrariamente, puede ser mal recibida por los padres, al percibirla como un signo de la emergente sexualidad de su hija con discapacidad y su posible independencia. La chica puede reaccionar a la menarca con miedo si no está preparada para la menstruación; si ha sido apropiadamente educada previo a la menarca por los padres o por otras personas, puede aceptarla como un evento que forma parte del desarrollo y evolución natural del ser mujer.

En los menores con discapacidad las habilidades sociales generalmente se desarrollan lentamente a través de la infancia y adolescencia, a través de la experiencia personal y la observación. Estas habilidades incluyen aquellas para relacionarse con otros en diferentes situaciones y la habilidad de entender su significado. Similarmente, la habilidad para aprender sobre las emociones humanas y cómo controlar la propia reacción a estas ocurre a través de muchas experiencias positivas y negativas.

### ***Educación de la sexualidad en la discapacidad***

La educación de la sexualidad inicia tempranamente de manera informal y continua en cada etapa posterior a través de la información de los padres y del ambiente familiar. Es importante reconocer que el niño es un ser sexual y validar las preocupaciones de los padres relacionadas con la sexualidad. Desarrollar apropiadamente las intervenciones para favorecer habilidades sociales y sobre sexualidad reduce el riesgo de explotación y abuso sexual.

Utilizar un lenguaje simple y apropiado y haciendo uso de la repetición y de material audiovisual es muy útil. Las experiencias estructuradas de aprendizaje sobre habilidades sociales e información sobre sexualidad son importantes para los menores con discapacidad debido a sus limitadas oportunidades para el aprendizaje cotidiano de esta materia. En todas las personas con discapacidad existe la capacidad de aprender cómo utilizar las habilidades sociales y la información sobre sexualidad que pueda mejorar la calidad de vida.

Previo a establecer y proporcionar programas de educación de la sexualidad en la escuela o en otros espacios, es importante informar a los padres y resolver cualquier preocupación que puedan tener al respecto del tema. Los padres de personas con y sin discapacidad han crecido con la idea de que dar educación de la sexualidad puede interesar prematuramente a los niños en “el sexo” e involucrarlos en actividades sexuales. La investigación ha demostrado que no es el caso. Los padres de personas con discapacidad frecuentemente temen que sus hijos no logren establecer relaciones satisfactorias o que puedan ser utilizados o lastimados

si se involucran en estas. La variedad de valores y sistemas morales puede ser también un área de preocupación para los padres en relación a los educadores de la sexualidad.

La educación de la sexualidad puede transcurrir a todo lo largo del desarrollo del niño. Puede ir desde un programa general de identidad de género que se inicie en preescolar asociado con las habilidades de socialización y comunicación apropiadas para cada edad; para agregar los temas de anatomía, fisiología, comportamiento sexual responsable, consecuencias sociales del comportamiento, infecciones de transmisión sexual, y anticoncepción en los grupos de adolescentes. La educación de la sexualidad en ocasiones incluye otros tópicos como vida en familia, las diferencias entre chicos y chicas, herencia y desarrollo de “competencias” para las citas.

Las personas con y sin discapacidad hacen ajustes individuales de sus necesidades sociales y sexuales. Hay diversas formas de ser sexualmente activo y de expresar la propia sexualidad que varían con las habilidades y los intereses personales. Es particularmente importante para los adolescentes con lesión medular por ejemplo, u otro tipo de discapacidades que disminuyen la sensibilidad pélvica entender esta situación y saber que el orgasmo extra genital es posible.

Puede haber diferentes aproximaciones desde las necesidades educativas especiales en la educación de la sexualidad. Algunas aproximaciones incluyen (a) el uso de películas que demuestren comportamientos sociales, (b) role playing en una situación controlada, y (c) instrucción personalizada en la que cada estudiante modela una actividad después del instructor.

Otra aproximación denominada el “Sistema de los Círculos”, instruye a las personas con trastornos del desarrollo o déficit cognitivo acerca de varios aspectos sobre sexualidad, incluyendo interacciones sociales apropiadas. Este sistema utiliza estímulos auditivos, visuales y motores para enfrentar diversas situaciones sociales y sexuales. Se trata de un medio específico y concreto de ayudar al individuo a entender que varias personas pueden apropiadamente entrar a su círculo social. En un área relacionada, los programas han sido propuestos para dar pasos concretos en la instrucción de mujeres jóvenes con trastornos de desarrollo o déficit cognitivo sobre la menstruación y cómo cuidarse en ese periodo.

La educación y consejería sexual puede ser extremadamente específica dependiendo de la condición de discapacidad, las preguntas al respecto, y las implicaciones reproductivas. Por ejemplo, una mujer con parálisis cerebral y diplejía espástica puede estar interesada en recibir información sobre los efectos de la espasticidad en la vagina debido a la espasticidad en los músculos aductores de sus caderas. Ella puede preguntar sobre posiciones específicas que pueden ser más confortables para el coito, y puede también hacer preguntas específicas sobre genética, embarazo y parto.

La educación de la sexualidad debe incluir también consejería genética, Aproximadamente el 5% de los nacimientos conllevan algún tipo de deficiencia física o mental, incluyendo anomalías físicas que requieren intervención quirúrgica. Si un padre potencial presenta una discapacidad, el riesgo de tener un hijo con una deficiencia se incrementa otro 5% sumado al riesgo específico si es una mujer con discapacidad, Si la discapacidad de la persona fue debida a traumatismo, no hay riesgo genético adicional. Si, por otro lado, la discapacidad es genética, el riesgo adicional debe ser evaluado. Para cada diagnóstico una intervención muy específica puede y debe darse a los padres potenciales.

### ***Consecuencias socio sexuales de algunas deficiencias y discapacidades***

Las consecuencias en las habilidades sociales y sexuales en las discapacidades tempranas dependen en forma importante del momento en el que se realice el diagnóstico de la deficiencia y de la prontitud con la que se realicen intervenciones para minimizar los efectos de estas últimas en el desarrollo en general. Enunciaremos algunas de las deficiencias más frecuentes y las formas en que puede verse afectada la sexualidad así como las intervenciones mínimas que son de utilidad en la atención a su sexualidad:

Los niños con *deficiencias auditivas* pierden información conforme van creciendo. Ellos tienen una menor habilidad para entender los códigos sociales y dificultades en la lecto-escritura. Los niños que solo conocen la Lengua de Señas se ven restringidos en su habilidad para interactuar con niños normo oyentes. La información sobre sexualidad debe ser muy específica y gráfica para que sea comprendida.

Las personas que adquieren el déficit auditivo después de que han aprendido a hablar y han desarrollado habilidades de comunicación verbal, tienen ciertas ventajas sobre quienes presentan sordera congénita o quienes pierden la audición en el periodo crítico para la adquisición del lenguaje.

La *deficiencia visual* puede causar serias alteraciones en la comprensión debido a que el niño no ve para imitar a quienes están a su alrededor. En las conversaciones, pierden los códigos no verbales, incluyendo las expresiones faciales. Los niños ciegos no ven que los cuerpos de hombres y mujeres son diferentes o como van cambiando al aparecer la pubertad. Sin el apoyo visual, los niños pueden tener dificultad para la formación de conceptos básicos y generalizaciones. El tocamiento sigue siendo tabú en la mayoría de las sociedades, lo cual se constituye en un problema para el niño ciego.

Los adolescentes con deficiencia visual severa tienen dificultades para reconocer quienes pueden estar interesados en hablar con ellos, incluso mirando quien está a su alrededor en la escuela o en una fiesta. Aun si tienen interés en alguien particular, puede ser físicamente difícil acercarse a las personas, y también es difícil alejarse de ellas. En nuestra sociedad, el contacto visual es un evento que



frecuentemente da inicio a las interacciones sociales. Esto no ocurre si no se puede ver.

Un número importante de niños con deficiencias al nacimiento, enfrentan dificultades predecibles y específicas en su funcionamiento sexual en la vida adulta. Las deficiencias pueden estar en la habilidad para desempeñarse en actividades sexuales (incluyendo la auto estimulación), en la fertilidad, o para el uso de contraceptivos.

De todas las discapacidades pediátricas, por mucho la más estudiada en relación a la sexualidad es la *espina bífida* (mielomeningoceles). Existe un consenso en cuanto a que la mayoría de los varones pueden obtener una erección, pero la predictibilidad de las erecciones tiene relación con el nivel espinal del defecto de cierre del tubo neural y con los reflejos bulbo cavernoso y cremastérico, las erecciones se presentan en forma espontánea, aislada y sin estimulación física. Se ha reportado también que casi la mitad de esta población presenta emisión seminal. Presentan niveles normales de testosterona, y el pene y testículos crecen conforme a los límites raciales. La colocación de una bolsa recolectora de orina vía uretral o por ostomía, no altera el desarrollo ni la función sexual. Aunque hay un decremento en la fertilidad de los varones, se han reportado casos de paternidad exitosa.

No hay alteraciones en la fertilidad en las mujeres con espina bífida. Sin embargo, el embarazo puede incrementar las infecciones de vías urinarias, la incontinencia y puede exacerbar el dolor de espalda baja. La presencia de sensaciones pélvicas es variable. La píldora anticonceptiva no debe ser utilizada si son reportados problemas circulatorios.

Las contracturas articulares pueden interferir en ambos sexos para algunas posiciones en la actividad sexual así como con el uso de métodos de barrera, a este respecto, algunos estudios han reportado la predisposición a presentar alergia al látex en esta población, por lo que se hace necesario realizar las pruebas necesarias para hacer la elección del condón más adecuada y favorecer su uso para la prevención de infecciones de transmisión sexual y del embarazo no deseado. El riesgo de espina bífida es de 3% en la progenie de individuos con espina bífida y de 0.1% en la población general. Un bajo porcentaje de mujeres e incluso menos hombres son sexualmente activos comparados con la población general.

La *parálisis cerebral* (disfunción motora de origen cerebral) representa actualmente un amplio espectro de discapacidades físicas que se opone a la percepción de ésta como un problema físico único, definido y específico, En la parálisis cerebral no hay efectos adversos en la sensación pélvica, menstruación o fertilidad. El coito y la masturbación pueden ser difíciles debido a la espasticidad y las contracturas. Con una visión creativa, sin embargo, aun los individuos con espasticidad severa y contracturas pueden ser sexualmente activos. Por otro lado, la estimulación sexual y la excitación pueden incrementar los espasmos y los movimientos atetoides.

La espasticidad, alrededor de la pelvis, las contracturas en las extremidades superiores e inferiores, pueden hacer que lidiar con la menstruación y el control natal sea difícil. Los métodos contraceptivos de barrera pueden ser imposibles de utilizar debido a las contracturas de la pelvis, las extremidades inferiores y las manos, la espasticidad o los movimientos atetoides.

Las píldoras anticonceptivas generalmente no son utilizadas en mujeres que usan sillas de ruedas por largos periodos de tiempo. Durante el proceso de parto puede incrementarse la espasticidad y puede dificultarse el tener a la madre en la mesa de expulsión. La escoliosis severa (mayor a 55°) es una condición frecuente en la parálisis cerebral y puede interferir con las posiciones durante la actividad sexual, el crecimiento fetal y el parto pueden tornarse difíciles. Esta desviación severa de la columna no ocurre generalmente en ausencia de trastornos musculo esqueléticos.

En las *enfermedades neuromusculares* (miopatías) hay un amplio espectro de situaciones involucradas, la menstruación, la sensibilidad pélvica, la fertilidad, y el embarazo no están afectados. El entumecimiento muscular y las contracturas de las extremidades inferiores y la espalda, pueden interferir con las posiciones sexuales, la masturbación y el manejo de la menstruación. Las píldoras anticonceptivas están contraindicadas. El parto puede dificultarse debido a la debilidad muscular y las contracturas. El consejo genético es fundamental ya que la mayoría de estas enfermedades son hereditarias.

Las personas con *déficit cognitivo* experimentan la intimidad y sexualidad al igual que cualquier ser humano, algunas veces de manera confusa, pero como una parte esencial de sus vidas. Son personas con sentimientos y deseos sexuales y desean compartirlos con otros individuos. Resulta importante considerar que para la familia, las diversas manifestaciones de la sexualidad en el hijo o la hija con déficit cognitivo constituyen una gran fuente de temores y conflictos. Concretamente, se piensa que la sexualidad de estas personas es un problema más que un aspecto positivo. Se les considera asexuados, o por el contrario, hipersexuados. Se centra la actividad sexual en la reproducción, prohibiéndoles el coito y con ello todo rango de experiencias afectivas, incluida la ternura, la calidez y las expresiones de afecto mediante el tacto. Parece ser más fácil negar su condición sexuada que ayudarlos a comprender, integrar y vivir su sexualidad en una forma sana y satisfactoria.

Afortunadamente se empieza a reconocer que las personas con déficit cognitivo poseen capacidad para manifestar adecuadamente su sexualidad dentro de un contexto de respeto, con conductas aceptables para su medio ambiente y siguiendo las normas establecidas dentro del ámbito familiar y escolar, siempre y cuando se les brinde la estructura y orientación sexual necesarias, considerando en todo momento los diferentes niveles de desarrollo, intereses, conducta adaptativa y las habilidades de autosuficiencia desarrolladas, (Carrasco, 2004).

## ***El abuso sexual en personas con discapacidad***

Las personas con discapacidad están en mayor riesgo que otras de ser abusadas sexualmente, principalmente por la exposición constante a personas que no conocen y que son responsables de su cuidado. Esto puede ocurrir tempranamente en la infancia con mayor frecuencia que en las niñas y niños que no presentan discapacidad. Los perpetradores suele ver al menor con discapacidad como una víctima potencial por sus dificultades para comunicar el evento y porque con menor frecuencia se cree que puedan ser sexualmente abusados.

Los menores con alguna deficiencia o discapacidad, aprenden a ser pasivos, complacientes, y aceptantes de lo que les sucede. Aprenden que es más fácil obtener las cosas que necesitan o desean cuando hacen lo que se les dice.

Nadie recompensa a un niño que se reúsa a recibir un tratamiento o que protesta cuando se le presiona a lograr algo. Al momento de ser abusados, muchos menores han aprendido a no protestar o pelear si se sienten humillados, aislados, o incómodos. Muchos han aprendido también que acudir con sus padres en estas situaciones no es de ayuda, porque no se cree que digan la verdad. Los menores con discapacidad suelen empezar a pensar que el abuso ocurre por su culpa.

El perpetrador suele pensar que nadie creerá en una acusación de este tipo porque ¿cómo alguien puede pensar que una persona “dañada” puede ser abusada sexualmente? Es difícil creer que alguien pueda abusar de una persona en situación de vulnerabilidad, esta es un más de las razones por las que el abuso sexual es más frecuente en quienes presentan una discapacidad. El perpetrador suele argumentar que la discapacidad justifica el abuso ya que el menor “no hizo nada para defenderse”.

Existe la creencia de que los menores con discapacidad, particularmente quienes presentan deficiencias cognitivas o del desarrollo no poseen la habilidad de darse cuenta de lo que sucede a su alrededor. El perpetrador cree que puede llevar a cabo el abuso porque la víctima no tiene idea de lo que está pasando. Una vez más, esto solo ayuda al perpetrador a justificar el abuso.

Los miembros de la familia pueden percibir la notificación de abuso como una forma de llamar la atención. Los profesionales que trabajamos con menores con discapacidad debemos estar conscientes de que incluso ante el aparato legal, no son vistos como testigos creíbles.

Hay que recordarles siempre a los menores con discapacidad que existen personas que los pueden apoyar y que si están en una situación de victimización sexual pueden realizar acciones para protegerse, que es importante que hablen de cualquier situación que les resulte incómoda, intrusiva o violenta en relación al contacto con su cuerpo y en la interacción con personas conocidas o desconocidas

y, por sobre todas las cosas dejar muy claro siempre que el abuso sexual no ocurre por su culpa ni es propiciado por ellos.

Es fundamental que tengan claro que el adulto que abusa sexualmente de un menor ha olvidado su responsabilidad de proteger y cuidar de los niños y niñas. El menor debe saber que deben tomarse medidas para evitar que el contacto se perpetúe y que garanticen su atención y protección, aun cuando el perpetrador este dentro de la familia.

### ***La educación de la sexualidad y la educación especial: una perspectiva para el aprendizaje***

Tiempo atrás se pensaba que las personas con discapacidad no podían aprender a expresar su sexualidad de formas que fueran tanto satisfactorias personalmente como socialmente responsables. Poco o ningún esfuerzo se dirigía a sentar las bases para su desarrollo social y sexual saludable debido a que las expectativas entonces eran que nunca saldrían del espacio familiar o institucional en que se encontraban.

En la actualidad, un número creciente de personas con discapacidad vive, aprende trabaja, disfruta de actividades recreativas, y socializa fuera del núcleo familiar y escolar. Están expuestos a un universo expandido y a sus beneficios, riesgos y complejidades concomitantes. La participación exitosa en la comunidad, el hogar, la escuela, el trabajo y la recreación requiere que las personas con discapacidad aprendan nuevas habilidades para la aceptación social, satisfacción personal, y auto protección. La educación social y sexual es el cimiento necesario para su seguridad, satisfacción, y transición exitosa del infante protegido al adulto autosuficiente y autónomo.

La educación social y sexual que se inicia tempranamente y continúa hasta la vida adulta es de gran importancia para las personas con discapacidad. Por supuesto, los padres y cualquier otro que tenga una responsabilidad primaria en el cuidado del menor, son los primeros educadores de la sexualidad de los niños. Ellos establecen esa interacción de seguridad y afecto que constituye la base de la confianza en futuras interacciones. Las figuras parentales proporcionan gratificación física y emocional y son los roles modelo de responsabilidad e interacción amorosa entre adultos.

Conforme emergen interacciones más complejas y oportunidades sociales en la vida adulta, existe más presión y la necesidad de dar solución exitosa a estos dilemas sociales y sexuales.

## ***Las competencias sociales en educación especial***

El desarrollo de competencias sociales y sexuales en educación especial está empezando a convertirse en una realidad. Los educadores especiales, educadores para la salud, psicólogos, trabajadores sociales, padres, enfermeras y otros profesionistas, están aplicando estrategias de educación especial para ampliar la conciencia en materia de competencia social y sexual. Estas consisten en asistir a las personas con discapacidad para acceder a una vida plena desarrollando para ello acciones especializadas de enseñanza y estrategias para trabajar y promover mayores competencias sociales así como responsabilidades en su sexualidad.

Los menores con discapacidad con frecuencia no tienen habilidades para pensar en abstracto o en términos hipotéticos en las edades cronológicas esperadas. En consecuencia pueden desconocer las expectativas sociales de la gente en relación a su edad. Esto no quiere decir que nunca lograrán desarrollar esta destreza social: esta se desarrollará conforme su madurez progrese por lo que el paso de los años con frecuencia será testigo de este hito en su vida. Y, por supuesto, algunas personas alcanzarán mayores destrezas que otras.

### ***Seis componentes clave***

La educación de la sexualidad de alumnos con discapacidad puede incluir seis componentes. La evaluación de estos componentes al igual que otras estrategias en educación especial deben considerar los siguientes puntos para medir su trascendencia:

- Cada componente tiene un elemento cognitivo, actitudinal y afectivo; un elemento conductual y un elemento relacional. Cada elemento debe ser puesto en juego aunque no siempre se realice en el orden que se propone.
- La edad cronológica, la madurez social, las influencias culturales y las habilidades de desarrollo del individuo pueden afectar el énfasis requerido para cada elemento.
- Los factores anteriores también pueden afectar la apropiación del aprendizaje que es posible en un momento particular del desarrollo.
- El estilo y la habilidad personal del docente puede determinar tanto las actividades que se desarrollen como la eficacia de estas.

Aun considerando estos calificadores, algunas fallas generales en el proceso de enseñanza pueden afectar el éxito de las intervenciones.

#### **Componente 1: Auto cuidado**

Este componente incluye habilidades básicas como el uso del sanitario, el baño, el arreglo personal, vestido, e higiene sexual. Debido a que la enseñanza de estas habilidades generalmente ocurre en el desarrollo cronológico temprano, el énfasis debe ponerse en reforzar destrezas particulares. Una actitud positiva se desarrolla a

partir de la aprobación social y se mantiene con reforzadores primarios, secundarios y sociales (los reforzadores primarios, son reforzadores directos que satisfacen necesidades básicas, los reforzadores secundarios son canjeables por reforzadores primarios; los reforzadores sociales son los elogios y otro tipo de retroalimentación que se obtienen cuando otros se sienten complacidos).

El conductismo ha hecho una contribución importante para la enseñanza y habilitación de personas con discapacidad en cuanto a competencias para la vida adulta. El análisis de la actividad (descomponer una actividad en diversos componentes); conectar los avances y retrocesos (desarrollar los componentes de una actividad en su secuencia habitual o a la inversa, lo que sea mejor para cada individuo); las secuencias motivantes (contar con menús de recompensas que funcionen como reforzadores positivos o negativos con esquemas intermitentes en lugar de castigos), construyen por aproximación aprendizajes sólidos, especialmente en los más jóvenes o quienes presentan mayores limitaciones.

El trabajo conjunto, las prácticas extra, la corrección inmediata, e incluso el uso de dibujos y fotos que sean concretas, promueven prácticas exitosas en la enseñanza de estas habilidades de auto cuidado. La delicadeza en las técnicas de modelaje (recompensar a aquellos que se han aproximado a la habilidad, aun si no logran desarrollarla a la perfección) y la continuidad con las recompensas sociales puede extenderse tanto en lo básico como en lo experto. Muchos individuos con discapacidad pueden lograr una independencia total en esta categoría. Entre menos íntimo sea el cuidado requerido, menor será el cuidado y la custodia a instruir y en consecuencia menor será el riesgo de maltrato y/o abuso al que puedan estar expuestos.

### Componente 2: Anatomía y fisiología

Esta categoría incluye información sobre los órganos sexuales y su funcionamiento no solo desde una perspectiva reproductiva, de forma más importante desde la autoprotección, la autovaloración, la salud, y la perspectiva erótica.

Debido a que la información acerca de los órganos sexuales puede incluir material sexualmente explícito, es importante que el material visual sea hecho específicamente con propósitos educativos, y no de una forma que pueda percibirse como “pornográfica”. Dado que las personas con discapacidad frecuentemente necesitan apoyo visual para incrementar su procesamiento del lenguaje, los dibujos, fotos, y videos son de gran ayuda para transmitir la información y desarrollar las habilidades de lenguaje necesarias para comunicar situaciones acerca de su propio cuerpo.

Para una persona con pensamiento concreto, las partes corporales internas pueden parecer ilusorias, abstracciones complejas debido a que no pueden verlas. Los modelos anatómicos de tamaño real que pueden ser sobre puestos sobre el cuerpo pueden asistir en una comunicación más clara.

El incluir diversos tipos de cuerpos –viejos, jóvenes, altos, bajitos, en silla de ruedas. Con variedad de características raciales-, puede afirmar positivamente las actitudes hacia las partes del cuerpo en quienes observan alteraciones en su persona a partir de la discapacidad.

No es buena idea modelar o utilizar el rol playing para ejemplificar la actividad sexual adulta; los dibujos, fotos y videos, son mucho menos intrusivos y contribuyen de la misma forma en esta parte del trabajo.

La identificación de las diferentes partes el cuerpo y cómo funcionan es sin duda un aspecto importante en esta área de la educación de la sexualidad. Sin embargo, para las personas con discapacidad el manejo de la privacidad también tiene un fuerte componente comportamental y social. La atención familiar a rutinas que se constituyen como privadas en casa (esto es, asegurar que la persona con discapacidad tenga el mismo grado de privacidad que el resto de los miembros de la familia) es un aspecto critico en el engranaje de competencias sociales y sexuales. Proporcionando oportunidades breves o frecuentes para la práctica diaria y utilizando ambientes naturales en casa son dos formas más para el aprendizaje significativo de este componente.

### Componente 3: Empoderamiento y autoestima

Este componente cubre conceptos de valoración intrínseca, toma de decisiones sociales y sexuales, autorregulación y control, asertividad y autodirección. Los importantes elementos de este componente son tan abstractos como cada uno lo vea: un simple dibujo o aun una detallada fotografía nunca será capaz de mostrar el empoderamiento, por ejemplo.

Una persona gana o pierde autoestima por un periodo largo de tiempo, un poco cada día. Las personas con discapacidad generalmente enfrentan más insultos a su autoestima que el común de la población. Frecuentemente, el atentado se relaciona con la discapacidad de la persona. Los sentimientos de impotencia, depresión, rabia, y pérdida pueden convertirse en una norma.

El empoderamiento está pensado para crear la oportunidad para la persona de experimentar su autoestima. El elemento social para el desarrollo de la autoestima es el predominio de sí mismo.

La enseñanza del empoderamiento y la autoestima incluye la creación de oportunidades, y esto puede ocurrir en el salón de clases o en cualquier otro escenario que permita a la persona experimentar el éxito. Decirnos que somos exitosos no es lo mismo que sentirse exitoso. Este aspecto de la educación social y sexual es mucho más complejo. Sus implicaciones para la toma de decisiones y el ejercicio del autocontrol son la meta a largo plazo.

#### Componente 4: Relaciones sociales

Mucha gente valora sus relaciones sociales por sobre todas las cosas. Las buenas relaciones son una fuente de satisfacción y alegría. Algunos expertos creen que el contacto social es una necesidad para permanecer vivo.

Esta importante categoría de la educación social y sexual incluye el inicio, evaluación, el mantenimiento y continuidad de la relación social, y el desarrollo de juicio social como preparación para la intimidad y la protección de la explotación y el abuso sexual.

Un amplio rango de relaciones con diversos grados de intimidad son posibles para más y más individuos con discapacidad. Identificar las expectativas sociales y esperar que otros hagan lo mismo es la base de la correspondencia en las relaciones sociales y en el reconocimiento de relaciones que sobrepasan los límites aceptables acordados o impuestos.

¿Cómo aprende el común de la gente a tener relaciones positivas? Están expuestas a una amplia gama de interacciones sociales, y observan las interacciones de otros en casa, en público, en la TV, en las películas. Estas técnicas tradicionales de aprendizaje por “osmosis” no son efectivas con la rapidez necesaria cuando enseñamos a personas con discapacidad en el nutrir, disfrutar y participar en interacciones sociales. La prueba y error en las relaciones íntimas acarrea grandes riesgos: un corazón roto, abuso sexual o victimización, e incluso infecciones de transmisión sexual.

El sistema de los círculos mencionado previamente puede resultar una guía útil para que las personas con discapacidad discriminen diferentes situaciones sociales y se minimicen los riesgos que pueden implicar las interacciones sociales.

#### Componente 5: Habilidades sociales

Esta área se relaciona con lo que cada uno necesita hacer y quiere saber, utilizando buenos modales, y negociando soluciones sociales al conflicto, mientras sea posible.

Las formas en las que una persona solicita una cita, responde a la crítica, y maneja y expresa sus sentimientos conllevan respuestas sociales de los otros. Las personas con discapacidad están frecuentemente al margen de cómo sus acciones, modales, y hábitos personales contribuyen con su aceptación social.

Favorecer la toma de conciencia sin críticas, es un paso importante para moldear las habilidades sociales requeridas en nuevas y en ocasiones más complejas situaciones.



Los momentos de enseñanza aparecen frecuentemente en la TV. Proveen buenas oportunidades para señalar habilidades sociales “buenas” y “malas”, y para los alumnos, de ver las consecuencias de estas. Esta situación ficticia puede utilizarse para incorporar límites, enseñar nuevas reglas y resolver relaciones conflictivas de manera que no arriesguen relaciones positivas.

Y, por supuesto, la oportunidad de practicar, practicar, practicar en un ambiente seguro entre adultos comprensivos y amigos proporciona una medida de confidencialidad para aplicar estas técnicas cuando no hay un docente presente y sin la protección de la clase.

La idea de James Stanfield (1992) para identificar una reacción como caliente, fría o tranquila es una base para reconocer y categorizar los estilos sociales de respuesta a las dificultades con otros:

Una reacción caliente es una explosión de enojo que involucra gritos, insultos, e incluso agresión física para comunicarse. Puede ser que esta reacción consiga el objetivo deseado, pero es difícil continuar una relación positiva con una persona que es tan volátil.

Una reacción fría es auto culparse. La persona se devalúa a sí mismo por considerar un paso en falso como indicativo de todo lo que pudo haber hecho. La depresión y la conmiseración no son cualidades socialmente atractivas.

Una reacción tranquila es una forma asertiva, y madura de manejar los incidentes sociales, valorando en forma realista los incidentes de la situación social y expresando formas de resolver problemas específicos.

Aun si la persona pareciera no lograr desarrollar las reglas para ser socialmente habilidoso o resolutivo de problemas, la persona puede aprender las reglas y aplicarlas. Las actitudes positivas en relación al desarrollo de habilidades sociales pueden ser mejor logradas cuando la persona está optimista en cuanto a poder influir en la solución de la situación, tiene la confianza de intentar aprender una nueva habilidad y sabe que la ayuda sin juicios esta fácilmente al alcance.

#### Componente 6: Oportunidades y recursos

La educación en esta área es algo distinta de las otras: el contenido se refiere al alcance y posibilidad de acceso a espacios de contacto social, movilidad dentro de un área geográfica, y el uso de los recursos comunitarios sociales y sexuales. Cada localidad es diferente en cuanto a oportunidades y programas que apoyan la socialización. Incluso cada comunidad tiene sus propios recursos, o carece de ellos, para las personas con discapacidad.

Utilizar la educación de la sexualidad aprendida en el aula para hacer de las situaciones de la vida diaria experiencias exitosas, da significado a lo que en apariencia en forma apresurada y difícil se consiguió en clase. Encontrar buenas

oportunidades para satisfacer las interacciones sociales, o creándolas ellos mismos si no existieran; está dentro de lo previsto como educadores de la sexualidad. Frecuentemente la disponibilidad de recursos para la educación de la sexualidad, los servicios de salud relacionados, los servicios de apoyo psicológico especializados en temas sexuales y los libros y medios para personas con discapacidad son limitados o inexistentes. Esto coloca a los docentes ante un gran reto.

### ***Los compromisos***

Los profesionistas que han trabajado en programas para adultos han sido pioneros en el desarrollo de un cuerpo de conocimientos relacionados con la educación social y sexual. Han visto el impacto de la soledad en las personas a quienes prestan sus servicios. Han visto los riesgos y los resultados del abuso sexual y las infecciones de transmisión sexual, incluyendo el VIH. Han reconocido que la educación es lo mejor, y quizás lo único, que puede ayudar a las personas a dirigir y tomar control de sus vidas.

Pero la sexualidad no inicia en la vida adulta, inicia con la concepción, cuando el sexo es determinado. Al paso del tiempo la persona es un adulto, una gran cantidad de educación social y sexual ha sido provista, alguna para bien, pero mucha de esta, limitada a la reproducción o basada en ilícitos sexuales, ninguna de las cuales es adecuada para la salud de las personas con discapacidad. La confusión y el desconocimiento son frecuentes cuando las personas con discapacidad solo aprenden a ver la sexualidad como un forma de entretenimiento sin propósitos educativos.

Los docentes de educación especial están finalmente capacitados para la enseñanza de habilidades académicas, utilizando técnicas creativas bien concebidas. Pero no han sido preparados como educadores sexuales y no esperan que la sexualidad sea la materia de estudio que deban enseñar.

Los educadores de la salud están bien preparados en información necesaria sobre el cuerpo, pero carecen de experiencia en el tipo de técnicas de enseñanza especializadas que requieren las personas con discapacidad.

Frecuentemente la educación socio-sexual relacionada con la educación especial recibe poca atención. Muchas escuelas públicas no están preparadas para considerar el hecho de que los alumnos de educación especial requieren educación de la sexualidad para su seguridad, satisfacción y éxito. Dicho en los términos que plantea el Marco Normativo del Modelo de Atención de los Servicios de Educación Especial (p. 12): los alumnos de educación especial requieren Modelos de Educación para la vida que propicien el *desarrollo de una vida sexual, afectiva y familiar plena*.

Al principio la gente se rehusaba a creer que este híbrido que relaciona la educación especial y la educación de la sexualidad fuera posible; ahora esperan que esta combinación resulte exitosa porque es una necesidad imperiosa. Ahora es claro que puede hacerse, y que las técnicas son asequibles para hacerlo. Lo que falta es que los educadores se aseguren de incluir a las personas con discapacidad en los programas de educación sexual.

*México, es el único país en el mundo que cuenta con dos programas de posgrado con reconocimiento de instituciones de educación superior para la formación de recursos humanos para la atención de la sexualidad de las personas con discapacidad, uno de ellos a nivel de Maestría con reconocimiento de la Secretaría de Educación Pública y el otro a nivel de Diplomado con reconocimiento Universitario.*

*Solo existen a la fecha (1 de febrero del 2011) dos instituciones en todo el país que brindan servicios especializados en materia de sexualidad a personas con discapacidad y que son atendidas por personal certificado y formado profesionalmente, estas son el Centro de Rehabilitación y Educación Especial de Culiacán Sinaloa y el Grupo Educativo Interdisciplinario en Sexualidad Humana y Atención a la Discapacidad A.C. en el Distrito Federal.*

La sexualidad es parte de la personalidad humana que incluye componentes físicos, sociales, espirituales y emocionales. En niños y adolescentes con discapacidad, el desarrollo de este aspecto de la personalidad puede constituir un reto mayor que en otros niños. Para prepararlos a enfrentar los retos que la deficiencia o la discapacidad impone en su desarrollo de la sexualidad, es importante educar en la sexualidad tempranamente a los niños y a los padres, haciendo las modificaciones necesarias para compensar las áreas que pueden estar disminuidas debido a privación social, al propio déficit o a otros factores. Es importante enseñar interacciones sociales y sexuales apropiadas y responsables. Con el reconocimiento de las dificultades específicas en el funcionamiento sexual, en el desarrollo de habilidades sexuales, reproducción y necesidades contraceptivas, podemos ayudar a los padres a acompañar a sus hijos en el proceso de ser niñas y niños, adolescentes y adultos mejor educados en cuanto a sexualidad se refiere.

## ***Bibliografía***


- 1) Asbah-Spod. (1983). For young people with spina bifida or cerebral palsy. Londres: Howard Jones
- 2) Bowley, A.H, Gardner, L. (1984) The handicapped child. Inglaterra: Longman Group Limited
- 3) Cámara de Diputados del H. Congreso e la Unión (1984) Ley General de Salud. (Publicación DOF 27-04-2010) México: Diario Oficial de la Federación

- 4) Cámara de Diputados del H. Congreso e la Unión (1993) Ley General de Educación. (Publicación DOF 19-08-2010) México: Diario Oficial de la Federación
- 5) Cámara de Diputados del H. Congreso e la Unión (2005) Ley General de las Personas con Discapacidad. (Publicación DOF 01-08-2008) México: Diario Oficial de la Federación
- 6) Carrasco, J.L., (2004) Sexualidad y Síndrome de Down. México: Ducere.
- 7) Cerecedo, C.V. (1997) Iatrogenia y error médico. En Revista Médica del Hospital General de México. Vol. 60. No. 2. México: Hospital General de México
- 8) CONAPRED (2007) Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad: Protocolo facultativo. México: CONAPRED
- 9) Haffner, D.W. Patierno, C., Hollander, D. (1995) SIECUS REPORT. Nueva York: Seaport Graphics & Communications.
- 10) Hale, G. Et. Al. (1980) Manual para minusválidos. España: Blume
- 11) Hernández, M.A. (2004) Informe Regional de las Américas: México. En Monitoreo Internacional de los derechos de las Personas con Discapacidad 2004. Estado Unidos: IDRM
- 12) Kaufman, M., Silverberg, C., Odette, F. (2003) The ultimate guide to sex and disability. Estados Unidos: Cleis Press
- 13) Krueger, D.W. (1988) Psicología de la Rehabilitación. España: Herder
- 14) Masters, W., Johnson, V. & Kolodny, R. (1987) La Sexualidad Humana. Barcelona España: Grijalbo.
- 15) Monga, T.N. (1995) Sexuality and Disability: Physical Medicine and Rehabilitation, State of the art Reviews. Philadelphia: Hanley & Belfus, Inc.
- 16) OMS (2001) Clasificación internacional del funcionamiento, de la discapacidad y de la salud: CIF. Ginebra: OMS
- 17) ONU, (1993, 20 de diciembre) Normas Uniformes sobre la Igualdad de Oportunidades para las Personas con Discapacidad, Extraído el 2 de octubre de 1999 desde <http://www.un.org/esa/socdev/enable/dissres0>
- 18) SEP, (2009) Modelo de atención de los servicios de educación especial: Documento de trabajo. México: SEP, Dirección de Educación Especial.
- 19) SEP, (2009, 25 de Diciembre) Comunicado 283.-Avanza la SEP en la consolidación de la RIEB en preescolar y secundaria. Extraído el 3 de febrero del 2011 desde [http://www.sep.gob.mx/es/sep1/comunicado\\_283](http://www.sep.gob.mx/es/sep1/comunicado_283)
- 20) SEP, (2011) Decreto por el que se reforman y adicionan diversas disposiciones a la Ley General de Educación. México: DOF 28-01-2011
- 21) SPOD. (1982). Sexuality and the physically disabled. Londres: SPOD.
- 22) Stanfield, J. (1992) Be cool. Santa Barbara, CA: James Stanfield Co.
- 23) Torices, I. (2006) La Sexualidad y Discapacidad Física. México: Trillas
- 24) Torices, I., Ávila, G. (2006) Orientación y Consejería en Sexualidad para Personas con Discapacidad. México: Trillas
- 25) Torices, I., (2007) Guía didáctica para la promoción de la salud en la sexualidad de personas con discapacidad. México: GEISHAD A.C.
- 26) Torices, I., López, K. (2006) Sexo sin Lata..... Educación de la sexualidad para niñas, niños y jóvenes con discapacidad. México: GEISHAD A.C.



## V Directorio de instituciones que atienden casos de violencia sexual y abuso sexual infantil

Nombre de la institución	Domicilio	Teléfonos	Servicios
<b>Fiscalía Central de Investigación Para Delitos Sexuales, de la Procuraduría General de Justicia Especializada</b>	General Gabriel Hernández # 56, primer piso, ala sur. Col. Doctores Cuauhtémoc CP 06720	01(55) 5346-8103 5346-8110 5346-8480 5346-8107	<u>Atención Jurídica</u> * Asesoría * Representación * Inicio e integración de averiguación previa <u>Atención Médica</u> * Servicios médicos periciales <u>Atención Psicológica</u> * Atención en crisis <u>Orientación e Información</u> * Canalización a otras áreas o instituciones
<b>Agencias Especializadas en Delitos Sexuales</b>	FSD-1 Agencia Especializada Amberes # 54 Col. Juárez Cuauhtémoc  Insurgentes	5345-5399 5346-8106	En servicio 24 horas, todos los días. Atención a mujeres
	FSD-3 Agencia Especializada Fco. del Paso y Troncoso esq. Fray Servando Teresa de Mier Col. Jardín Balbuena Venustiano Carranza  Fray Servando	5345-5830 5345-5832	En servicio 24 horas, todos los días. Atención a mujeres
	FSD-4 Agencia Especializada Cerrada de los 100 metros Col. Nueva Vallejo  Instituto del Petróleo	5719-6341 5719-6342	En servicio 24 horas, todos los días. Atención a mujeres

Nombre de la institución	Domicilio	Teléfonos	Servicios
<b>Agencias Especializadas en Delitos Sexuales</b>	FSD-5 Agencia Especializada Telecomunicaciones esquina Calle 3 Col. Tepalcates  Tepalcates	5345-5656 5345-5657	En servicio 24 horas, todos los días. Atención a mujeres
	FSD-6 Agencia Especializada General Gabriel Hernández # 56 Col. Doctores CP. 07200 Cuauhtémoc	5346-8110	En servicio 24 horas, todos los días. Atención a mujeres
<b>CTA: Centro de terapia de apoyo a víctimas de delitos sexuales, Procuraduría General de Justicia del DF</b>	Pestalozzi # 1115, Col. Del Valle, Benito Juárez CP. 06300	5200-9636 5200-9633 5200-9632	Atención psicológica, médica, legal y social. Niñas, niños y adultos Lunes a Viernes 9:00-19:00
<b>INMUJERES Elena Poniatowska - Iztapalapa</b>	Centro Social Villa Estrella Módulo 4 Camino Cerro de la Estrella S/N, Col. Santuario Aculco Iztapalapa CP. 09009	Tel. y fax 5685-2546 contreras@df.gob.mx	Asesoría jurídica, psicológica y capacitación en procesos de empoderamiento de las mujeres, prevención de violencia, etcétera Lunes a Viernes 9:00 a 18:00 hrs
<b>Hospital Pediátrico Iztapalapa</b>	Ermita Iztapalapa # 780 Col. Granjas San Antonio CP. 09070	5685-2156 5685-9416	Atención médica, pediátrica. Profilaxis en casos de abuso sexual. Orientación y referencia en casos de violencia familiar. 24 hrs. del día los 365 días del año

<b>Nombre de la institución</b>	<b>Domicilio</b>	<b>Teléfonos</b>	<b>Servicios</b>
<b>Hospital Psiquiátrico Dr. Juan N. Navarro</b>	San Buenaventura # 86 Col. Belisario Domínguez Tlalpan CP. 14080	5573-2855 (Dirección) 5573-4844 (Conmutador)	Clínica del PAINAVAS (Programa de Atención a Víctimas de Abuso Sexual): Atiende a niños, adolescentes y sus familiares con problemas secundarios al abuso sexual.
<b>Clínica de Especialidades Condesa</b>	Benjamín Hill #24 Col. Condesa Cuauhtémoc CP. 06140	5271-6439	Atención especializada a personas que viven con VIH-SIDA Profilaxis en caso de abuso sexual o violación Lunes a Viernes 8:00-13:00 15:00-18:30
<b>ADIVAC Asociación para el Desarrollo Integral de Personas Violadas</b>	Salvador Díaz Mirón # 130 Col. Santa María la Rivera Entre Sabino y Naranjo Cuauhtémoc	5682-7969 Fax: 5543-4700 adivac.org/sys/	Atención especializada a víctimas de violencia familiar y sexual
<b>Asociación de Mujeres Sobrevivientes de Abuso Sexual MUSAS A.C.</b>	Dr. Duran #4- 214, Col. Doctores Cuauhtémoc CP. 07200	5578-9197 1998-4568 musasmujeres@yahoo.com.mx	Atención psicológica a víctimas de delito sexual. Niñas, niños y adultos
<b>Grupo Educativo Interdisciplinario en Sexualidad Humana y Atención a la Discapacidad A.C.</b>	Norte 84 # 6644 Col. San Pedro el Chico CP. 07480 Gustavo A. Madero	Telefax: 1114 0540 www.geishad.org.mx geishad@geishad.org.mx	Atención sexológica a niñas, niños, adolescentes, adultos y personas con discapacidad. Atención a personas con discapacidad víctimas de delito sexual



Educación de la sexualidad y prevención del abuso sexual  
(Segunda edición)  
fue editado por la Dirección General de Servicios Educativos Iztapalapa  
de la Administración Federal de Servicios Educativos en el Distrito Federal.  
Se terminó de imprimir el mes de agosto de 2012.  
La edición consta de 1000 ejemplares.  
Diseño de portada: Área de Comunicación Organizacional.

