

**BIBLIOGRAFÍA**

1. Hogg RJ, Portman RJ, Milliner D, Lemley MD, Ddy A, Ingelfinger J. Evaluation and management of proteinuria and nephrotic syndrome in children: Recommendations from a Pediatric Nephrology Panel established at the National Kidney Foundation Conference on proteinuria, albuminuria, risk, assessment, detection and elimination (PARADE). *Pediatrics* 2000; **105**: 1242-1249.
2. Kamil E. Hematuria. En: Berkowitz CD, editor. *Pediatrics. A primary care approach*. Philadelphia: Saunders; 1996. p. 265-70
3. Prior J, Guignard JP. L'hématurie chez l'enfant. Plann d'investigation en pratique pédiatrique. *Arch Pédiatr* 1998; **5**: 799-807
4. Vallo A, Rodriguez-Soriano J. Hematuria y proteinuria en la edad pediátrica: enfoque diagnóstico. *An Esp Pediatr* 1988; **29** (Suppl 32): 123-9.

**MESA REDONDA:  
"MEDICINA DEL ADOLESCENTE"**

**Moderador: Manuel Crespo Hernández**

**1. INTRODUCCIÓN AL ESTUDIO DE LOS PROBLEMAS DE SALUD Y DESARROLLO DE LA ADOLESCENCIA. APROXIMACIÓN DESDE LA SOCIOPATOLOGÍA**

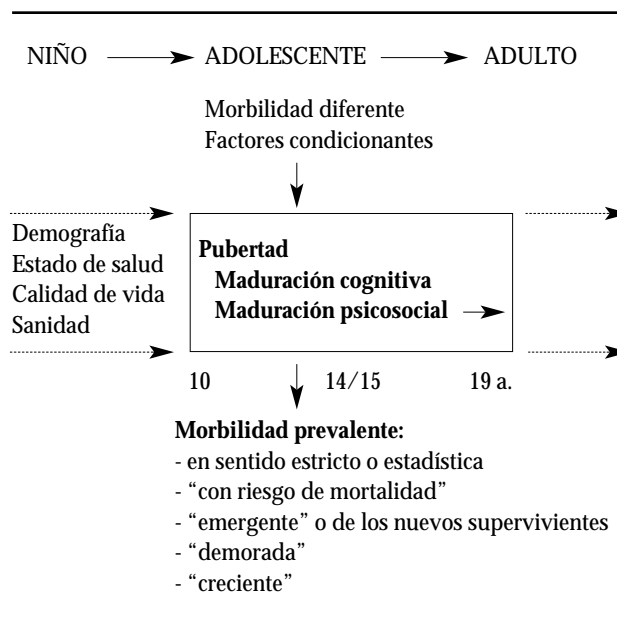
**Manuel Crespo**

*Catedrático de Pediatría. Jefe del Departamento de Pediatría. Departamento de Pediatría. Universidad de Oviedo. Hospital Central de Asturias.*

I.- La adolescencia, periodo vital entre la infancia y la adultez, tiene unos límites cronológicos establecidos convencionalmente por la OMS entre los 10 y los 19 años. Siendo una etapa de la vida con las menores tasas de morbi-mortalidad, recoge, sin embargo, numerosos y heterogéneos "problemas de salud". Dependiendo, estos últimos, menos de aspectos puramente biológicos que de comportamientos y hábitos con significado de "factores de riesgo".

En unas ocasiones asistimos a secuelas de procesos iniciados en la infancia o que son más propios del adulto. No faltan los que, siendo comunes a otras edades, gozan de ciertas peculiaridades en el adolescente, son "casi" específicos

**TABLA I. LA ADOLESCENCIA COMO CICLO VITAL.**



de esta edad o están relacionados con el desarrollo e iniciación del sistema reproductor. Los problemas de salud de la adolescencia son muy variados y surgen, en su mayoría, de hábitos y conductas que implican factores de riesgo. Diversos factores modulan la morbilidad del adolescente: las nuevas necesidades de esta edad, las mejores condiciones biológicas y sanitarias, la actual dinámica demográfica, los estilos de vida y el hábitat social, son probablemente los más significativos.

Junto a las enfermedades consideradas como tradicionales, existe una morbilidad creciente en enfermedades infecciosas, tanto en las de transmisión sexual o por otra vía, y de conductas "autodestructivas" (tabaquismo, alcohol, drogas ilícitas, trastornos alimentarios), como en la presentación "preclínica" de enfermedades del adulto.

II.- En la adolescencia, como etapa del desarrollo del ser humano de las más cruciales y conflictivas, convergen la problemática personal psicológica, de salud y médica, con enormes variables familiares y sociales que la determinan. Es la etapa en que se conforma la individualidad del ser humano. Es un periodo de gran fragilidad sociológica, en el que, los parámetros hasta entonces firmes, de la relación familiar y social se "inestabilizan". Periodo de absorción de

referentes nuevos, tanto emocionales como sociales y de sexualidad explosiva

La adolescencia es una figura que se recorta no tanto en un espacio fisiológico, psicológico o psicosocial, sino en un espacio antropológico (Bueno). Suele definirse la adolescencia como un estadio de la vida de los individuos humanos intermedio entre la infancia y la juventud adulta (es decir, la fase juvenil del estado adulto). "Como un estado de transición entre la infancia y la juventud adulta", desde el momento del "destete familiar" hasta el momento de su "incorporación hacia una profesión". La adolescencia, se concebirá, así, como un periodo de salida de la niñez, previo al de la integración definitiva en la sociedad adulta.

Hablar ahora de la "adolescencia" como fase previa a la integración social y de las "crisis de la adolescencia" como "problemas psicológicos", comienza a ser una forma de cultivar el humor negro, por la realidad del desempleo, cada vez más acusado que hace que sea ficción ideológica la "oferta" que la sociedad hace a los jóvenes de papeles sociales, en palabras de Bueno.

III.- La morbilidad o trastornos médicos que afectan a la adolescencia como ciclo vital pueden representar:

- Secuelas de enfermedades de la infancia.
- Iniciación de procesos patológicos que se manifiestan con mas frecuencia en la edad adulta.
- Trastornos médicos "relativamente" específicos de los adolescentes.
- Trastornos con manifestaciones, tratamientos o pronósticos diferentes de los de la infancia y de la edad adulta.
- Trastornos relacionados con el desarrollo del sistema reproductor y la iniciación de los trastornos médicos reproductores durante la pubertad y después de ella.
- Procesos relacionados con el impulso del crecimiento y desarrollo puberal.

Se estima en más de 6.000.000 los adolescentes existentes en España. Dada la crisis de la natalidad que afecta a nuestro país en los últimos veinte años es de esperar que asistamos a un largo periodo con un número substancialmente más bajo. Contrasta con los datos de los EE.UU., en los que las previsiones de cara al comienzo del siglo son de aumento de su número, a expensas, tal vez, de la población inmigrante. Un fenómeno éste reflejado en algunos países de la Unión Europea de forma bien tangible, como sucede

TABLA II. OBJETIVOS GENERALES DE LA SOCIOPATOLOGÍA DE LA ADOLESCENCIA.

- 
1. Límites cronológicos.
  2. Importancia como grupo poblacional en la Sociedad.
  3. Patología prevalente y su interdependencia con los grandes cambios físicos y psíquicos.
  4. Identificación de los factores de riesgo para la salud.
  5. Identificación de los momentos críticos: menarquia, elección de carrera, fracasos escolares.
  6. Necesidad de la asistencia por equipos multidisciplinarios.
  7. Destacado interés de los cuidados preventivos.
  8. Educación sanitaria de los adolescentes.
  9. Enfermedades crónicas prevalentes en la adolescencia y sus características.
- 

en Alemania. Por ello, a los *problemas propiamente atribuidos a la adolescencia como grupo de edad, habrá que añadir los derivados de proceder de "una infancia especial" o de la inmigración.*

En los países desarrollados concluye la infancia en condiciones sanitarias consideradas como excelentes desde el punto de vista biológico: baja tasa de mortalidad infantil, enfermedades infecciosas evitadas y con amplios programas de inmunización activa, mejores fundamentos en la nutrición, profilaxis de situaciones carenciales antes habituales (ferropenia, caries, yodo, vitamina D...), en ambiente de buen saneamiento e higienización en aguas y alimentos, con "casi desaparición" de secuelas de las infecciones estreptocócicas, con subnormalidades "evitables, evitadas" (fenilpiruvia, hipotiroidismo congénito...), con unos recursos sanitarios "próximos a altos grados de satisfacción", y en un medio social que cuenta al analfabetismo entre las taras superadas y dispone de adecuadas fuentes educativas y atención a problemas sociales.... Y en este estado, se inicia la adolescencia.

Con las palabras de Rousseau, "nacemos dos veces, una para existir y la otra para vivir; una para la especie, la otra para el sexo", se destaca una de las características de ésta etapa crítica de la existencia humana. Es bien conocido que en esta fase se presentan importantes cambios, problemas emocionales y conductas de riesgo para la salud, tales como depresión, ideas suicidas, conductas sexuales promiscuas, consumo de alcohol, drogas y tabaco y accidentes, entre otras. Tal es así, que se puede afirmar *que las amenazas para la salud del adolescente proceden predominantemente de la conducta, más que de las condiciones biomédicas. Los comportamientos*

de riesgo suelen ser adquiridos tempranamente y múltiples simultáneamente.

IV.- La aproximación al estudio globalizado de la adolescencia implica, obligatoriamente, consideraciones en torno a:

- a) Demografía, estado de salud, calidad de vida y sanidad.
- b) Aceptación de la existencia de "una morbilidad diferente".
- c) La presencia de factores condicionantes o moduladores de su morbilidad:
- d)
  - 1. Las nuevas necesidades de la edad: El proceso de crecimiento/maduración (maduración biológica, crecimiento esquelético, desarrollo psicológico). La adquisición "progresiva" del papel del adulto. Los cambios ambientales (ambiente social, entorno legal).
  - 2. La mejor calidad de vida y la menor mortalidad infantil. Enfermedades infecciosas evitadas. Subnormalidad prevenible "evitada". Mayor supervivencia con niños "tecnológicamente dependientes".
  - 3. La dinámica demográfica. "El niño como bien escaso, superprotegido". El niño y el adolescente en situaciones familiares "especiales" (*el hijo único, el hijo tardío, el hijo adoptado, el niño con falta del padre o de la madre, el hijo de padres divorciados o separados con o sin nuevos núcleos familiares, el niño en instituciones sin demostraciones de afecto y de contactos físicos con la madre*).
  - 4. Los estilos de vida y su influencia en la salud. El hipotético "deterioro genético" de la especie humana por el avance médico en el tratamiento de las enfermedades genéticas. La influencia de la pobreza y la contaminación. Los niños y adolescentes del "cuarto mundo". El mito de la calidad de vida como "un absoluto". La influencia de la ética. La nueva morbilidad, las "nuevas epidemias" (problemas funcionales que afectan a la conducta, desarrollo e integración social del niño y problemas psicosociales. Los trastornos condicionados y dependientes de la violencia, pobreza, drogadicción, virus de la inmunodeficiencia y niños médico - tecnológicamente dependientes).
  - 5. Lo "prevalente" con *riesgo de mortalidad*: violencias, neoplasias, drogas, etc. *Lo "emergente" o los nuevos sobrevivientes*: IRC trasplantados, fibrosis quística, cardiopatías complejas operadas. *La "morbilidad demorada"*: la

TABLA III. PRINCIPALES ASPECTOS DE LA SALUD Y EL DESARROLLO EN LA ADOLESCENCIA (ADAPTADO DE McANARNEY).

1.	<b>Desarrollo físico y psicológico. Desarrollo precoz y retrasado.</b>
2.	<b>Aspectos clínicos de la asistencia sanitaria del adolescente.</b> Entrevista, derechos legales de los menores, carácter confidencial, valoración ginecológica, asistencia sanitaria del adolescente sano, autoexploración.
3.	<b>Consecuencias del comportamiento temerario.</b> Actividad sexual: embarazo, enfermedades de transmisión sexual; violencia: accidentes, suicidio, homicidio; abuso de sustancias.
4.	<b>Nutrición.</b> Necesidades básicas para la nutrición del adolescente; obesidad, anorexia, bulimia y variantes.
5.	<b>Enfermedades crónicas.</b> Trastornos congénitos, genéticos, neurológicos, endocrino/metabólicos, hematológicos, oncológicos, vasculares del colágeno/reumáticos, infecciosos, otros.
6.	<b>Medicina deportiva. Aspectos ortopédicos.</b>
7.	<b>Patología diversa.</b> Aspectos dermatológicos. Salud reproductora. Problemas escolares. Trastornos psicofisiológicos. Trastornos psiquiátricos.
8.	<b>Miscelánea.</b> Malos tratos/abandono; fugas; encarcelamiento; prostitución; delincuencia juvenil.

patología del adulto condicionada / iniciada en la niñez y/o adolescencia.

V.- Los **trastornos médicos que afectan a los adolescentes** pueden representar secuelas de enfermedades de la infancia o la iniciación de **procesos patológicos que se manifiestan con más frecuencia en la edad adulta**. Pocos son relativamente específicos de los adolescentes o que tienen **manifestaciones, tratamientos o pronósticos diferentes de los de la infancia o la edad adulta**. Ahora bien la existencia de diversos problemas de la salud relacionados con el desarrollo del sistema reproductor y la iniciación de los trastornos médicos reproductores durante la pubertad y después de ella, hacen que la medicina de la adolescencia se configure como un "campo del saber y quehacer médico" bien diferenciado.

Las características de la **demografía actual** exigirán a los médicos, en un futuro próximo, preparación para atender adolescentes de diversos grupos raciales y étnicos, particularidad de singular impacto en sus problemas de salud, por

la fuerte dependencia de estos con la conducta. También han de hacerlo para ocuparse del importante porcentaje con cierto grado de **limitación de sus actividades escolares o deportivas debido a enfermedades crónicas**

El desarrollo tecnológico y los progresos científicos aplicados a niños con patología compleja hace que alcancen la adolescencia y la edad adulta. La utilización de los servicios sanitarios por este tipo de adolescentes es, obviamente, mas alta. La repercusión sobre "la salud familiar" en el caso de **adolescentes tecnológicamente - dependientes** es un factor de relieve a tener en cuenta. Preparación no menos exigente para los considerados **adolescentes en riesgo**, es decir aquellos que participan en una **serie de conductas de alto riesgo** (huir del hogar, vivir en las calles, abandonar la escuela, mantener actividad sexual precoz, consumir drogas o tener conducta antisocial) que comprometen su salud física y mental.

Una gran parte de los adolescentes que abandonan el hogar buscan la solución a una situación intolerable, por lo general como resultado de **una familia sumamente disfuncional** (desavenencia conyugal, tensión familiar, conducta antisocial del adolescente). Estos adolescentes con deficiente base educacional y sin experiencia laboral recurren a actividades ilícitas para sobrevivir. Para continuar sobreviviendo y satisfacer sus necesidades físicas básicas, alrededor de dos tercios participan en actividades ilegales como tráfico de drogas, sexo de supervivencia, pornografía, hurtos y robo con violación de propiedad o robo a mano armada.

Si bien es cierto que la adolescencia tiene numerosos y heterogéneos "problemas de salud", no lo es menos que nos encontramos ante una etapa de las de menor morbimortalidad. En ella, más importancia que los aspectos puramente biológicos, influyen los comportamientos y hábitos que implican factores de riesgo para la salud.

Como reflexión final presentamos la opinión de McAnarney, Kreipe, Orr y Comerci al afirmar que existen cuatro áreas que requieren especial atención para el pediatra:

1. El efecto que ejerce el desarrollo del adolescente en la homeostasis familiar: distanciamiento emocional del adolescente respecto a su familia como preparación para lograr su independencia, el llamado "distanciamiento emocional de la pubertad".
2. Las implicaciones para el desarrollo cognoscitivo.
3. Las implicaciones para el desarrollo de la personalidad.

4. El reconocimiento de los factores de riesgo en los años previos a la adolescencia.

Este IV Curso de Excelencia, recogiendo el sentir del pediatra que inicia del siglo con grandes inquietudes, encuadra adecuadamente su temática con la presentación de conocimientos y experiencias precisos para el eficaz acercamiento a los sobresalientes aspectos de la adolescencia

## BIBLIOGRAFÍA

1. Bueno G. Adolescencia: Antropología comparada. En: Segovia de Arana JM, Mora Teruel F. Sociopatología de la adolescencia. Madrid: Farmaindustria. Serie Científica; 1998. p. 23-56.
2. Crespo M. Pediatría 1997, en la frontera de dos siglos. (Cambios necesarios en el quehacer y el enseñar). Oviedo: Real Acad. Medicina Ast. y León; 1997.
3. Crespo M. Morbilidad prevalente en la adolescencia. Antiguas y nuevas enfermedades. En: Segovia de Arana JM, Mora Teruel F. Sociopatología de la adolescencia. Madrid: Farmaindustria. Serie Científica; 1998. p. 135-164.
4. Elster AB, Kuznets NJ. Guía de la AMA para actividades preventivas en el adolescente (GAPA). American Medical Association. Madrid: Díaz de Santos; 1995.
5. Galdó G. Adolescencia. En: Crespo M, Brines J, Jiménez R. Cruz Compendio de Pediatría. Barcelona: Espaxs; 1997.
6. McAnarney ER, Kreipe RE, Orr DP, Comerci GD. Medicina del adolescente. Bogotá: Panamericana; 1994.
7. Segovia de Arana JM, Mora Teruel F. Sociopatología de la adolescencia. Madrid: Farmaindustria. Serie Científica; 1998.

---

## 2. NUEVAS ESTRATEGIAS EN LA ATENCIÓN AL ADOLESCENTE

**G. Castellano Barca**

*C.S. La Vega-Zapatón. Torrelavega. Cantabria.*

## RESUMEN

La población española adolescente representa el 17% de la población total frecuentando la consulta menos de lo deseable, al menos una vez al año, debido a la estimación errónea que tienen acerca de su salud, y a las carencias asistenciales, ya que la consulta tradicional resuelve los problemas orgánicos pero no es aceptada por los adolescentes

para los problemas psicosociales, mentales, familiares o los relacionados con el consumo de sustancias tóxicas, legales e ilegales. Entre los motivos aducidos para no acudir a la consulta tradicional figuran los burocráticos, tiempo escaso, consultas compartidas con niños o adultos y dudas sobre el mantenimiento de la confidencialidad e intimidad.

Proponemos la creación de otros modelos de consulta, en el ámbito público o privado, salvando los inconvenientes mencionados y teniendo en cuenta el acondicionamiento específico de sala de espera, de exploración y despacho, personal idóneo y tiempo de consulta adecuado.

Es necesaria una formación académica en problemas de la adolescencia, así como la creación de Unidades de Hospitalización para Adolescentes, consultas externas como Consulta Joven o Clínica Escolar para Adolescentes, Unidades de Salud Mental Infanto - Juveniles y Programas de Educación para la Salud de los Adolescentes en centros escolares supervisados por el pediatra. Algunas de estas estructuras son más operativas si están situadas en la órbita asistencial de los Centros de Salud.

**Palabras clave:** Consulta; Adolescentes; Escuela; Joven; Programa; Educación; Salud.

## INTRODUCCIÓN

Los adolescentes representan el 17% de la población española y entre los 12 y 19 años de edad debieran acudir a la consulta médica al menos una vez al año, aunque ésta no tenga siempre carácter exploratorio-diagnóstico, ya que el conocimiento previo permite en muchas ocasiones ejercer a modo de asesoría sanitaria con buenos resultados.

Los motivos de consulta varían en nuestra experiencia según se trate de un consultorio organizado al modo tradicional, o específico para este grupo de edad, y así mientras que en el primer caso los problemas giran en torno a la patología orgánica con leves apuntes de otro tipo, en el caso de la consulta específica, los primeros lugares son ocupados por cuestiones relacionados con la sexualidad, salud mental, y drogas legales e ilegales. Estos hechos, constatados por otros autores, revelan que es necesaria otro modelo de atención sanitaria integral<sup>(1)</sup>.

Por otra parte es evidente que la asistencia pediátrica hasta la pubertad es óptima en nuestro país en la actuali-

dad, y que sobre este grupo recayeron siempre los esfuerzos para mejorar la calidad, lo que no se ha producido en la etapa adolescencia-juventud.

En la sociedad actual se producen hechos de magnitudes no conocidas hasta ahora como el desarrollo tecnológico y de los medios de comunicación, la creciente incorporación de la mujer al mundo del trabajo, las crisis familiares y la supeditación frecuente de los valores éticos y humanos a los económicos.

Una aportación más a la situación actual la ofrece J. Elzo en la obra "Jóvenes Españoles 99", y en la que aun admitiendo que si alguna característica es inherente a la juventud esta es la pluralidad, establece una tipología de los adolescentes basada en hechos estadísticos. Según este autor pueden establecerse cinco grupos fundamentales en el total de la población española juvenil: altruista-comprometido (12,22%), retraído-social (28,3%), institucional-ilustrado (29,67%), libre-disfrutador (24,68%) y por último antiinstitucional (5%).

## ¿QUÉ ESPERAN LOS ADOLESCENTES DEL MÉDICO?

Es probable que las conclusiones elaboradas en 1992 por un grupo de adolescentes en la Reunión Anual de la Sociedad Española de Medicina del Adolescente sigan siendo validas:

- Que nos comprenda y podamos confiar en él.
- Que nos dedique tiempo suficiente.
- Que nos ayude a enfrentarnos a las depresiones.
- Que sea accesible.
- Que conozca nuestro ambiente.
- Que sepa analizar nuestros problemas.
- Que la consulta sea seria y personalizada.
- Que la consulta esté cerca del adolescente y del joven.

## UN POSIBLE MODELO ASISTENCIAL

La OMS define a la adolescencia como el periodo comprendido entre 10 y 19 años de edad, al final de los cuales se habrán conseguido tres hitos claves en el desarrollo<sup>(2)</sup>:

- Maduración sexual (procreación).
- Maduración psicológica (identificación).
- Maduración social (independencia).

Para atender debidamente al adolescente en su desarrollo hacia la etapa adulta se precisan unos requisitos:

1. Formación académica en medicina del adolescente en pregrado y postgrado.
2. Formación de profesionales que puedan liderar futuros equipos asistenciales.
3. Unidades de Hospitalización para Adolescentes, separadas de niños y adultos.
4. Promoción de la investigación y de los conocimientos en esta área.
5. Consultas externas según modelo que expondremos mas adelante

## UNIDADES PARA ADOLESCENTES

### 1. Hospitalarias

A nivel terciario son la referencia que coordinaría la docencia y la investigación, además de prestar la asistencia sanitaria. Contarán con Hospital de día para ciertas patologías médicas, quirúrgicas o mentales.

### 2. Extrahospitalarias

Son más operativas que las hospitalarias<sup>(3)</sup> y pueden ubicarse en Centros de Salud, Sociedades de Seguro Libre o Consultorios Privados, coordinadas por un pediatra experto, que podrá solicitar la ayuda de otros profesionales.

En estas consultas existirá siempre la posibilidad de atender a un paciente en el mismo día que lo solicite para lo cual se reservará un turno. La sala de espera será adecuada con la decoración apropiada<sup>(4)</sup> a esa edad con folletos informativos y pósters apropiados.

El despacho permitirá el acomodo del médico, adolescente y posibles acompañantes. Existirá un biombo y/o apartado para que pueda desvestirse, así como alguna prenda sanitaria. Es imprescindible la presencia de enfermera o auxiliar en algún momento de la exploración, salvo opinión expresa en contra, con el fin de evitar posibles imputaciones o malas interpretaciones.

La primera visita durará de 30 a 40 minutos si bien puede facilitarse rellenando previamente cuestionarios existentes que permiten una completa cumplimentación de los datos necesarios. Escapan a esta exposición las consideraciones sobre técnicas de entrevista y enfoque clínico.

## TIPOS DE CONSULTA

### 1. Consulta tradicional

Es mal aceptada por la escasez de tiempo, por compartir sala de espera y despacho con niños y/o adultos y porque consideran que no se garantiza la confidencialidad e intimidad.

### 2. Consulta joven

Es la más adecuada. Situada en lugar diferente a la consulta pediátrica y a ser posible en una zona del Centro de Salud poco transitada cumple los requisitos necesarios. Además de los motivos de consulta ya mencionados se ocupará también de vacunas, alimentación, supervisión médica deportiva u otros temas sugeridos.

### 3. Clínica escolar para adolescentes

Nacieron en EE.UU. entre 1960 y 1970 en los Centros de Enseñanza Media y Profesional para frenar el deterioro físico, mental y social que sufrían los jóvenes<sup>(5)</sup>. Se realizan exámenes para detección de problemas, y seguimiento y tratamiento de las patologías existentes, de común acuerdo con su médico. En nuestro país este tipo de asistencia pudiera no ser necesaria ya que entendemos que es más fácil instaurar una red de Consulta Joven aprovechando la excelente infraestructura de los centros de salud.

### 4. Unidades de salud mental infanto-juvenil

Son absolutamente necesarias dada la elevada prevalencia de problemas mentales y emocionales. Actualmente están en fase de expansión.

## REFLEXIONES

Cualquier tipo de consulta debe atender la salud del adolescente de forma integral no propiciando la idea de que su actividad se centra principalmente en sexualidad-reproducción o drogas legales ilegales. Además, deben tener una fácil comunicación con las Unidades de Salud Mental Infanto-Juvenil de forma que se puedan realizar interconsultas entre médicos o se pueda hacer una derivación rápida si el caso lo requiere. En este sentido nuestra experiencia es muy positiva, ya que hemos conseguido un acuerdo con nuestra Unidad de referencia que hace muy fluida la relación.

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

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

## BIBLIOGRAFÍA

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

## 3. INTERVENCIÓN EN LA SEXUALIDAD INFANTIL Y ADOLESCENTE

**Félix López Sánchez**

*Catedrático de Psicología de la Sexualidad. Universidad de Salamanca*

### INTRODUCCIÓN

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

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

## SEXUALIDAD INFANTIL PREPUBERAL

### Estudios realizados

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

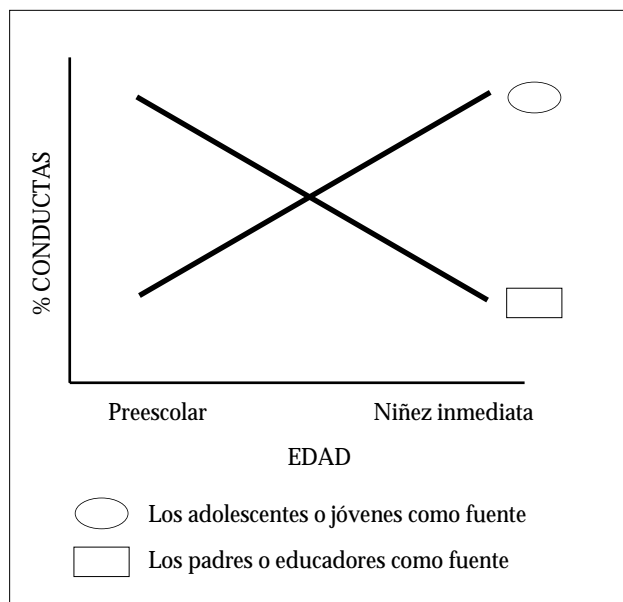
De hecho, los pocos estudios que se han realizado tienen numerosas limitaciones:

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

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

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

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



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

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

## MANIFESTACIONES Y PROBLEMAS DE LA SEXUALIDAD INFANTIL

### La masturbación

#### Algunos datos

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

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

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

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

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

### Masturbación saludable y masturbación como problema

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

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

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

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

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

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

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

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

### Los niños hacen preguntas

#### *Las preguntas que hacen*

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

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

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

#### *Criterios de respuesta*

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

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

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

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

Por ejemplo, aplicado a los diferentes tipos de preguntas:

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

### **Juegos de imitación**

#### *Los juegos*

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

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

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

#### *Los criterios de intervención*

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

Sólo tiene sentido la intervención de los adultos si:

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

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

### **OTRAS MUCHAS CONDUCTAS SEXUALES. EL PROBLEMA DE LOS ABUSOS**

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

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

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

En preguntas complementarias afirman que los moti-

**TABLA I. FUENTE: JÓVENES. CONDUCTAS SEXUALES PREPUBERALES RECORDADAS**

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

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

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

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

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

## PROCESOS BÁSICOS Y PROBLEMAS

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

### Las relaciones afectivas y la sexualidad

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

### **La adquisición de la identidad sexual y el rol de género**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

### La moral sexual

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

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

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

## LOS ABUSOS SEXUALES

### Las dimensiones del problema

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

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

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

### Líneas de intervención

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

- a) Prevenidos.
- b) Detectados.

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

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

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

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

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

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

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

### Los afectos y sus posibles problemas

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

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

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

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

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

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

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

## PUBERTAD Y ADOLESCENCIA

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

### La pubertad y sus posibles problemas

#### *La pubertad normal y su gran variabilidad*

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

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

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

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

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

#### *Los problemas de imagen corporal*

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

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

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

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

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

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

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

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

### **La identidad sexual y sus posibles problemas**

#### *Identidad sexual y rol de género*

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

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

#### *Dos identidades y derecho a la diversidad*

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

#### *Los problemas de identidad sexual*

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

### **Las prácticas sexuales y sus posibles problemas**

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

#### *Los hechos*

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

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

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

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

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

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

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

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

#### *El precio que pagamos*

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

**TABLA II. LAS CAUSAS**

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

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

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

#### *Las causas*

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

#### *La intervención*

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

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

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

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

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

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

- Informales de cuales son las prácticas seguras

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

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

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

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

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

## **La orientación del deseo y sus posibles problemas**

### *La orientación del deseo heterosexual*

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

### *Los posibles problemas*

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

---

#### 4. TRIBUS URBANAS

**G. Galdó Muñoz**

*Catedrático de Pediatría. Universidad de Granada*

##### INTRODUCCIÓN

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

##### LA ADOLESCENCIA

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

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

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

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

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

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

de pertenecer a un grupo de iguales. Lo confirma el hecho de que los adolescentes que tienen una buena adaptación familiar también se enrolan en este tipo de grupos. Naturalmente, en los casos en los que el adolescente esté afectado por una desvinculación familiar (por ejemplo, cuando tenga un enfrentamiento habitual con sus padres), se reforzará el interés inicial por integrarse en un grupo extrafamiliar, como un refugio.

#### EL TIEMPO LIBRE, EL OCIO Y LA INTEGRACIÓN EN GRUPOS

Esa convivencia en el seno del grupo de amigos confiere al adolescente un estatus adaptado a su nueva edad. Le ayuda a actualizar el autoconcepto y a configurar su identidad personal. El tiempo libre es, además, un recurso y un bálsamo necesario para que el adolescente se libere y se recupere de las tensiones y frustraciones típicas de su edad. El tiempo libre es visto por el adolescente como una situación que le permite actuar más libremente y estrenar la libertad que acaba de descubrir. El principal interés de ahora es conseguir más tiempo libre (todo lo que obtiene le parece siempre poco); pasárselo bien -cada vez mejor- en ese tiempo; ser aceptado y tener éxito en el grupo de amigos.

La vida en el grupo de iguales es el principal medio de socialización en esta etapa: hace posible aprender y experimentar nuevos papeles; probarse a sí mismo; desarrollar actitudes positivas para la convivencia (cooperación, solidaridad, etc.). En ese grupo homogéneo (integrado inicialmente por personas del mismo sexo) suele existir una conciencia de grupo muy fuerte. Se desarrolla una marcada identificación con el grupo con su líder, junto con una abierta hostilidad hacia quienes quedan fuera del mismo.

En este ambiente grupal hay, entre otras, dos conductas habituales de tipo negativo. Una de ellas, es el conformismo: se acatan ciegamente los gustos y modos de vida que rigen en el grupo. La segunda, es el gregarismo: las experiencias de vida colectiva dificultan mucho el estilo de vida personal; los miembros del grupo están unidos entre sí por medio de vínculos de tipo emocional que predisponen a seguir servilmente las conductas previstas. Pero el grupo típico de la adolescencia cumple su función a pesar de tales limitaciones. Lo que se espera de él en ese momento es tan

sólo una solución provisional para algunas necesidades y problemas del adolescente. Ya llegará más adelante otro tipo de recursos que favorecerán una conducta más personalizada (sobre todo en el ámbito de la amistad y del amor).

Junto con estos efectos, el tiempo libre y su integración en grupos tiene en la adolescencia algunos riesgos importantes. Siempre existe el peligro de que el adolescente plantee ese tiempo como liberación y evasión sin medida, al margen de los principios éticos aprendidos en la familia y en la escuela, dando lugar así a todo tipo de conductas permisivas. Es especialmente peligroso y preocupante que esta solución provisional pretenda ser permanente. En ese caso el grupo se convertirá en un medio para evitar las responsabilidades propias de la vida adulta, lo que le mantendrá en muchas ocasiones en un estado de inmadurez permanente.

En ninguna otra época histórica tuvieron los adolescentes tantos medios y tantas oportunidades para pasarlo bien y divertirse como hoy: nuevos deportes; nuevos juegos (videojuegos); oportunidades de viajar y de realizar nuevos aprendizajes (idiomas, informática, Internet, etc.) Y, a pesar de todo eso, muchos de ellos no se divierten, se aburren.

Es conveniente conocer las causas. En primer lugar está el exceso de oferta. En segundo lugar es el ritmo tan trepidante que dan a la vida diaria, viviendo de forma acelerada y con desasosiego. En tercer lugar cuando se divierten, huyen de su propia realidad personal para perseguir cosas que están fuera de ella. Esta fuga deja al adolescente desvalido de identidad y, por ello, a las puertas del aburrimiento. En conjunto podemos decir que no se aburren de ninguna cosa en concreto, sino, posiblemente, de sí mismos. El fondo del problema es que no se ven a sí mismos como seres interesantes.

A los adolescentes de hoy, a menudo, no se les da la oportunidad de divertirse libremente, aportando su imaginación y creatividad personal. La industria del tiempo libre, con la ayuda de la publicidad, piensa por ellos; les vende una diversión comercializada totalmente hecha, y se la sirve en los bares, discotecas y salas de juegos con máquinas electrónicas. Los adolescentes de la movida se convierten así en un rentable mercado para el gran negocio de la diversión.

La movida, también llamada, botellón, disco, taquilla, rumba, etc. es la diversión nocturna de los adolescentes, tan de moda en los países industrializados del mundo occidental, en la que se confunde el ocio con la ociosidad. Es indu-

dable que hay que descansar y divertirse, pero sin abandonarse, ya que la vida ociosa anquilosa tanto el cuerpo como el espíritu. Por ello en la movida suele ser muy difícil alcanzar los fines que, en principio, tiene el tiempo libre: el descanso físico, el descanso psíquico y contemplación festiva.

La movida consiste en vagar muchas horas durante la noche, igual para todos, con el propósito de disfrutar a tope de experiencias relacionadas con los sentidos externos, en un ambiente de gran aglomeración de personas que se desconocen entre sí, haciendo siempre lo mismo, de forma impersonal, pues en los bares y discotecas la música a todo volumen no deja margen para la conversación.

En la movida no sólo no se descansa física, ni psíquicamente, se acaba agotado, ya que generalmente el cuerpo acusa la inversión del ritmo sueño y vigilia y se crea tensión, ansiedad y en muchas ocasiones aburrimiento, lo que condiciona que cada vez se busquen diversiones más excitantes, aumentando aún más el cansancio.

En la movida no hay posibilidad para la fiesta. Falta silencio, sosiego, diálogo, actitud contemplativa y sobra ruido, bullicio, alboroto y trepidación. A ello se suma el consumo de alcohol, cada día más intenso en los adolescentes (en España la edad de la primera borrachera es, en bastantes casos, alrededor de los trece años), con las ulteriores consecuencias: accidentes de tráfico, comas etílicos, participar en una batalla campal a la salida de un bar o de una discoteca, etc.

Las causas de este fenómeno en relación con el alcohol son muy variadas. He aquí algunas de ellas: problemas familiares serios (malos tratos, padres divorciados, etc.); padres y hermanos mayores alcohólicos; carencias afectivas en la familia; tolerancia social en el consumo de alcohol, incluida la de no sancionar a los establecimientos que venden bebidas alcohólicas a menores; inducción de los adolescentes al consumo de alcohol, con la publicidad. Hay otro tipo de causas que están estrechamente relacionadas con la psicología del adolescente, pues el consumo de bebidas alcohólicas tiene para muchos adolescentes de hoy un simbolismo cultural: es un rito colectivo de iniciación en la vida adulta; es un medio para liberarse de condicionamientos internos (miedos, timidez, ansiedad, etc.) y reformular la personalidad; es la llave que abre la puerta de la alegría y de la felicidad; es un recurso para ponerse en la misma onda que los demás.

## LAS TRIBUS URBANAS

Las tribus urbanas son pandillas, bandas o grupos de adolescentes y jóvenes que se visten de modo parecido, siguen hábitos comunes y se hacen visibles sobre todo en las grandes ciudades, poblándose los centros y la periferia de las ciudades de lo que muchos denominan jóvenes diferentes a los normales.

Las tribus urbanas se hacen notorias, en nuestro país, a partir de los años 70-80 en los medios de comunicación y en las calles, adquiriendo un relieve especial, con sensacionalismo a los desmanes de los grupos violentos -como los skins- o a los efectos del gamberrismo sobre el mobiliario urbano. Las ciudades se pueblan de jóvenes que expresan su rebeldía, o simplemente su diferencia, ocupando espacios y tiempos -especialmente, las noches- u otros eventos (conciertos, etc.), que hasta el momento habían estado reservados a la población juvenil que podemos llamar como normales.

La neotribalización es una respuesta, social y simbólica, frente a la excesiva racionalidad burocrática de la vida actual, al aislamiento individualista a que nos someten las grandes ciudades, y a la finalidad de una sociedad extremadamente competitiva, como la posibilidad de encontrar una nueva vía de expresión, un modo de alejarse de la normalidad que no les satisface y, ante todo, la ocasión de intensificar sus vivencias personales y encontrar un núcleo gratificante de afectividad. Se trata, desde muchos puntos de vista, de una especie de cobijo emotivo por oposición a la intemperie urbana contemporánea que, paradójicamente, les lleva a la calle.

Son consecuencia, en parte de la ambigüedad con que la sociedad adulta trata a los jóvenes. Estos son, generalmente, objeto de pasiones contradictorias. De un lado, se presentan como promesa de futuro, los que han de mantener la continuidad de una civilización, pero, de otro, son vistos como una amenaza en la medida en que pueden traicionar los valores de sus padres. De aquí que los movimientos juveniles -sobre todo si son rebeldes- tiendan a satanizarse por la propia sociedad en que surgen. Esa satanización es la que nos ha permitido poner de relieve, de modo bien preciso, algunas claves del entramado cultural de nuestras propias sociedades que combina la idolatría aparente de lo juvenil con una exclusión aterrorizada de lo que suponga participación de los jóvenes en la toma de decisiones; en definitiva, un síndrome que revela la propia debilidad de ciertos planteamientos.

Parece claro que los adolescentes y los jóvenes son especialmente sensibles a su situación en el mundo. Por eso dependen estrechamente -aunque a veces no lo parezca- de la consideración de los otros y buscan, por infinidad de medios, construir su propio estatus relacional. De aquí su trabajo incansable sobre la apariencia, la ropa, los modos y modas, y su habitual tendencia a significarse. En este contexto, las tribus suelen proporcionarles claves, métodos accesibles, y una especie de manuales no escritos para determinar su propia expresividad.

La otra clave de las tribus urbanas es la afectividad grupal que son capaces de dispensar. Sus miembros acuden a ellas, entre otras cosas, para sentir la cohesión con los otros, para encontrar apoyo sentimental y para compartir experiencias y actitudes con quienes consideran iguales. Todo ello encuentra en la tacticidad -el contacto material- una buena vía de existencia.

Las tribus son un ámbito de contacto físico, una oportunidad para la cercanía de los cuerpos y de los sentidos, una ocasión para la evasión de un mundo demasiado frío y tecnologizado que ha hecho de la distancia y el aislamiento su naturaleza propia.

Pero búsqueda de reputación y afectividad se combinan en las tribus con el espíritu de rebeldía y de marginación que la mayoría de ellas tienden a exaltar y que constituye la tercera clave de la neotribalización. Los jóvenes y adolescentes que se alistan a las tribus tienen, en general, actitudes de contestación a la sociedad adulta o sus instituciones. De alguna manera, se sienten minusvalorados o desplazados por el sistema -la escuela, la familia, los adultos, etc.- y quieren conducirse de un modo que expresa que se resisten a ese desplazamiento.

De esta manera, cuando se visten, se adornan o se comportan siguiendo ritos, ritmos y costumbres que no pertenecen a la normalidad adulta, están manifestando su rebeldía y buscando, a través de ella, la construcción de una nueva identidad y de una nueva reputación.

Los elementos tribales son, en este sentido, una oportunidad para provocar o distanciarse de las instituciones, tanto como un mecanismo a través del cual crear una nueva socialidad, una nueva agrupación capaz de conferir a los jóvenes un nuevo estatus. Se trata, pues, de elementos que tienen que combinar una cierta agresividad hacia el entorno adulto con un estímulo positivo para el miembro del grupo.

La agresividad, en este sentido, es extragrupal -muchas veces dirigida contra la normalidad y, otras veces, se desplaza hacia otras tribus que son vistas como el enemigo- mientras que los elementos de incentivación positiva son intragrupal. Un skin, por ejemplo, buscará combatir a los que considera sucios -mendigos, homosexuales, gentes de otras razas, punks- alardeando de su capacidad de violencia... pero, al mismo tiempo, alentará y mimará cariñosamente a los miembros recién llegados a su grupo.

*En una tribu urbana se dan las siguientes características:*

1. Hay un conjunto de reglas a las que decide confiar su imagen.
2. Le permite salir del anonimato.
3. Tiene lugar juegos vedados a un individuo normal.
4. Se reafirma su identidad.
5. Constituye un factor potencial de desorden y agitación social, no queriendo formar parte de la sociedad adulta.
6. El "look" revela una actitud, pudiendo ser agresiva.
7. La relación al grupo es intensa y aporta un sentido existencial.
8. Los punks y los skins son los que mejor responden a las subculturas.
9. La música y los deportes son los canales y fuentes de inspiración más frecuentes.
10. Las actitudes más violentas se acompañan de una imagen de marca.

Finalmente, hay que hacer mención a los medios de comunicación, la cuarta clave. Ellos son coparticipes en la propagación y desarrollo de los fenómenos tribales entre la juventud. La música, el cine, pero también el periodismo han servido para difundir modas y estilos propios de las tribus, para aportar, en definitiva, los elementos esenciales de un imaginario grupal que sin su apoyo encontraría escasa resonancia.

Y esto no se debe sólo a que los medios son los difusores básicos de modelos de conducta y valores en nuestra sociedad. Los medios encuentran en las tribus un objeto noticioso de un atractivo tal que, literalmente, quedan seducidos en su lógica. Ello indica que las tribus urbanas -especialmente la de los skins- han encontrado, conscientemente o no, un sistema muy eficaz de hacer marketing de sí mismas.

En muchos casos, sus modas, estilos y costumbres han trascendido a los circuitos normalizados de la industria cultural contemporánea: su música se difunde a través de

audiencias masivas, sus modas son recreadas por modistos de alta costura, los cineastas mimetizan sus escenarios y sus estéticas, y los periodistas alientan la información sobre sus gestas.

Hay, pues, como una especie de alianza táctica entre medios y tribus. Ambigua, como muchas alianzas: de un lado, los medios, en muchas ocasiones, demonizan a las tribus al tiempo que contribuyen a su desarrollo; de otro, las tribus, que dicen rebelarse contra los propios medios, en realidad, y muy a menudo, parecen plegarse a sus dictados.

Los argumentos se convierten a menudo en eslóganes, los temas sociales en consignas claras y concisas. La palabra cede espacio a la persuasión violenta, y paralelamente se manifiesta una desconfianza instintiva hacia el discurso social oficial, por ejemplo, y en especial, al discurso político. El enemigo, queda descalificado no por lo que dice o hace en realidad, sino en función de lo que parece representar o ser: un diferente, un otro al que hay que oponer acción (represión) y no argumentos.

Para completar esta visión panorámica se hace un comentario de las características principales de las más importantes tribus urbanas, desde los Rockabillyes, los Teddys boys y sus sucesores, los Rockers (Hell's angels) caracterizados por tupé, patillas, cazadoras cortas, tejanos, grandes hebillas, insignias dibujadas a mano, botas camperas o con punteras, las chicas con los cabellos teñidos bambas y minifal-

das, a los que les gusta el rock&roll, con una ideología tradicional, sólo son violentos como consecuencia del alcohol y sus enemigos los Mods., pasando por el movimiento Hippy, los Skins, los Skindheds, los Hooligans, los Punkys, los góticos y atracciones perversas, los Tecknos y los Okupas, etc. Por último y en relación a las nuevas tribus urbanas no podremos olvidar otros que podríamos incluir dentro del amplio concepto de tribus urbanas, como son: los Clubbers, el clásico y/o adicto a la moda, el deportista, el trotero o viajero, el informático, los Hackers, y el solidario.

#### BIBLIOGRAFÍA

1. Pere Oriol, Pérez Tornero JM, Tropea F. Tribus urbanas. Barcelona: Paidós; 1996.
2. Castell P, Silber TS. Guía práctica de la salud y psicología del adolescente. Barcelona: Ed. Planeta; 1998.
3. F.Ph. Rice. Adolescencia. Desarrollo, relaciones, cultura. Ed. Prentice Halla. Madrid, 1999.
4. McAnarney ER, Kreipe RE, Orr DP, Comerci GD. Medicina del adolescente. Buenos Aires: Ed. Medica Panamericana; 1994.
5. Paka Díaz. El semanal, 23 julio 2000.
6. Olalla C. El Semanal, 24 septiembre 2000.
7. El Semanal, 17 diciembre 2000.
8. Página de internet: [www.tribus.com.ar](http://www.tribus.com.ar)