

Necesidades sexuales en la infancia y adolescencia

Joan Vílchez Cambronero (*)

Ponencia presentada en el VI Congreso Español de Sexología, celebrado en Barcelona del 28 al 30 Junio 1996, en la Mesa Redonda sobre: "Sexualidad, infancia y adolescencia"

Introducción

A partir de la práctica interdisciplinar que desarrollamos los/as profesionales de la ES.TE.R., deseo aportar algunas reflexiones, críticas y propuestas, desde nuestro enfoque sexológico como orgonoterapeutas post-reichianos.

Resumiré algunos de los factores que, desde la vida intrauterina hasta la vida adulta, condicionan la vivencia del placer, ya sea facilitando o inhibiendo, la maduración y la capacidad natural de expansión del ser humano.

Recopilo aportaciones básicas de mis maestros/as en la perspectiva reichiana: Federico Navarro, Xavier Serrano y Maite S. Pinuaga. Con ellos he realizado mi análisis personal y mi formación como orgonoterapeuta. Compartimos proyectos y actividades a nivel de investigación, clínica, profilaxis infantil y el intento de autorregulación en la vida cotidiana. También recojo aportaciones de otros/as autores/as reichianos y de orientaciones afines o convergentes.

Desde mi función profesional como psicoterapeuta y mi compromiso personal como padre, dedico este artículo, con amor y esperanza, a mi hija Alma y a "los niños y niñas del futuro" que vamos gestando en cada momento de nuestro presente.

1 - HACIA LA AUTORREGULACION SEXUAL

Entendemos la **sexualidad como instinto**, en sentido amplio, como tendencia natural-biológica de todo organismo vivo al placer. En el animal humano, al estar mediatizado por el factor cultural, el instinto sexual es transformado y distorsionado, dando lugar a pulsiones parciales condicionadas, que son las manifestaciones sexuales habituales.

Pero, como cualquier otro, el instinto sexual es un **regulador energético** del organismo. La sexualidad tiene que ver con cualquier dinámica **de placer** y en el fondo, cualquier actividad placentera es una actividad sexual, en sentido amplio.

Todos/as tenemos alguna **disfunción sexual** en esta sociedad, porque la función de la sexualidad, que es la autorregulación del instinto, no se desarrolla adecuadamente en esta cultura (1).

Dependiendo de las condiciones, favorables o adversas, en que cada niña/o ha tenido acceso al placer corporal, encontraremos en las personas adultas potencialidades... o limitaciones afectivas y sexuales más o menos ancladas.

En función del impacto que haya tenido la **carencia y la represión social del placer en la historia de cada persona**, especialmente en ciertas etapas y momentos críticos, nos encontraremos con diversos bloqueos de la **energía vital-sexual** (llamada "**orgón**" por Reich) y rigidez corporal y

caracterial, como reacción de supervivencia del animal humano, que inhiben el “yo” y configuran **la coraza bioenergética-muscular-caracterial-comportamental individual (2)**.

Ésta se refleja en típicas **estructuras de carácter** -sicótica, borderline y neurótica- con diversas **coberturas** o rasgos más marcados (narcisista, masoquista, compulsivo, fálico, histérico, etc), como formas cronificadas de defensa y protección ante el exterior y ante las propias pulsiones, dando lugar, en diferentes grados y modos característicos, a distorsiones en la percepción de la realidad y pérdida de contacto emocional, como resultado del **conflicto entre las necesidades afectivas - sexuales y un ecosistema hostil que impide su satisfacción**.

Frecuentemente, el discurso sexológico actual suele ignorar **la importancia de la prevención**, ocupándose los sexólogos/as de la reparación “mecánica” de las sintomatologías sexuales que presentan las personas adultas, tendiendo a “normalizar” las prácticas sexuales (curar o eliminar impotencias, vaginismos, etc.) o a banalizar los conflictos emocionales y patológicos que encubren los síntomas sexuales (la nueva moral del “todo está bien”), sin llegar a entender la lógica funcional que los sustenta.

Esta posición impide al paciente o cliente, por una parte, tomar conciencia del alcance real de su conflicto, de **la necesidad de un cambio global, personal y social**, que va más allá de la parcela de los genitales (se favorece el cambio superficial para evitar **el cambio esencial**).

Por otra, no se afronta la responsabilidad social, al no saber o no decir cómo hacer para que no ocurran tales disfunciones. Desde nuestra perspectiva, se trataría de poner los medios, no sólo clínicos sino los educativos y sociales posibles, para **evitar y prevenir el sufrimiento emocional y la patología sexual, ya desde la infancia y adolescencia**.

Para ello es preciso investigar y conocer la repercusión que tienen las vivencias tempranas del placer y del displeacer en el proceso de maduración afectivo-sexual, así como las consecuencias que aún tienen en la sexualidad de los/as adultos/as.

En la práctica sexológica convencional, a veces se intenta llegar a los/as jóvenes con alguna charla aislada, para informar y prevenir embarazos no deseados. Pero...¿cómo **garantizar el ejercicio de los derechos afectivos y sexuales durante la infancia y la adolescencia**, la vivencia saludable del placer?.

Durante los primeros siete años de vida tiene lugar la formación de la coraza, siendo la adolescencia una reactivación de lo vivido y una segunda oportunidad para su disolución...o para su consolidación.

Aquí es importante **diferenciar entre niño/a “normal” y niño/a “sano/a” (3)**. El considerado “normal” suele ser el niño/a “neurótico normalizado”, objeto de estudio de la psicología evolutiva, del psicoanálisis, etc. contraponiéndolo al “niño enfermo” que presenta patología clínica.

El niño/a “sano” es, para nosotros, **el niño/a autorregulado/a**, el que ha podido desarrollarse en un medio maternal-familiar funcional, habiendo sido tenido en cuenta y respetado en su ritmo biológico individual, suficientemente atendido en sus necesidades afectivas y sexuales naturales y criado en condiciones realmente saludables, contando con los límites sociales concretos, lo cual **nos plantea una crianza y educación alternativa**. Hacia este objetivo apunta la presente ponencia.

2 - GESTACION Y NACIMIENTO

La primera necesidad evolutiva del ser humano -y por tanto su primer derecho- es la de **ser bien acogido**, en las mejores condiciones que posibilitem su óptimo desarrollo.

Esto nos lleva a considerar la importancia del poner los medios a nuestro alcance para que **el embarazo** sea libremente deseado y aceptado por la madre y el padre, que sea fruto del amor en la pareja (no de “un fallo”, de la imposición física o moral, manipulación patológica de la relación, etc.).

En el **aborto**, que debiera ser libre y gratuito, así como en la defensa de los **métodos anticonceptivos**, se trata de salvaguardar la felicidad sexual antes que la procreación, de garantizar la salud y alegría sexuales. A pesar de los intentos de los “terroristas morales” de culpabilizar y

atemorizarnos por todos los medios, justificando con pseudo argumentos racionalizados su propia irracionalidad.

Lo óptimo es que el embarazo tenga lugar en **el momento adecuado**, en que haya una infraestructura material suficiente y una madurez y estabilidad emocional que posibilite el crear un buen espacio afectivo al nuevo ser.

Es necesario introducir medidas, sanitarias, legales, personales y sociales, para que de verdad la mujer sienta plena felicidad por **el hecho de ser madre**. Ya Reich advertía que “no es ningún placer tener niños en condiciones de vida miserables y con hombres a quienes no se ama” (4).

La disponibilidad de la madre y el padre para asumir sus funciones en cada fase, va a ser decisiva en la estructuración energética corporal del niño/a y en su maduración. Su mayor o menor **capacidad de CONTACTO** con las emociones y necesidades infantiles (y por tanto, con las propias), va a permitirles poner los medios más adecuados en cada momento o, por el contrario, van a provocar sufrimiento emocional y malos tratos en mayor o menor grado, obligando a la criatura a “adaptarse” (es decir, sobreesforzarse - contraerse - resignarse), a tener que recurrir a mecanismos compensatorios para soportar el displacer producido por la violencia activa o pasiva (consciente o inconsciente) de quienes depende su cuidado y estructuración afectivo - sexual.

En la vida intrauterina, el primer ecosistema en que el organismo humano habita, hay factores que inciden en la expansión o contracción, en el placer o displacer.

Sabemos el impacto de ciertas sustancias y agentes tóxicos sobre el desarrollo fetal: drogas, radiaciones, etc., que contaminan directamente este primer espacio vital; pero también los factores de estrés emocional que afectan a la madre llegan al feto, por vía hormonal, en el momento más crucial de su formación. Las consecuencias negativas en esta etapa pueden ser irreversibles, al afectar directamente al biosistema en fase embrionaria y fetal.

Es importante la capacidad de pulsación energética de la madre y la “calidez” de su útero; Reich observó que “los hijos de madres con gran potencia orgástica, son mucho más vitales que los de mujeres frías y acorazadas”.

El tipo y grado de acorazamiento de la mujer durante el embarazo, parto y maternage, incide directamente en la contracción o expansión del nuevo organismo (5).

El proceso del parto, la transición del medio acuático al terrestre, va a suponer para el biosistema humano un pasaje funcional o un acontecimiento traumático, según sean las condiciones maternas y sociales presentes.

Así, p.e., en una madre con la pelvis contraída, aumentará la angustia del neonato. Y no digamos ya el impacto que tienen las actuales condiciones ambientales hospitalarias en el nacimiento, que ha pasado de ser considerado un acontecimiento natural y humano a ser tratado como una enfermedad, y cuyos “protagonistas” (en lugar de ser “acompañantes”) suelen ser más el ginecólogo y el equipo médico que no la propia madre-bebé y su entorno personal e íntimo (6).

Y el padre, si le dejan estar presente, suele estar como un adorno, en vez de un compañero-amante de la mujer-madre en el acto profundamente sexual de dar a luz.

Toda mujer sabe parir y todo niño sabe nacer. Lo que pasa es que los condicionamientos socioculturales hacen olvidar ese conocimiento.

Son innumerables la cesáreas que hoy día se realizan sin una necesidad real. Habría que hacerlas sólo cuando sea imprescindible y en este caso introduciendo técnicas que atenúen el trauma materno-neonatal.

La episiotomía y los goteros ocitócicos alteran la fisiología y son necesarios a veces por errores previos, p.e. inmovilización de la mujer en la cama o en el potro al parir. La sencilla actividad corporal de deambular libremente, hace un suave masaje de los músculos sobre el útero; la posición vertical (de pie, sentada) favorece la compresión sobre el cuello uterino, estimulando el reflejo natural. No alteremos la naturaleza, sino que ayudémosla sólo cuando haga falta (7).

Es cuestionable la preparación al parto “mecánica” de moda hoy día. Se trataría de **preparar para la maternidad-paternidad** de forma funcional, previniendo el acorazamiento del feto-recién nacido, con un seguimiento adecuado en su desarrollo hacia la salud.

Cada gestación de un nuevo ser humano puede ser una ocasión para reflexionar y **recuperar nuestro vínculo con la naturaleza**, con la nueva vida que empieza a latir dentro del primer espacio uterino y cuyo latido sería necesario “escucharlo” también desde afuera, desde el espacio social.

Implicaría la posibilidad de adaptarnos nosotros a todas sus necesidades, de tenerlo en cuenta desde el principio, con la intuición y el conocimiento, poniendo los medios para satisfacer sus incipientes necesidades afectivo - sexuales, de comunicación y relación placentera con su entorno, “adaptando la sociedad al individuo” saludable y dignamente tratado, desde la vida intrauterina hasta la adolescencia, edad adulta, vejez y muerte.

3 - MATERNAGE Y ORALIDAD

Según Xavier Serrano (8), **la oralidad como fase biológica** consta de tres períodos entrelazados:

- Fase oral **primitiva**: desde vida intrauterina hasta las primeras semanas de vida.

- Fase oral **primaria** hasta los diez-doce meses de vida, momento del nacimiento real, así como del proceso de la identidad biológica.

- Fase oral **secundaria** de los 12 a 36 meses, señala el comienzo del predominio psíquico, paralelamente al inicio de la formación del carácter. El proceso de formación del psiquismo comprende entre el tercero y quinto año de vida.

Reich denominó “**período crítico biofísico**” al período que abarca desde la formación del embrión hasta el primer año de vida extrauterina, pudiendo las alteraciones llegar a incidir en las depresiones crónicas, las dificultades de integración de los sistemas perceptivos, esquizofrenias y rasgos sicóticos, ya que el recién nacido humano es, durante varios meses, un “feto extrauterino”, dependiente de la madre.

Lo más delicado y traumático en esta fase es **la separación del cuerpo de la madre**: ya que no hay aún defensa psíquica contra ese trauma, la defensa es neurovegetativa, reaccionando con simpaticotonía y llegando incluso hasta la muerte por marasmo si es prolongada, tal como demostró Spitz en casos de abandono emocional (9).

Se trataría de **propiciar la continuidad del vínculo biológico** al máximo entre madre y organismo extrauterino, en un ambiente tranquilo.

Si no hay una madre biológica, un hombre o una mujer con amor pueden “compensar” perfectamente la carencia, pero no “sustituir” a la madre, al romperse el vínculo biológico inicial. Es necesario, en consecuencia, **reivindicar** un año de excedencia por maternidad como mínimo, el tiempo necesario para el padre y la flexibilidad y reducción horaria laboral, para ejercer satisfactoriamente sus funciones ambos.

Favoreciendo la **lactancia materna** si se dan las condiciones fisiológicas, con libre horario y total **disponibilidad**, en base a la demanda del bebé y en contacto.

La lactancia natural (prevención por excelencia) supone la confianza en el organismo y en la sabiduría que encierra la complejidad inimitable de los procesos biológicos naturales.

En la mujer, la oxitocina, considerada por la ciencia moderna como la hormona del amor, favorece la resistencia al desgaste físico que conlleva la lactancia natural. La prolactina favorece el instinto de nidificación, desencadenando comportamientos agresivos-defensivos, así como una actitud prioritaria de atención al recién nacido.

Según Trini Ballester, “la leche se forma como consecuencia del embarazo y por tanto pertenece al niño” (10). La lactancia es un fenómeno de pareja, donde ambos seres lactantes se nutren y potencian su salud.

La madre (y la sociedad) debe hacerse a la idea de que a los nueve meses de contacto permanente desde su interior le suceden como mínimo otros nueve meses de **contacto permanente** desde fuera.

Sin embargo, el factor del **cómo** de la lactancia es fundamental: más vale un biberón dado con entrega y dedicación amorosa, que un pecho dado sin contacto ni placer, necesario para que la lactancia resulte gratificante para la pareja de amantes que son la madre-bebé.

De lo contrario se produce una contracción biofísica en el bebé definida por Reich como angustia de orgasmo y que el bebé experimenta como angustia de caída. Esta reacción conlleva la introyección de un “pecho malo”, posibilitando la aparición de las etapas descritas por los psicoanalistas como la fase oral sádica (Abraham) y la esquizoparanoide y depresiva (Klein).

Estos síntomas están ausentes en bebés con satisfacción oral, la cual conlleva la expresión del orgasmo oral: después de una mamada gratificante los pómulos se enrojecen, la boca se estremece y los ojos se entornan alcanzándose una distensión generalizada del rostro y cuello, que le permite sumirse en un profundo sueño. Esto es consecuencia de la descarga orgástica, que ha sido mal interpretada por algunos pediatras como ataques semiepilépticos.

Es importante **respetar el ritmo vital del propio bebé**, que en interacción con su madre, tiende hacia la salud, si no encuentra interferencias en su camino.

Hemos de facilitar durante la lactancia la necesidad del bebé de mirar, de contactar con una mirada cálida que dialoga amorosamente mientras se abandona al placer de la mamada (11). Federico Navarro señala que “el miedo y la falta de contacto en esta edad temprana dan lugar a las alteraciones de la función ocular”, como son la miopía y el astigmatismo, entre otras (12).

La función biológica de la oralidad es esencialmente sexual, cumple una función de regulación energética a través del placer oral.

Reich planteó que “es la estimulación libidinal de la zona oral, el placer de chupar, lo que induce a ingerir el alimento”. Es decir, no es tanto el hambre como la necesidad de contacto y búsqueda de satisfacción de su placer sexual lo que impulsa al bebé a contactar con el pecho de la madre.

En los partos no violentos tipo Leboyer, vemos cómo el recién nacido busca el pezón inmediatamente después de haber abandonado el útero materno, lo que responde a su necesidad biológica de continuidad de la relación mantenida hasta ese momento a través del cordón umbilical. Según Margaret Ribble, “en las primeras semanas de vida succionan con mucha satisfacción sin ingerir grandes cantidades de alimento”.

Reich señalaba que “el principal lugar de contacto con el cuerpo del infante es la boca (incluyendo la garganta) cuya carga bioenergética es muy alta. Si el pezón reacciona a los movimientos de succión del niño de una manera biofísicamente normal, con sensaciones de placer, entrará en erección y la excitación orgonótica del pezón se aunará con la de la boca del lactante, así como en el acto sexual orgonóticamente satisfactorio, los genitales del hombre y la mujer experimentan una “luminación orgonótica” y se funden el uno en el otro”.

Para que la mujer pueda desarrollar adecuadamente el maternage, sin buscar situaciones compensatorias patológicas, necesita la presencia real de su compañero. Este cumple una doble función: como pareja afectivo-sexual, favorece la regulación energética de la mujer a través del encuentro sexual satisfactorio; de cara al bebé, está presente activamente tomando mayor relevancia con el transcurrir del tiempo y así **el padre** queda incluido directamente en la crianza del bebé, coparticipando desde su función en el proceso de maduración.

El destete gradual se irá produciendo a lo largo de la fase oral secundaria (12 a 36 meses), coincidiendo con importantes factores madurativos como son la locomoción y el inicio del desarrollo psíquico junto a la formación del carácter. Es el período del ejercicio del “no” y del “yo”, como proceso progresivo de autoafirmación y autonomía.

Es la fase de acceso al lenguaje y de aproximación a la comunicación con el mundo adulto, comenzando la socialización: es el pasaje de la dependencia materna a la necesidad de ir al encuentro de los otros, disfrutando cada vez más de su incipiente autonomía, estando accesible la madre.

El padre, con su presencia real se incluye en la relación madre-hijo/a promoviendo el destete psicológico. Él se coloca como alternativa de objeto de amor para la niña y de modelo de identificación para el niño, proporcionando para los dos la entrada en la situación edípica, de cuya resolución depende la organización del carácter maduro - genital.

Hay que procurar un destete sin traumas, junto con el momento de separación biológica, gradualmente, a partir del segundo año. Y **escuelas infantiles** (13) donde pueda acceder la madre que trabaja fuera de casa, a partir de la necesidad del propio niño/a de socialización primitiva, propiciando el encuentro con otros/as niños/as.

Según Ola Raknes, “el tiempo natural para concluir la lactancia sería a los tres o cuatro años, es decir, cuando el niño alcance la etapa de poder satisfacer la masturbación” (14). También Malinowski, haciendo referencia a otras culturas relata: “El destete se cumple en un período más avanzado que en Occidente: en una edad en la que el niño puede moverse con libertad, comer realmente de todo y también perseguir otros intereses. Sobreviene cuando el niño ya no ansía el pecho materno ni necesita de él” (15).

Maite S. Pinuaga critica nuestro modo de convivencia (no comunitario, de familias más o menos cerradas), donde “la función de lactancia-cuidado materno-protección-entretenimiento-limpieza-paseos y estimulación- etc., no encuentra suficiente apoyo-ayuda-comprensión-colaboración-coordinación mutua etc. a nivel social. Es la base fundamental que impide el desarrollo de una relación sexual oral completamente satisfactoria”.

A lo largo del periodo que va desde los 12 a los 36 meses, el medio de autorregulación energética sigue siendo oral, si bien ya va incorporándose, gradualmente, la curiosidad y progresiva sensibilidad y excitabilidad genital.

Acontece el primer inicio de diferenciación sexual que progresa hacia un sentimiento creciente de **identidad sexual**, indispensable para una buena maduración e integración yoica. Comienza la primera diferenciación sexual anatómica (en el cuerpo del padre faltan los senos) ya que el niño y la niña tienden a una primera identificación corporal con la madre (vívica como completa, potente y aseguradora del placer). No es en absoluto la posesión o carencia del pene el primer descubrimiento de diferenciación sexual, sino los senos.

A nivel neurofisiológico, el neocórtex no ha entrado en funcionamiento hasta los 24 meses (aprox.) y su predominio es mínimo aún hasta los 36 meses. El sistema límbico y el R-complex dominarán sus movimientos vitales, así pues, tenderá al placer sistemáticamente y a la satisfacción de sus impulsos más primarios y vegetativos sin un psiquismo que organice todavía.

En este periodo tiene lugar **la fase oral secundaria**. La experiencia del placer, que tiene aún su foco principal en la boca, va siendo percibida cada vez más en todo el cuerpo y paulatinamente observamos que la excitabilidad y erotismo general irán concretizándose en los genitales.

De forma que es corriente observar su inicio de masturbación consciente y placentera coincidiendo frecuentemente con sus momentos de mamada, concentrándose gradualmente a nivel genital la sensibilidad, excitabilidad y percepción del placer (pene, clítoris-vagina) y la regulación energética.

Es el acceso a la genitalidad, a través del placer que procura la masturbación, la consecuencia inmediata de la fase oral biológica vivida con satisfacción, en esta primera relación amorosa, base de todas las relaciones posteriores.

El proceso de **genitalización de la libido** podrá tener lugar si ha existido un contacto y una gratificación oral suficiente y la propia madre es capaz de favorecer la separación oral, iniciándola a partir de los 18 - 24 meses (aprox.), hasta los 3 - 4 años, ya que el potencial energético demasiado intenso creado en el encuentro pezón-boca puede favorecer la fijación oral, que dificultará la evolución libidinal hacia la pelvis.

Sobre los 24 meses en adelante es posible y funcional la paulatina asunción de normas, que le permiten integrarse y sentirse miembro de una comunidad, sin que haya que exigirle que haga uso del “esfuerzo”, el ir más allá de sus posibilidades.

En el período que abarca de los 24 a los 36 meses de vida extrauterina es el momento de **la socialización primitiva**: surge la curiosidad y alegría de descubrir a sus iguales en edad, con intensa pulsión en el encuentro, de tocar, mirarse, comunicarse. El “dame”, “toma”, “mío”, “a mí”, adquieren gran significación.

4 - LA GENITALIDAD INFANTIL

Entre los tres y siete años tiene lugar **la fase genital infantil** propiamente dicha. Se establece la actividad autoerótica genital (masturbación) como forma de regulación básica.

Reich habló por primera vez de genitalidad infantil (diferenciando claramente genital de “fálico”) llamándola **primera pubertad**. Tiene lugar ya la combinación de los tres elementos necesarios para poder hablar de **genitalidad**: excitación genital, pulsión genital y deseo. No es correcto pensar que ocurre sólo a partir del desarrollo hormonal adolescente.

Surge la necesidad del intercambio sexual, sin interferencias adultas, entre niños/as en sus juegos espontáneos. En esta edad se cuenta con el desarrollo y completa interfuncionalidad de los tres sistemas cerebrales (el R-complex, el sistema límbico y el neocórtex) que permiten y conducen a la fusión con el otro.

Según Maite S. Pinuaga (16), **genitalidad infantil y socialización primaria son dos procesos que en el niño/a evolucionan juntos**.

Debido a la proximidad física y amorosa de la madre o el padre y puesto que éstos representan su fuente de amor y conocimiento y son sus referentes principales, es con ellos que el niño/a vive la necesidad de mostrarse (exhibirse) y ser reconocido/a sexualmente.

La respuesta de los padres ante su exhibicionismo sexual y su autosatisfacción es totalmente condicionante para el desarrollo de su autoestima y su potencia psicosexual, viviendo atracción, curiosidad, deseo e impulso amoroso genital, siendo característica su forma de acercamiento a la figura parental de sexo contrario.

En ausencia de una adecuada socialización funcional, según las necesidades de integración social del niño/a a partir de la cual “ser con los otros” y “desear-amar-gozar sexualmente” con niños/as de su edad, el niño/a orienta todo su interés libidinal en la figura de la madre (caso del niño) o del padre (caso de la niña), tendiendo a rivalizar con su oponente (el padre o la madre) hacia el cual siente impulsos destructivos. El gran abismo en la búsqueda de satisfacción sexual en esta relación objetal es disfuncional, viéndose cumplida entonces la teoría psicoanalítica del complejo de Edipo.

Es al inicio de esta socialización (que el niño/a busca y necesita) cuando adquiere pleno significado el acceso al “cole”, que por primera vez es deseado (ya que en nuestra realidad social es casi el único espacio posible de convivencia infantil).

En torno a los tres años y medio y cuatro años, lo social ha entrado a ocupar un lugar esencial. El ingreso forzado en guarderías y escuelas infantiles antes de ese momento crea estados de angustia intensa, que se reflejan en reacciones de inhibición, hiperactividad o somatizaciones diversas.

En la etapa de desarrollo de la genitalidad infantil, de los tres a los siete años, los padres pueden ser, según Serrano (17), un **referente edípico positivo** para sus hijos/as, en la medida en que la estructura familiar sea abierta y haya un ambiente social permisivo.

En caso contrario, nos encontraremos con **etapas reactivas** (anal, fálica, latencia, reactividad edípica en la pubertad- adolescencia y sexualidad compulsiva en el adulto), fruto de la cultura, que impide la evolución natural de las fases sexuales del desarrollo, consecuencia del no respeto del ritmo y necesidades sexuales de las niñas/os y de tendencias posesivas y/o pulsiones sexuales de los padres hacia las/os hijas/os.

¿Cómo favorecer la vivencia sexual saludable en la fase genital infantil?.

A) Satisfaciendo su curiosidad, valorando su deseo y sus sensaciones como algo hermoso y lleno de sentido, apreciando su sexualidad, mirando y reconociendo su nueva genitalidad, sin poner límites a sus juegos de exhibición placentera, con gestos de aprobación. (Los padres somos ese primer mundo que aprecia o niega y reprime su potencia genital).

B) El niño/a de 3-4 años que no permanece fijado a su madre o a su padre, tiende espontáneamente a la búsqueda activa de objetos de placer asequibles, agradables, dentro de sus iguales en edad, (los otros niños/as).

Pues la superación edípica sólo puede tener lugar a través del acceso al mundo genital infantil en el que orientar su gratificación sexual.

Será posible si los padres/madres facilitan el acceso a niños/as de su edad, respetan su sexualidad sin moralismos (ni bromas, ni risitas) y responden a las demandas sexuales que reciben de su hijo/a ayudándole a reconducir sus deseos y pulsiones hacia esa realidad infantil de la que puede obtener auténtico placer.

Es decir, se trata de reasegurarles en nuestro amor incondicional como madre o padre y reconociendo ante él/ella a la vez nuestro amor sexual por nuestro partener. Podemos afirmar que la inclinación incestuosa de los impulsos genitales infantiles no se producirían en ausencia de represión de su sexualidad natural y de moralismos u obstáculos socioculturales a sus tendencias espontáneas al amor y curiosidad sexual en los juegos infantiles.

Es preciso, por las actuales condiciones adversas, **la lucha social contra la negación del sexo**, contra la represión directa o indirecta de la genitalidad infantil en las familias, escuelas, vecindario, instituciones, etc., propiciando las condiciones para **el desarrollo de un carácter flexible**, el “carácter genital” que decía Reich.

5 - LA ADOLESCENCIA

Desde la fase genital infantil hasta la adolescencia, no constatamos el período de latencia freudiano en aquellos casos en los que la expresión sexual no se ve obstaculizada por el conflicto con el mundo exterior frustrante.

Desde los 6 años hasta la adolescencia, alternan períodos de intensa actividad intelectual con otros de fuerte actividad motriz y sexual, debido al flujo energético oscilante céfalo-caudal. Es el período de unión natura-madre y cultura-padre.

Entre los 7-12 años, si el sujeto se ha visto abocado a las distintas etapas reactivas, debido a una economía sexual disturbada, aparecen las somatizaciones y se consolidará la coraza caracterio-muscular y los mecanismos de defensa, que evolucionarán (entre los 12-18 años) en plena adolescencia, hacia una emergencia mayor de síntomas y de disfunciones sexuales, a la configuración de roles culturales masculino y femenino, al predominio del córtex sobre el sistema límbico, a relaciones de autoridad-sumisión, a la adaptación social competitivo-masquista, a la delincuencia, etc.

Como dice Winnicott: “la base para la sexualidad adolescente y adulta se establece en la infancia, así como las raíces de todas las perversiones y dificultades sexuales” (18).

La adolescencia es un proceso de crecimiento que transcurre entre la pubertad y el desarrollo psico-corporal completo del individuo, que comienza a los 12-13 años y finaliza en el edad adulta.

En este período se produce la activación de una serie de hormonas (gonadotróficas) que serán el estímulo necesario para la modificación sexual del adolescente (la producción de óvulos y espermatozoides).

También se desarrollan una serie de modificaciones fisiológicas, como el agrandamiento de los órganos sexuales, el crecimiento del vello en el pubis y en otras partes del cuerpo, la maduración de los pechos en las mujeres, el redondeado de las formas mediante el acabado de la cintura escapular y pelviana o los cambios experimentados en la voz.

Todos estos cambios precisan de una **modificación del esquema corporal**, o como dicen Knobel y Aberastury (19), de un duelo por el cuerpo infantil perdido.

La imposibilidad de aceptar e integrar la nueva vivencia corporal o pulsional, debido a las exigencias del medio o a la introyección de valores represivos y castrantes, crea una inseguridad y unas fluctuaciones de la identidad típicas de la adolescencia.

Entonces, la búsqueda de identidad del adolescente recurre a procesos de identificación masiva con el grupo de amigos o colegas. Cuando ya hubo trastornos en la adquisición infantil, se puede producir una identidad negativa (identificación con figuras negativas: es preferible ser perverso a no ser nada). o trastornos de la identidad sexual.

Aparece un sentimiento de inseguridad, una crisis de susceptibilidad (no siempre reconocida ni respetada por los adultos) que puede llevarle a una omnipotencia narcisista, a las elucubraciones de la fantasía o a estados de soledad casi autistas, para compensar la pérdida del cuerpo y del rol infantil y de los padres de la infancia.

Pero los padres también sufren la pérdida de su hijo/a-niño/a, lo que les lleva al enfrentamiento directo con el envejecimiento y la muerte.

El/la adolescente se enfrenta a sus padres y muestra desprecio frecuentemente ante el adulto, lo cual es, en parte, una defensa para eludir la depresión que le impone el desprendimiento de sus partes infantiles; pero es también un juicio de valor que debe respetarse.

Además la desidealización de las figuras parentales los sume en el más profundo desamparo. Sin embargo este dolor es poco percibido por los padres, que suelen encerrarse en una actitud de resentimiento y refuerzo de la autoridad, lo que hace aún más difícil el proceso. Más aún cuando dicho proceso fluctúa entre la independencia y la dependencia, y a veces en cortos períodos de tiempo.

La libertad para el adolescente es algo más que darle la llave de la casa o la paga semanal para que se la administre; supone esa presencia afectiva y sincera de los padres, con el suficiente distanciamiento como para que el adolescente vaya evolucionando hacia la independencia, sin olvidar sus necesidades esporádicas regresivas que pueden surgir en un momento dado.

Los/las adolescentes, debido a su incipiente sistema de valores, a su inconformismo y a su personalidad oscilante, son capaces de entrever con claridad las contradicciones del mundo que nos rodea, así como adoptar actitudes radicales en uno u otro sentido, e incluso intercambiarlas con facilidad. Por esto la juventud puede ser una fuerza transformadora y crítica de la sociedad (20).

El proceso de maduración de niños/as y adolescentes en nuestra sociedad, suele completarse dentro de **“el útero escolar”**.

El niño/a juega constantemente, es su forma de expresarse. A. S. Neill decía que los males de la civilización provienen de que los niños nunca han jugado bastante, durante el tiempo suficiente, siendo violentados en su desarrollo y forzados a hacerse adultos antes de tiempo.

El ser humano envejece cuando pierde la capacidad de jugar. Y será ese placer, si consiguió sobrevivir a pesar nuestro y no otra cosa, lo que le permitirá abstraerse, concentrarse, descubrir, adentrarse en el conocimiento y desarrollarlo. Ligado a este placer está la satisfacción de sus necesidades sexuales, ya que el juego como actividad básica del niño tiene sentido en sí mismo.

Es la mentalidad productivista del adulto quien cambia su direccionalidad, quien lo instrumentaliza con objetivos didácticos marcados por él; pero si el niño no juega se aburre.

Es en la Escuela donde matamos el juego y lo convertimos en trabajo, marcando horarios que dirigirán la atención a conveniencia y comodidad del adulto, y ponemos sillas para que no se muevan, rejas para que no se escapen. Si en las escuelas no hubieran sillas... ¡cuánto movimiento habría! .

En el fondo seguimos sin salvar el gran antagonismo entre ocio y productividad, entre placer y trabajo. El trabajo implica un fin, a diferencia del juego que encuentra la satisfacción y el resultado en sí mismo (Winnicott).

Nuestra existencia se debate entre el tiempo libre y el tiempo encarcelado, el tiempo que nos pertenece y el que debemos soportar. Pero si no somos dueños de nuestro tiempo... ¿cómo nos va a interesar la vida? (21).

6 - Perspectivas

El discurso de Wilhelm Reich es el de un científico que acepta las consecuencias sociales de sus descubrimientos y apuesta apasionadamente por “los niños del futuro”. Esto implica **asumir la responsabilidad social**, como profesionales o agentes sociales de nuestra función.

Es necesario nuestro compromiso con las **alternativas a la violencia y destructividad** de nuestros tiempos. Recordemos que “la función de todos los tipos de dominación autoritaria es obstaculizar la autorregulación de las funciones naturales...El sadismo y la destructividad brotan de la sexualidad reprimida” (22).

No se puede generalizar. La flexibilidad es un arte. Si bien en este artículo se formulan críticas y propuestas alternativas, es necesario ser capaces de **relativizar y ver cada caso concreto en su situación real, diferenciando lo óptimo de lo posible**.

Estas variables de **salud** son una **referencia**, no un “modelo” rígido y además están condicionadas por otras de tipo infraestructural, si somos realistas; no contar con ellas es situar la teoría de la autorregulación no ya en el terreno de la bella utopía a la que tender, sino más bien en la del idealismo, ante el cual es fácil conectar con la impotencia, inferioridad y angustia (p.e. de ser “mala madre) que, tan a menudo, hace sucumbir, reaccionar, o simplemente amargarse y estresarse innecesariamente. Es peligroso el perfeccionismo, como lo es la vivencia inconsciente de la culpa, porque provoca la propia inhibición emocional y la falta de aceptación de la realidad. Se trata de **reconocer nuestros límites**, personales y sociales.

Es obvio que las personas adultas tendemos a reproducir, repitiendo en el fondo, con los niños/as y adolescentes, el mismo trato irracional que nosotros/as hemos recibido en nuestra infancia y adolescencia, aunque aparentemente nos parezca que lo hacemos de otra forma, al estar mediatizados por otros condicionantes y modas externas actuales.

Es por ello necesaria la reflexión, cuestionamiento y cambio de tales tendencias irracionales interiorizadas, en padres, educadores, terapeutas y agentes sociales.

Desde nuestra labor como orgonterapeutas, tratamos de ser coherentes, tanto en nuestra vida cotidiana como en nuestro trabajo profesional, considerando la idea de **proceso continuo**, el cual abarca medios en la vida intrauterina, parto, fase oral, fase genital infantil y adolescencia. Pasajes todos ellos necesarios para el desarrollo del yo que permiten aproximar al individuo a la idea descrita por Reich del “carácter genital”, es decir, aquel que ha satisfecho el proceso de **maduración psico-sexual**.

Los/as profesionales de la Escuela Española de Terapia Reichiana (**ES.TE.R.**), abordamos el tema de las necesidades afectivas y sexuales en la infancia y la adolescencia a varios niveles:

A) **Investigación:** revisión y actualización científica de hipótesis en el campo de la infancia y adolescencia, contrastando lo teórico con la praxis clínica dialécticamente, buscando los medios que faciliten el desarrollo de la potencia innata en el animal humano, de su capacidad de amar, de apertura, de sentir y de trascender.

B) **Clínico:** utilizamos la **Vegetoterapia Caracteroanalítica** (V.C.), creada por W. Reich y sistematizada por F. Navarro (23), como proceso de análisis profundo individual y grupal para adultos, previo Diagnóstico Diferencial Estructural elaborado por X. Serrano (24), facilitando la toma de conciencia de los propios límites personales, la disolución de la coraza y la recuperación del equilibrio neurovegetativo, la capacidad de contacto, de placer y alegría de vivir y el crecimiento personal.

También utilizamos la **Psicoterapia Breve Caracteroanalítica** individual y grupal (P.B.C.), creada por X. Serrano (25) en aquellos casos que requieren un abordaje más focal, ya sean niños/as, adolescentes, jóvenes o adultos.

C) **Profilaxis infantil:** metodología de trabajo con la madre y “pareja embarazada” desarrollada por M. S. Pinuaga (26), con el objetivo de propiciar las mejores condiciones reales posibles de vivencia de la maternidad-paternidad y **prevenir el acorazamiento del niño/a**, desde la vida intrauterina, parto, fase oral y genital y en su desarrollo afectivo-sexual y educativo posterior.

D) **Social:** tratando de hacer llegar a la población, mediante actividades informativas gratuitas y publicaciones periódicas, propuestas que sirvan para evitar el sufrimiento en la infancia y adolescencia, fomentando la autorregulación. Y formando profesionales, mediante cursos básicos y especializados, que puedan llevar a cabo estas funciones sociales.

7 - Resumen. Condiciones que facilitan la satisfacción de las necesidades sexuales:

1) Contar desde el embarazo con una buena pulsación biológica (contracción-expansión celular), con vitalidad.

2) Un parto-nacimiento sin separación prolongada del cuerpo de la madre.

3) Una vivencia de la oralidad suficientemente satisfactoria.

4) Desde los 18-24 meses hasta (aprox.) los 3 - 4 años, la madre se muestra accesible pero no solícita con su seno, no imponiendo el destete, sino facilitándolo.

5) Ofrecer las respuestas adecuadas al niño/a en el momento del descubrimiento de sus genitales, con idéntico valor y significado al pene y la vagina-clítoris.

6) Ofrecer una referencia positiva de nuestra sexualidad al niño/a que entra en la vivencia edípica.

7) Respetar la libertad sexual en los juegos infantiles y favorecer el encuentro y la intimidad de los niños/as sin obstáculos ni interferencias. Con frecuencia el adulto, por su propia ansiedad y percepción acorazada, toma por degeneradas y hasta peligrosas las manifestaciones afectivas y sexuales naturales.

8) Proporcionar a la infancia y juventud lugares y locales apropiados para su encuentro sexual sin molestias. Como advertía Reich, "la restricción de las relaciones sexuales, conduce a la clandestinidad y desfiguración de la sexualidad. Para formar una estructura no autoritaria en el niño, es preciso salvaguardar su movilidad biológica y sexual".

Con esto se empezaría a desarrollar en los animales humanos un verdadero respeto por la sexualidad (= placer), inherente a todos los actos de la vida.

La auténtica revolución (27) es la de derrocar, generación tras generación, ese resentimiento-odio al placer de los otros y a las muestras de excitación y deseo genital en niños y niñas, desmontar el autoritarismo en la educación, superar el miedo a ser y a sentir.

8 - REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1- **Reich, W.:** “La función del orgasmo”. Ed. Paidós. 1977
- 2- **Reich, W.:** “El análisis del carácter”. Ed. Paidós. 1980
- 3- **Serrano, X.:** “Contacto-vínculo-separación. Sexualidad y autonomía yoica”. Publicaciones Orgón de la ES.TE.R. Valencia. 1994
- 4- **Reich, W.:** “La revolución sexual”. Ed. Planeta. 1985
- 5- **Pinuaga, M.S.:** “La experiencia del embarazo. La orgonoterapia pre-natal”. Revista “Energía, Carácter y Sociedad” (E.C.S.) de la ES.TE.R. (Vol. 6- nº 1) 1988
- 6- **Fernández del Castillo, I.:** “La revolución del nacimiento”. Ed. EDAF. Madrid. 1994

- 7- **Álvarez-Palacios, E.:** “El parto humano y el nacimiento humano”. Rev. E.C.S. (vol. 12-13)
- 8- **Serrano, X.:** “Perspectiva Orgonoterapéutica de la Fase Oral Primaria”. Rev. E.C.S. (vol. 7 nº 1)
- 9- **Spitz, R.:** “El primer año de vida del niño”. Edit. F.C.E. 1984
- 10- **Ballester, T.:** “Lactancia e inmunidad” Rev. E.C.S. (vol. 12-13)
- 11 **González, Y.:** “La oralidad como proceso psicoafectivo”. Rev. E.C.S. (vol. 12-13). 1995
- 12-**Navarro, F.:** “La Somatoscodinámica. Sistemática reichiana de la patología clínica y médica” Ed. Orgón. Valencia 1988.
- 13-**Vargas, J.:** “Sobre la escolarización temprana”. Rev. E.C.S. (vol 12-13) 1995
- 14-**Raknes, O.:** “La educación Económica Sexual”. Rev. E.C.S. (vol. 7 nº 1) 1989
- 15-**Malinowski, B.:** “Estudios de psicología primitiva”. Ed. Paidós Studio. Barcelona. 1982
- 16-**Pinuaga, M.S.:** “Genitalidad infantil y socialización primaria” Rev. E.C.S. (vol. 12-13)
- 17-**Serrano, X.:** “El complejo de Edipo referencial en la fase genital infantil”. Rev. E.C.S. (vol. 12) 1995
- 18-**Winnicott, D.W.:** “El niño y el mundo externo”. Ed. Hormé
- 19-**Knobel, M. y Aberastury, A.:** “La adolescencia normal”. Paidós. 1983
- 20-**Torró, J.:** “Adolescencia y sociedad”. Rev. E.C.S. (vol. 10-13)
- 21-**Montero-Rios, M.:** “La escuela y la vida”. Rev. E.C.S. (vol. 12-13)
- 22-**Reich, W.:** “Psicología de masas del fascismo”. Edit. Bruguera. 1980
- 23-**Navarro, F.:** “Metodología de la Vegetoterapia Caracteroanalítica”. Ed.Orgón de la ES.TE.R.
- 24-**Serrano, X.:** “El diagnóstico inicial-diferencial-estructural en la Orgonoterapia desde una perspectiva post-reichiana”. Rev. “E.C.S.” (Vol. 8 - nº 2) 1990
- 25-**Serrano, X.:** “La Psicoterapia Breve Caracteroanalítica”. Monografía nº 3 de la ES.TE.R.
- 26-**Pinuaga, M.S.:** “La profilaxis orgonómica infantil en el paradigma reichiano”.Rev.E.C.S. (vol.9 nº2) 1991
- 27-**Reich, W.:** “El asesinato de Cristo”. Edit. Bruguera. 1980

(*) Joan Vílchez Cambronero es psicólogo clínico, sexólogo y psicoterapeuta. Orgonoterapeuta, miembro titular de la Escuela Española de Terapia Reichiana (ES.TE.R.). Miembro de la Sociedad Española de Psicoterapia y Técnicas de Grupo (S.E.P.T.G.) y de la Federación Española de Sociedades de Sexología (F.E.S.S.). Acreditado por la Federación Española de Asociaciones de Psicoterapeutas (F.E.A.P.)

Inició su labor profesional como psicólogo en el año 1983, en el Equipo de Servicios Sociales de Carcaixent (Valencia)

Ha trabajado como psicólogo - sexólogo en el Centro de Orientación Familiar del Hospital Dr. Peset de Valencia durante 7 años (1985 - 1992)

Es pionero en España en la creación de Grupos de Hombres y Talleres de reflexión, autoconocimiento y autoayuda para varones, desde 1985.

Ha coordinado Grupos de Crecimiento Erótico y Desarrollo Personal con Fina Sanz, durante 4 años, hasta 1992.

Co-autor del folleto "Anticoncepción y Sexualidad para Jóvenes" editado por la Conselleria de Sanitat de la Generalitat Valenciana, en 1987.

Docente en actividades de formación y reciclaje de profesionales y agentes de la salud y la educación, experto en temas de género, psicoterapia y sexología.

Desde 1992 desarrolla su actividad profesional en Valencia, en consulta privada de Psicología Clínica, Psicoterapia y Sexología, trabajando con personas jóvenes y adultas las disfunciones sexuales, psicopatológicas y psicosomáticas, en tratamientos breves y profundos (Psicoterapia Breve y Vegetoterapia Caracteroanalítica), a nivel individual, de pareja y en grupo, en colaboración con el equipo de la Escuela Española de Terapia Reichiana (ES.TE.R.)

www.joanvilchez.com

www.esternet.org