

Hablemos de...

Masturbación en el lactante y en el niño

M.^a TERESA PEINADO

Centro de Orientación Familiar. Centro Joven de Anticoncepción y Sexualidad. Centro de Salud Ciudad Jardín. Badajoz. España.
maytep@telefonica.net

Puntos clave

- La masturbación en lactantes no se produce por estimulación directa de los genitales.
- El pediatra debe establecer el diagnóstico diferencial con la epilepsia.
- Para el diagnóstico es importante la observación directa del episodio mediante vídeos y el interrogatorio sutil a los padres o cuidadores. En la mayoría de los casos es una conducta inofensiva que no predice comportamientos futuros ni altera el desarrollo.
- Una vez diagnosticada, descartar enfermedades concomitantes, como autismo, síntomas genitourinarios, alteraciones en el sueño o alimentarias.



Roger Ballabrera

Introducción y estado actual del tema

La masturbación es todo acto autoestimulatorio que tiende a producir satisfacción sexual. En la infancia, se define como la estimulación de los genitales en niños prepúberes¹.

Aunque antes del siglo xx se consideraba una manifestación de “trastorno neuropsiquiátrico” no está incluida en la cuarta edición del *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (DSM-IV) de la American Psychiatric Association.

Existe muy poca información epidemiológica sobre el comportamiento sexual normal en la infancia; sin embargo, la masturbación pertenece a un espectro de comportamiento sexual normal a cualquier edad, incluidos los niños muy pequeños e incluso se han descrito algunos casos de masturbación intraútero². El pico se da en preadolescentes, y pasa del 10% en niños de 7 años al 80% en los de 13 años³. Tiene lugar en el 90-94% de varones y el 50-60% de mujeres en algún momento de sus vidas, según Leung (1993). Estos porcentajes están influidos por factores sociales y culturales relacionados con la educación en sexualidad, aunque también deberían considerarse las diferencias anatómicas de los sexos.

Masturbación y desarrollo psicosexual normal en la infancia

Cada edad es diferente. Las niñas y niños pequeños no sólo tienen la necesidad de comer, estar limpios, dormir, también tienen necesidades sociales, afectivas y sexuales como abrazar, acariciar, sonreír, cantar, mirar, gestos, ser observados y que les respondan.

En esta etapa la sexualidad no está muy diferenciada de otros sentimientos de placer, bienestar y seguridad⁴. Los pequeños necesitan tocarse para comprender su cuerpo y sus límites corporales. Cuando comienzan a palpar o tocar todo cuanto les rodea, se topan con sus propios brazos, piernas, tronco, cabeza y comienzan a entender su esquema corporal y diferenciarlo del mundo que les rodea. La curiosidad y el interés que muestran por explorarlo, conocerlo y experimentar con él sensaciones agradables y placenteras son exactamente eso y no otra cosa.

A partir de los 5 años, parece que los temas sexuales dejan de interesarles y esto se explica por la socialización del niño que debe adaptarse a las normas sociales y culturales que les rodean.

Cuestiones trascendentes para la sexualidad en esta etapa

1. El descubrimiento del propio cuerpo y la experimentación de sensaciones a través de la autoexploración y de los contactos (caricias, besos, abrazos, etc.) con otros cuerpos.
2. Nacemos necesitados de vínculos afectivos y éstos los proporcionan las figuras de apego, que son personas que están cerca del bebé y le cuidan. De ellas va a depender la sexualidad del niño, ya que es su modelo a imitar. De esa figura de apego se aprende a:

— Adquirir seguridad emocional que hace que nos confiemos a los demás.

- Creer en nuestras posibilidades.
- Superar las decepciones afectivas.

3. La conciencia del propio sexo y de que existe otro diferente y las primeras nociones de las diferencias y similitudes entre lo masculino y lo femenino.

4. La curiosidad por el cuerpo adulto y por el cuerpo de otros niños y niñas.

5. Despiertan el interés por la reproducción, las relaciones amorosas y sexuales de los adultos.

La masturbación en el lactante y niño pequeño, a veces, es mucho más compleja que todo lo que se acaba de exponer, ya que las manifestaciones son variables y no consisten en acariciarse los genitales, hasta tal punto que está descrito en la literatura científica que algunos menores habrían pasado por pruebas diagnósticas como resonancias magnéticas, electroencefalogramas, pruebas metabólicas e incluso biopsias musculares y punciones lumbares. Otros habían sido tratados con antiepilépticos, benzodiacepinas, anticolinérgicos y levodopa⁵.

Además, puede estar relacionada con el abuso sexual y otros factores ambientales e individuales; sin embargo, falta la evidencia científica y el manejo debe ser muy sutil al igual que la valoración de la conducta masturbatoria.

Es por este motivo la revisión de este tema, que pretende ayudar al pediatra a incluir la masturbación en los diagnósticos diferenciales de ciertas enfermedades que serán expuestas a continuación.

Características clínicas

Aunque en el adulto los cambios fisiológicos están definidos de forma precisa, en lactantes y niños pequeños no es así, como tampoco la conducta masturbatoria, que no tiene lugar por estimulación directa de los genitales. Las manifestaciones de esta conducta oscilan entre las siguientes que paso a enumerar^{5,6}:

- Movimientos distónicos: movimientos de extensión y flexión de piernas o piernas en tijeras con movimientos pélvicos rítmicos, o se mecen contra un objeto.
- Posturas inusuales, estereotipadas de las extremidades inferiores, con presión mecánica sobre el periné o sobre el área suprapúbica.
- Asociación de gruñidos y silencios.
- Respiración irregular.
- Sudoración, a veces diaforesis y enrojecimiento facial.
- No hay alteraciones de la conciencia.

Los episodios pueden durar de pocos segundos hasta una media de 2 minutos y medio. La frecuencia también es variable, pueden ser episodios frecuentes o espaciados, pero como ya se ha comentado no existe pérdida de conciencia y cesa el episodio con la distracción del niño. No existen anomalías físicas a la exploración y las pruebas diagnósticas son negativas.

La falta de diagnóstico clínico por falta de conocimiento de los episodios deriva en ansiedad para los padres y pruebas innecesarias para el niño. Con frecuencia se hacen diagnósticos

erróneos porque la cara del bebé en dichos episodios masturbatorios es de infelicidad.

Diagnóstico diferencial

El diagnóstico diferencial habría que hacerlo con las siguientes enfermedades⁷⁻¹⁰:

1. Distonías paroxísticas:
 - Por defecto enzimático.
 - Por degeneración neuronal.
 - Por patología no degenerativa, como lesiones perinatales, infartos cerebrales, malformaciones, tumores, etc.
 - Trastornos psiquiátricos, neurológicos o congénitos que simulen distonía.
2. Otras crisis de la primera infancia (p. ej., de origen cardíaco).
3. Epilepsia.
4. Discinesias.
5. Alteraciones abdominales, dolor cólico.
6. Trastornos genéticos.
7. Alteraciones metabólicas.

Diagnóstico

El diagnóstico de masturbación se hace muy difícil en lactantes y niños pequeños, sobre todo para establecer el límite entre lo normal y lo anormal. ¿Qué es lo normal?, ¿la normalidad estadística o que sea favorable para la salud y no dañe el bienestar? Lo normal depende del contexto sociocultural y familiar y esto es difícil de valorar. ¿Qué es lo anormal? Esto también es complicado porque depende de lo mismo con algunos matices:

- La masturbación en público para un bebé o niño pequeño es normal, pero no lo es para un niño que esté socializado y que debe haber interiorizado unas normas de comportamiento público.
- Siempre que exista tendencias por parte del niño prepúber a la penetración oral, vaginal o anal¹⁰.
- Si responde a los ítems del Child Sexual Behavior Inventory (CSBI) (anexo 1).
- Si la conducta es obsesiva y excesiva, aunque esto deja espacio para la interpretación personal y si habría que investigar el abuso sexual, aunque otras veces una conducta excesiva puede cesar y es un desarrollo normal.

Por todo ello, es fundamental⁶:

- Un interrogatorio cuidadoso.
- La ausencia de pérdida de conciencia.
- El cese de la crisis con la distracción.
- Con los medios actuales, la grabación de un vídeo para estudiar los episodios.

A veces, la masturbación coexiste con una alteración somática como consecuencia de cirugía del lóbulo temporal mesial en las epilepsias u otras alteraciones focales, con una enfermedad

genitourinaria como infecciones uretrales o parasitarias en el 36% y con dermatitis del pañal⁶.

Eventos relacionados con aumento de masturbación

- Dificultad en conciliar el sueño.
- Vida estresante, como por ejemplo, destete, nacimiento de un hermano, separación de los padres.
- Niños ansiosos, aburridos o enojados.

Es decir, sería en estos niños la manera de canalizar las emociones negativas o por falta de estimulación externa. ¿Ello significa que esta conducta se da más en niños con problemas emocionales y en ansiedad o depresión? En un estudio realizado por Ünal¹¹ en 2000 sobre la evolución clínica de la conducta masturbatoria, concluyó que el 52% de los casos estudiados tuvieron:

- Trastornos psiquiátricos.
- Trastornos negativistas-desafiantes.
- Encopresis.
- Enuresis nocturna.
- Trastornos del sueño.
- Hiperactividad.

No obstante, la evidencia científica no es relevante para estas asociaciones, aunque sí lo es con el autismo por la dificultad que representa en el proceso de socialización.

Evaluación de la masturbación

Cuando los padres buscan asesoramiento para “ese extraño comportamiento” de su hijo/a, el pediatra debe incluir la masturbación entre los diagnósticos diferenciales. Una vez diagnosticada esta conducta, se debe evaluar:

- Regulación del sueño.
- Alimentación. En el caso de lactancia materna, se ha de comprobar si es suficiente.
- Estado afectivo y comportamiento del niño.
- Signos genitourinarios.
- Descartar abusos.
- Problemas de socialización en caso de niño mayor, ya que debe haber interiorizado que no puede hacerlo en público.

Se debe preguntar y asesorar a los padres en temas de educación sexual, así como observar si coincide la edad cronológica con la edad mental del niño y descartar autismo o retraso mental. Es conveniente también evaluar el clima afectivo familiar para comprobar si hay problemas y si es adecuada la atención del niño por parte de padres y cuidadores. En caso de detectar una enfermedad o un ambiente inadecuados, hay que derivar al niño a un psiquiatra o psicólogo.

Los padres dudan entre el dejar hacer o reprimir y se les debe clarificar que los tocamientos no acarrearán consecuencias futuras ni predicen comportamientos futuros,

ni alteran el desarrollo, que es una conducta inofensiva, que ayuda al desarrollo de su hijo/a y que el niño no debe ser castigado por ello o intentar frenar el proceso porque puede ser frustrante para el niño y tienden a reforzar la conducta. El primer paso en la educación sexual es desterrar mensajes insanos, represivos o negativos del pensamiento infantil respecto a la sexualidad¹².

Conclusiones

— La masturbación en la infancia tiene que ver con el descubrimiento del cuerpo y la exploración de sensaciones en niños prepúberes.

— En lactantes y niños pequeños no se produce por estimulación directa de los genitales.

— En la conducta masturbatoria es difícil establecer el límite entre lo normal y lo anormal.

— Cursa clínicamente con movimientos distónicos, posturas estereotipadas, gruñidos, respiración irregular y enrojecimiento facial entre otros.

— Los episodios pueden durar una media de 2 minutos y medio.

— En algunos niños, es la forma de canalizar las emociones negativas.

— No está incluido en el DSM-IV de trastornos mentales.

— El diagnóstico clínico reduce la ansiedad de los padres y evita pruebas complementarias a los niños.

— El diagnóstico diferencial debe realizarse entre otras enfermedades con epilepsias, discinesias y dolor abdominal.

— En los episodios de masturbación no pierden la conciencia y cesa la crisis si se les distrae.

— Descartar abusos sexuales, autismo o retraso mental si el niño está socializado.

— El pediatra debe ayudar a los padres, una vez diagnosticada, a entender que es una conducta inofensiva, que ayuda al desarrollo y que no se debe reprimir.

Bibliografía



● Importante ●● Muy importante

1. ●● Leung AKC, Robson WLM. Childhood masturbation. *Clin Pediatr (Phila)*. 1993;32:238-41.
2. Meizner I. Sonographic observation of in utero fetal "masturbation". *J Ultrasound Med*. 1987;6:111.
3. Rutter M. Normal psychosexual development. *J Child Psychol Psychiatry*. 1971;11:259-83.
4. Colectivo Harimaguada. Nuestra sexualidad 1 y 2. Tenerife: El productor SA técnicas gráficas; Depósito legal TF512/88. Disponible en: www.harimaguada.org/index2.php?option=com_docman&task
5. ●● Yang ML, Fullwood E, Goldstein J, Mink JW. Masturbation in infancy and early childhood presenting as a movement disorder: 12 cases and review of the literature. *Pediatrics*. 2005;116:1427-32.
6. ●● Mallants C, Casteels K. Practical approach to childhood masturbation- a review. *Eur J Pediatr*. 2008;167:1111-7.
7. ●● Nechay A, Ross LM, Stphenson JBP, O'Regan M. Gratification disorder ("infantile masturbation"): a review. *Arch Dis Child* 2004;89:225-6.
8. Omran Ms, Ghofrani M, Juibary AG. Infantile masturbation and paroxysmal disorders. *Indian J Pediatr*. 2008;75:183-5.
9. Wulff CH, Ostergaard JR, Storm K. Epileptic fits or infantile masturbation? *Seizure*. 1992;1:199-201.
10. Heiman ML, Leiblum S, Cohen Esquilins S, Melendez Pallitto L. A comparative survey of beliefs about "normal" childhood sexual behaviors. *Child Abuse Negl*. 1998;22:289-304.
11. Únal F. The clinical outcome of childhood masturbation. *Turk J Pediatr*. 2000;42:304-7.
12. Diezma JC, De la Cruz C. ¿Hablamos de sexualidad con nuestros hijos? Madrid: CEAPA; 2002.

Anexo I. Cuestionario de comportamiento sexual infantil

Trace un círculo en el número que indique la frecuencia con que su hijo ha puesto de manifiesto los siguientes comportamientos en los últimos 6 meses.

0 Nunca	1 Menos de una vez por mes			2 1-3 veces al mes	3 Al menos una vez por semana
1.	0	1	2	3	Se coloca muy pegado a las personas
2.	0	1	2	3	Conversa sobre el deseo de pertenecer al sexo opuesto
3.	0	1	2	3	Toca los genitales en lugares públicos
4.	0	1	2	3	Se masturba con la mano
5.	0	1	2	3	Señala partes sexuales en fotos de personas
6.	0	1	2	3	Toca o intenta tocar los pechos de la madre o de otras personas
7.	0	1	2	3	Se masturba con un objeto
8.	0	1	2	3	Toca las partes privadas de otras personas
9.	0	1	2	3	Imita el acto sexual
10.	0	1	2	3	Pone en la boca de otro niño o adulto sus partes sexuales
11.	0	1	2	3	Se toca los genitales en el hogar
12.	0	1	2	3	Usa palabras que describen actos sexuales
13.	0	1	2	3	Toca los genitales de animales
14.	0	1	2	3	Hace sonidos de contenido sexual (suspiros, gemidos, jadeos, etc.)
15.	0	1	2	3	Pide que los demás participen en actos sexuales con él/ella
16.	0	1	2	3	Se frota el cuerpo contra las personas o los muebles
17.	0	1	2	3	Inserta o trata de introducir objetos en la vagina o el ano
18.	0	1	2	3	Trata de mirar a las personas cuando están desnudas o se están desvistiendo
19.	0	1	2	3	Imita el acto sexual con muñecas o animales de peluche
20.	0	1	2	3	Muestra los genitales a los adultos
21.	0	1	2	3	Intenta ver fotos o catálogos de gente desnuda o parcialmente vestida
22.	0	1	2	3	Dice palabras de contenido sexual
23.	0	1	2	3	Besa adultos que no son de la familia
24.	0	1	2	3	Se molesta por las exhibiciones públicas de afecto
25.	0	1	2	3	Excesivamente amable con personas que no conoce bien
26.	0	1	2	3	Besa a otros niños que no son de la familia
27.	0	1	2	3	Conversa de una manera coqueta
28.	0	1	2	3	Trata a desnudarse delante de los demás
29.	0	1	2	3	Pide ver desnudos o sexo explícito en programas de televisión o vídeos
30.	0	1	2	3	Cuando besa trata de poner la lengua en la boca de la otra persona
31.	0	1	2	3	Abraza a adultos que no conocen bien
32.	0	1	2	3	Muestra las partes íntimas a otros niños
33.	0	1	2	3	Se muestra con los niños demasiado agresivo o demasiado pasivo
34.	0	1	2	3	Parece muy interesado en el sexo opuesto
35.	0	1	2	3	Trata de poner la boca en los pechos de la madre u otros pechos de otras mujeres
36.	0	1	2	3	Otros comportamientos sexuales (por favor describa)

Principio del formulario

A

B

Versión 2 de Child Sexual Behavior Inventory de Friedrich William, Ph.D, Mayo Clinic, Rochester, MN. Traducido y modificado por la autora de este artículo.

*Friederich, WN, et al. (1992). Child Sexual Behavior Inventory: Normative and Clinical Comparisons. *Inventario de Comportamiento Sexual Infantil: Las comparaciones normativas y clínicas. Psychological Assessment*, 4, 303-311. *Evaluación Psicológica*, 4, 303-311. Final del formulario.