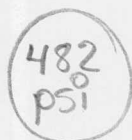


**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO**  
**FACULTAD DE PSICOLOGIA**

**ASPECTOS PSICOLOGICOS DE LOS ESTADOS  
INTERSEXUALES EN LA INFANCIA**



**T E S I S**  
**QUE PARA OBTENER EL TITULO DE**  
**LICENCIADO EN PSICOLOGIA**  
**P R E S E N T A**

**PATRICIA CORKIDI BLANCO**

**MEXICO, D. F.**

**1975**



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

1500  
N.A.M. 5  
1975  
1.2,

25053.08  
UNAM.5  
1975  
ej.2

M. 161633

tps. 267

A mi esposo

Mi agradecimiento más sincero al Doctor José Barroso A. por la valiosa ayuda que me brindó para la realización de este trabajo.

Mi reconocimiento al Doctor Luis A. Gamiochipi por su colaboración.

Con mucho agradecimiento a mis padres y hermanos.



## INDICE

	Págs.
ELECCION DE TEMA. OBJETIVOS	1
INTRODUCCION AL TEMA	3
<u>CAPITULO I Aspectos Biológicos y Psicológicos de la Sexualidad</u>	6
1. Introducción	
2. Aspectos Anatómicos y Fisiológicos	
3. Aspectos Endocrinológicos	
4. Sexualidad Infantil (desarrollo del instinto sexual)	
<u>CAPITULO II Aspectos Biológicos y Psicológicos de los Estados Intersexuales</u>	27
1. Tipos de Intersexos	
2. Identidad	
3. Identidad de Género	
4. La Identidad en el hermafrodita	
5. Tratamiento Psicológico	
<u>CAPITULO III Presentación de un Caso Clínico</u>	48
1. Historia Clínica Médica	
2. historia Familiar Social	
3. Estudio Psicológico	
<u>CAPITULO IV Algunos Casos de Intersexo Reportados en la Bibliografía</u>	70
1. Caso 1, Caso 2, Caso 3.	
2. Diseño Experimental. Metodología	
CONCLUSIONES	79
BIBLIOGRAFIA	82

## ELECCION DE TEMA

### Objetivos

Este tema de los Estados Intersexuales en la Infancia lo elegí debido a la necesidad que existe de integrar las características somáticas y psíquicas de un niño con este tipo de problema, para llegar a la mejor decisión en cuanto a su sexo definitivo.

No podemos aceptar que se decida que un niño permanezca toda su vida con uno u otro sexo, sin antes haber hecho un estudio minucioso de su personalidad, investigando con detalle con respecto a todas las áreas, pero sobre todo en lo que se refiere a su Identificación Psicosexual.

En muchas ocasiones ésto es más importante que su sexo cromosómico o su genitalidad externa.

Este problema del intersexo no ha sido estudiado ampliamente en épocas anteriores y es hasta ahora cuando se le está dando mayor importancia como un trastorno que debe ser estudiado desde un punto de vista interdisciplinario.

Entonces el objetivo de esta tesis será el señalar la gran importancia que tiene la realización de un Estudio Psicológico completo en estos casos, ya que es este aspecto psicológico el que determinará, en la mayoría de los casos, el sexo que deberá tener el sujeto.

El presente trabajo no pretende en ningún momento confirmar la tesis que plantea, ya que el objetivo no ha sido llevar a cabo una investigación completa, por las dificultades y obstáculos que ésta representa.

La literatura tampoco reporta ninguna investigación realizada al respecto, por lo que este trabajo puede considerarse solamente como un intento de dar a conocer este tema, hasta ahora muy poco estudiado, señalar su importancia y sentar el antecedente para una investigación futura.

## INTRODUCCION AL TEMA

La psicología nos ha dado a través del tiempo conocimientos que nos ayudan a comprender al hombre. Para poder estudiar la personalidad de un individuo tenemos que hacer una integración del soma, la psique y el medio ambiente de ese sujeto.

Desde que se produce la fecundación, se inicia la división de los sexos, el cual llevará el individuo toda su vida y tendrá los matices propios que le dé su ambiente, pero en base a determinantes anatomofisiológicos.

Un niño que no tiene una diferenciación sexual adecuada, va a tener conflictos en todas las áreas de su vida, o sea, consigo mismo, con la sociedad, con la familia, ya que no podrá desarrollar su papel sexual en forma conveniente pues no se lo permiten sus condiciones tanto anatómicas como fisiológicas y sociales.

Es sumamente importante la formación psicosexual del niño, así como la existencia de una estructura anatómica bien determinada, además de las inclinaciones que le da la sociedad, para que haya una adaptación y equilibrio del niño a su ambiente.

Así encontramos que Freud dice: "pretender que los niños no tienen vida sexual, excitaciones sexuales, es cerrar los ojos ante una evidentísima realidad y resulta algo tan inverosímil desde el punto de vista biológico, como afirmar que nacemos sin órganos genitales".

Y en 1940 Artur Jarsild dice: "Hay sensibilidad en la zona genital desde la primera infancia y muchos niños, probablemente todos, tocan sus genitales o utilizan alguna forma de autoestimulación para obtener placer y alivio".

El niño desde que nace está sometido a influencias sociales y aprende un determinado rol social. Existen tres planos para investigar los roles sexuales: sociedad, interacción y personalidad.

La influencia más fuerte que tiene el niño para definirse en su rol social es la familia, ya que es el primer contacto social que tiene.

La interacción se refiere a las relaciones interindividuales que definen el papel sexual.

En cuanto a la personalidad, incluye el concepto de sí mismo, ya sea que sea hombre o mujer y su identificación con un papel adecuado a su sexo.

O sea, el rol sexual en forma global, no sólo depende de las características anatómicas y fisiológicas, sino también del matiz que le dé la cultura, la sociedad y sus experiencias infantiles.

Del rol sexual depende la maduración y socialización del individuo. Es tan evidente la importancia de la sociedad en el rol sexual, que lo que en una sociedad se considera femenina alguna actividad, en otras es masculina.

Existe un concepto que es la condición sexual y se refiere a las conductas impuestas por el medio, independientemente de los aspectos anatómicos y fisiológicos.

La formación de esta condición empieza en la familia, que es donde el niño adquiere sus primeras actitudes sexuales.

Estas actitudes sexuales las aprende el niño desde muy pequeño, ya que existe una división muy clara entre lo que es femenino y lo que es masculino. Así, hay cosas que sólo corresponden a las niñas y otras que sólo son propias de niños.

Debido a ésto se le da un valor especial al hecho de ser hombre o mujer y se utiliza en términos de ser aceptado o rechazado por ésto mismo.

La identificación es un proceso esencial para el funcionamiento adecuado de una persona. Sirve para considerar el papel sexual en todas las actividades personales de un sexo en relación a otro.

El niño a medida que crece adquiere una conciencia de su esquema corporal y éste será reforzado por el ambiente.

La intersexualidad es una ambigüedad física que va a determinar una serie de conductas psicosociales, de acuerdo no sólo a los aspectos físicos del individuo, sino también de acuerdo a la actitud de su medio y a sus experiencias más tempranas.

Podemos resumir en lo siguiente: el sexo de un individuo es un resultado de la interacción de muchos factores como son las gónadas que posea, su sexo cromosómico, la morfología genital externa, el sexo asignado socialmente y los aspectos psíquicos y ambientales.

ASPECTOS BIOLÓGICOS Y PSICOLÓGICOS DE LA SEXUALIDADI. Introducción

Dentro del aspecto biológico de la sexualidad existen dos aspectos diferentes: sexo y género.

Con pocas excepciones existen dos sexos: masculino y femenino. Para determinar el sexo se deben tomar en cuenta varias condiciones físicas: cromosomas, genitales externos, genitales internos, gónadas, estados hormonales y características secundarias.

Así, el sexo está determinado por una suma algebraica de estos factores y la mayoría de la gente cae dentro de las dos curvas, una de las cuales corresponde a "macho" y la otra a "hembra".

Existe una cantidad de trastornos considerables, como sucede en los hermafroditas, o sea, que no pertenece específicamente a ninguno de los dos sexos.

Existen, genéticamente hablando, otros sexos; así, además de los XX y los XY, hay otros que tienen una mezcla de sus atributos biológicos del sexo (XO, XXY, XXXY, etc.).

Tales personas, así como los hermafroditas, son intersexuales.

**Género.**- Es un término que tiene connotaciones psicológicas y culturales en mayor proporción que biológicas.

Los términos que se utilizan para el género son Masculino y Femenino y pueden ser independientes del sexo (biológico). El género es el conjunto de características masculinas o femeninas en una persona y, aunque en muchos humanos hay una mezcla de ellos, el hombre normalmente tiene una preponderancia de características masculinas y la mujer normal tiene una preponderancia de característi

cas femeninas.

La identidad de género empieza con el conocimiento y la conciencia de que uno pertenece a uno u otro sexo.

El rol de género es la conducta abierta y actuada en sociedad.

Generalmente el género, la identidad de género y el rol de género son sinónimos en una persona normal, pero en algunos casos anormales varía.

Algunos aspectos biológicos de la sexualidad y la conducta de género.- En primer lugar mencionaré aspectos relacionados con mecanismos periféricos (biológicos) y posteriormente los aspectos anatómicos y fisiológicos de la sexualidad.

**Genética:** Con el descubrimiento de Barr y Bertram de la cromatina sexual del núcleo de la célula en los mamíferos, incluyendo al hombre, las células nos dan una prueba rápida y simple del sexo genético.

**Endocrinología:** Como se sabe, la castración del macho produce cambios en la conducta sexual. Si se quitan los testículos antes de la pubertad, no sólo no se desarrollan las características sexuales secundarias, sino que la sexualidad genital adulta no existe.

La castración después de la pubertad tiene como consecuencia una marcada disminución de la actividad sexual.

La castración en la mujer no tiene los mismos efectos. A las niñas prepúberes a quienes se ha hecho la ovariectomía, pueden tener en la edad adulta una vida sexual normal. Igualmente el quitar los ovarios en la mujer adulta no disminuye sus necesidades sexuales o su placer.



Los hombres castrados pueden mantener su vigor sexual si se les administra testosterona. A las mujeres que se les da andrógenos, con o sin ovarios, presentan una agitación de la libido.

Pero cuando las hormonas se dan de esta manera, la dirección de la libido no cambia. Así, el dar testosterona no hace que la mujer desarrolle gustos masculinos en el sexo y el dar testosterona a homosexuales afeminados no los hace menos afeminados, sino que sólo incrementa su necesidad de tener relaciones homosexuales.

Aunque para muchos es desconocido, Freud insistió mucho en su creencia de que existían sustratos biológicos en la conducta. Así, en su estudio del niño y del desarrollo de la libido infantil, pensó que podía encontrar evidencia de una corriente biológica sobre la cual se apoyaba la conducta aprendida postnatal.

El pensó que el desarrollo libidinal, o sea la progresión de la etapa oral, anal, y genital estaba controlada por un reloj biológico, controlado éste a su vez genéticamente. Pensó, y luego hubo quien lo demostrara, que existe una maduración gradual de muchos sistemas complicados neuromusculares, antes de que una parte del cuerpo se libidinice.

Otro ejemplo del probable control biológico sobre la erotización de varias partes del cuerpo, se encuentra en el trabajo de Spitz: El dijo que aunque en los niños pequeños hay una conciencia casual y por lo tanto juego con el pene, que empieza entre los 8 y 10 meses de edad, este órgano no se elige con mayor frecuencia que otras partes del cuerpo, sino hasta que se produce una sensación erótica cada vez mayor después de varios meses, cuando el tiempo y el interés que se pone en la manipulación de los genitales aumenta.

Otro ejemplo es el que sigue: los electrodos implantados en el hombre han confirmado los descubrimientos hechos en animales, de los centros cerebrales del placer. Estos centros se encuentran en el sistema límbico y especialmente en la región septal del cerebro. Así, al estimular los electrodos de la región central, los pacientes reportan una sensación de placer.

Existe otro ejemplo en los reportes de Fisher, Gross y Zuch, en donde estudiaron el fenómeno de la erección del pene durante el sueño. Encontraron que existía erección total o parcial en el 95% del tiempo que soñaban y que ésto no ocurría en el tiempo que dormían pero sin soñar.

Así demostraron que hay una evidencia de un mecanismo primitivo de pulsión en el cerebro que empieza en la vida prenatal y continúa toda la vida.

El dormir con sueños está controlado por una parte del cerebro diferente de la que controla el dormir sin sueños, y esta parte del cerebro tiene conexiones importantes con el sistema límbico, cuya estimulación puede producir erección. Así, el soñar y la sexualidad se pueden ligar neurofisiológicamente.

## 2. Aspectos Anatómicos y Fisiológicos de la Sexualidad

Desde las etapas del desarrollo embrionario hasta la del adulto maduro, existe una marcada similitud tanto en la anatomía como en la fisiología de los sistemas reproductivos femenino y masculino.

Los órganos genitales completamente desarrollados del hombre y la mujer adulta, mantienen estructuras similares y homólogas, pero modificadas y tienen funciones complementarias.

Las estructuras más obvias son el pene en el hombre y el clítoris en la mujer.

Los genitales de ambos sexos tienen su origen en la misma estructura anatómica o en la misma masa celular.

En las primeras ocho semanas del desarrollo embrionario, el sistema reproductivo parece ser sólo un engrosamiento de la capa posterior externa de la cavidad corporal embrionaria.

En un embrión muy joven no existen diferencias notables entre los dos sexos en este engrosamiento, o sea que el sistema sexual se encuentra indiferenciado.

Poco a poco este engrosamiento aumenta y se desarrollan los órganos específicos de los dos sistemas y ya se vuelven diferentes. Esta diferenciación, ya sea que se desarrollen órganos masculinos o femeninos, está determinada por un patrón cromosómico que se establece en el embrión durante la concepción.

En épocas tempranas de la formación, los órganos internos de los dos sexos siguen un desarrollo idéntico y son indistinguibles. Durante este período indiferenciado, una glándula genital se origina en la cresta genital que se ha desarrollado de la masa

celular epitelial. A medida que va creciendo, se separa de la -- cresta y así llega a formar en forma parcial aún, la estructura sexual masculina o femenina.

Los conductos genitales primitivos son excepciones en el proceso de la degeneración del sistema generador embrionario.

Al principio todos los embriones desarrollan dos sistemas de conductos, el de Wolff y el de Müller. Estos conductos sirven como estructuras previas para el desarrollo sexual específico. Los conductos de Wolff se convertirán en la estructura sexual masculina y los de Müller en las estructuras femeninas.

El embrión a las seis semanas posee glándulas sexuales indiferenciadas y conductos genitales tanto masculinos como femeninos.

La transformación sexual interna, la cual se puede observar después de las seis semanas de gestación, comienza con la diferenciación de las gónadas en los testículos masculinos y los ovarios femeninos.

Después de que quedan establecidas la masculinidad y la femineidad, los conductos de los sexos opuestos para cada embrión permanecen en forma de rudimentos o tienden a degenerar.

Los órganos genitales externos del hombre y de la mujer se originan en una región común situada entre el cordón umbilical y la cola del embrión. Al principio es un área indiferenciada, luego se vuelve una proyección alargada, la cual llega a tomar finalmente la forma de los órganos sexuales masculinos y femeninos.

Las dos eminencias o pliegues que se desarrollan en el margen elevado del surco uretral, se transforman en los grandes labios en la mujer y en el saco escrotal en el hombre.

Aunque en esta etapa, o sea la séptima semana, ya se puede -

distinguir el sexo más o menos con exactitud, es necesario que pasen tres semanas más para que los órganos genitales tomen una forma realmente distinta. Una vez que se inicia este desarrollo genital, sigue en forma rápida y en el cuarto mes de gestación el sexo del feto es fácilmente reconocible.

Hasta aquí hemos esbozado lo que sucede en el desarrollo de los órganos reproductivos cuando el proceso es normal.

Pero pueden acontecer ciertas anomalías en el proceso de la diferenciación sexual y dan como resultado una inversión en la morfosis celular: las gónadas o los genitales o ambos, además de otros caracteres del cuerpo, asumen los rasgos del sexo opuesto. En estos casos existe la presencia de órganos masculinos y femeninos en forma rudimentaria y es difícil determinar el sexo.

### 3. Aspectos Endocrinológicos de la Sexualidad

En la etapa de la pubertad empizan a haber transformaciones en los jóvenes, que los conduce a una maduración sexual.

El control principal de esta maduración sexual es la secreción de hormonas sexuales. Estas sustancias químicas son producidas por las glándulas endocrinas que actúan convirtiendo el material que toman de la sangre en hormonas y posteriormente secretan las hormonas directamente a la misma sangre para que puedan ser distribuídas a través de todo el cuerpo.

Desde épocas primitivas se han reconocido las diferencias sexuales externas entre el hombre y la mujer, pero es hasta ahora cuando se ha llegado a comprender más claramente las diferencias fisiológicas y las glándulas que influyen en estas diferencias.

La glándula pituitaria sirve como coordinadora de las funciones de otras glándulas endócrinas y es muy importante para el crecimiento y funcionamiento sexual.

El lóbulo anterior de esta glándula controla la función de formación de la célula que se relaciona con la producción de espermatozoides y óvulos.

Este lóbulo anterior secreta seis hormonas que reciben el nombre de gonadotrópicas (Hormona estimulante del folículo, hormona luteinizante en la mujer y su equivalente en el hombre que es la hormona estimulante de la célula intersticial, la hormona luteotrópica y la lactogénica).

De acuerdo a las diferencias químicas y fisiológicas, existen tres grupos de hormonas sexuales: el grupo de hormonas estrógenas y las del cuerpo lúteo, que son hormonas femeninas y el --

grupo de las hormonas andrógenas que son masculinas.

Las hormonas femeninas más importantes son el estrógeno y la progesterona. La primera se encarga del control de la estructura corporal y el funcionamiento de los órganos sexuales. La progesterona es la hormona de importancia principal para la preparación del útero para la embarazo y para mantener éste.

La hormona masculina más importante es la testosterona que se produce en los testículos. Esta hormona es la responsable del desarrollo y preservación de las características sexuales secundarias, incluyendo vello facial y corporal, cambio de voz, desarrollo muscular y óseo, atracción por el sexo opuesto.

Los dos sexos producen tanto hormonas femeninas como masculinas, o sea que se encuentra una pequeña cantidad de hormona -- sexual femenina en los hombres y una pequeña cantidad de hormona masculina en las mujeres. La orina del hombre y de la mujer normales contiene algunas hormonas del sexo opuesto.

Una cantidad excesiva de hormonas masculinas en la mujer y viceversa, puede producir cambios muy marcados en las características sexuales secundarias. Un desequilibrio en el estado natural hormonal en el niño en crecimiento, puede producir desviaciones de las características primarias sexuales, como también cambios en las características secundarias.

#### 4. Sexualidad Infantil (Desarrollo del Instinto Sexual)

La sexualidad infantil es diferente a la sexualidad del adulto. Una de las principales diferencias es que en el niño la excitación más intensa no se localiza precisamente en los genitales, sino que tiene muchas zonas erógenas que le producen la misma satisfacción.

Además la sexualidad infantil puede ser autoerótica, o sea, tener como objeto a su propio cuerpo.

Aquí no hay una diferenciación clara entre excitación y satisfacción, ya que múltiples satisfacciones se pueden convertir en fuentes de excitación sexual.

La concepción Freudiana del Instinto Sexual es muy amplia, en comparación a otras corrientes, pues incluye no sólo el gasto de energía en actividades placenteras que entrañan estimulación y manipulación de genitales, sino que abarca la manipulación por placer de otras zonas corporales.

A este respecto, Freud distingue dos clases de instintos: "aquéllos que quieren llevar la vida hacia la muerte y otros los instintos sexuales que aspiran de continuo a la renovación de la vida y la imponen siempre de nuevo".

La vida consistía esencialmente, según Freud, en un estado de perturbación producido por un estímulo externo. Cuando la perturbación cesaba, se apagaba la chispa de la vida.

"Los instintos de vida son los que con mayor intensidad registra nuestra percepción interna, dado que aparecen como perturbadores y traen incesantemente consigo tensiones cuya descarga es sentida como placer, mientras que los instintos de muerte pa-



recen efectuar silenciosamente su labor".

Los instintos de vida son los representantes mentales de todas las necesidades corporales cuya satisfacción es necesaria para sobrevivir y reproducirse.

Los instintos sexuales han sido los más profundamente estudiados de todos los instintos de vida. Los instintos sexuales tienen sus fuentes en diversas zonas corporales, que son llamadas zonas erógenas.

Freud pensó que una zona erógena era alguna parte del cuerpo que estaba sensibilizada por sustancias químicas segregadas por las glándulas sexuales.

Los instintos sexuales o de vida surgen independientemente entre sí a lo largo de la vida de un individuo. pero en la pubertad se sintetizan al servicio de la reproducción.

La forma de energía que utilizan los instintos de vida se llama libido. Al principio Freud dió este nombre a la energía sexual, pero al revisar su teoría de la motivación, la libido fue definida como la energía de todos los instintos de vida.

Al hablar de los instintos sexuales, Freud dice los siguientes: "Los instintos que cuidan de los destinos de estos organismos (células) elementales supervivientes al ser unitario, procurandoles un refugio durante todo el tiempo que permanecen indefensos contra las excitaciones del mundo exterior y facilitan su encuentro con las otras células germinativas, constituyen el grupo de los instintos sexuales".

"Son conservadores ya que producen anteriores estados de sustancia animada, pero lo son más aún pues se muestran más resistentes contra las actuaciones exteriores y además en su más

amplio sentido, pues conservan la vida misma para más largo tiempo. Son los verdaderos instintos de vida".

Cualquier región del cuerpo en que los procesos excitantes y tensionales tienden a concentrarse y cuyas tensiones pueden ser eliminadas mediante alguna acción sobre esa región en particular, reciben el nombre de "zonas erógenas".

Tal manipulación de la zona erógena va a producir satisfacción ya que alivia la tensión, provocando un sentimiento de placer. Cada zona erógena se asocia con la satisfacción de una necesidad vital, como son la zona oral, anal y genital.

El placer proporcionado por la zona erógena puede ser independiente del placer derivativo de la manifestación de una necesidad vital.

Estas zonas erógenas juegan un papel de suma importancia en el desarrollo de la personalidad, ya que son las primeras fuentes de excitación y descarga de tensión con los que los bebés tienen que lidiar y proporcionan las primeras experiencias placenteras importantes. Además, las acciones que implican estas zonas, llevan al niño a conflictos con los padres, frustraciones, angustias y estimulan la adaptación, defensas, transacciones y sublimaciones.

Dichas zonas erógenas, en donde se llevan a cabo las etapas del desarrollo de la libido, son las siguientes:

#### ETAPA ORAL

Las primeras manifestaciones del niño empiezan poco después del nacimiento, cuando busca obtener placer en la zona de la boca. El niño utiliza el chupeteo para lograr placer.

Para poder desear la satisfacción y anhelar este objetivo para

su instinto, el niño tiene que conocer la satisfacción y haber - experimentado el proceso de placer. El lactante conoce por primera vez esta experiencia con el pecho materno, que le da su primera satisfacción sexual.

El instinto sexual se separa del instinto nutritivo tempranamente, así se ve que el niño continúa el chupeteo aún si tener ya hambre.

Durante la lactancia el chupeteo no es la única actividad sexual, pero sí es la satisfacción más intensa de esa época (desde el nacimiento hasta el final del sexto mes).

Después de este período sigue el predominio de la zona oral, pero el placer cambia con la aparición de los dientes. Ahora no es el chupeteo, sino masticar y devorar. El niño obtiene placer introduciendo objetos en su boca. Aquí empieza a existir una relación con los objetos del mundo <sup>ext</sup>terno, ya que en el chupeteo - la satisfacción es autoerótica.

Cuando no se ha satisfecho esta etapa, se produce una fijación y se observa esto por ejemplo, en el carácter de ciertas -- personas en las que hay una constante impresión de succión en su forma de ser, se pegan a sus objetos y es difícil separarse o -- desprenderse de ellos.

#### ETAPA ANAL

En esta etapa existen satisfacciones instintivas intensas - que tienen origen en una región del cuerpo que es importante para la autoconservación y se encarga de eliminar los residuos alimenticios no asimilables, o sea, el ano y la región circundante.

La erogeneidad de la zona es muy marcada desde el final del

segundo año, hasta el final del cuarto año.

El niño experimenta un placer en retener las heces, ya que produce una tensión en esa zona y el placer al eliminarlas, pues se descarga esa tensión.

En esta época el interés exagerado de algunos adultos en la regularidad de los movimientos intestinales del niño, interfieren en la superación de esta etapa, ya que le transfieren al niño esa actitud.

Existen dos fases en la etapa anal. En la primera predomina el placer causado por el pasaje y la expulsión de la materia fecal. Los objetos queridos del mundo externo son identificados -- con los excrementos. Pero también predomina el acto de expulsión como tendencia hostil de satisfacción. Por lo tanto, la actitud hacia el excremento es ambivalente. Es positivo por el deseo de retenerlo y negativo por el rechazo y la expulsión.

La fijación en esta etapa también traerá los rasgos de carácter propios en el adulto.

En la segunda fase predomina el placer causado por la retención. El niño da un valor especial a sus heces, que es reforzado generalmente por la conducta de la madre, quien se alegra por los movimientos intestinales regulares de su hijo. Por lo tanto, considera sus heces como una muestra de amor y como un regalo. Este aprecio se transfiere a otras posesiones del niño. En el adulto se desplaza al dinero.

La actividad sexual del niño y las inhibiciones por la educación son muy importantes para el desarrollo posterior de los sentimientos morales.

Al niño se le regaña y se le dice "malo" si se ensucia o retiene sus excrementos y esto restringe sus impulsos instintivos y sus placeres. El hecho de que las primeras exigencias morales sean de naturaleza anal, influyen más tarde en la adquisición de los más elevados sentimientos éticos y morales en que se funda el sentido del deber.

La actividad anal del niño entre los dos y cuatro años de edad, forma el modelo para la actividad genital de la edad madura.

### ETAPA FALICA

En esta etapa adquiere predominancia el órgano fálico. En el hombre el pene y en la mujer el no tener pene.

La masturbación se vuelve la satisfacción predominante en esta fase que dura del cuarto año al final del quinto.

En esta época niños y niñas dan al pene el valor más alto. La niña pronto descubre que no lo tiene y esto da origen a las más diversas actitudes mentales y hasta síntomas neuróticos. El niño teme la posible pérdida del pene y desarrolla el temor a la castración.

Durante este período los deseos y fantasías provocadas por la excitación sexual, se dirigen en general a un objeto en particular, que es por lo común el padre del sexo contrario.

Las tendencias agresivas se acumulan contra el padre del mismo sexo, o sea, el rival y origina el deseo de muerte o de castración. Aquí surge el llamado Complejo de Edipo.

En la evolución de la libido, la promoción a una nueva fase o el abandono de etapas que se van superando, no sigue una línea recta. Una parte de la libido evoluciona, otra queda atrás o vuel

ve a posiciones anteriores.

### Período de Latencia y Pubertad

A los 5 años de edad, el niño entra en una época de calma en el dominio de sus satisfacciones instintivas.

Se disminuyen todas sus pulsiones debido a una lucha promovida por la relación con el objeto, dentro del complejo de Edipo, gracias a la identificación con los padres. Pero la sexualidad no desaparece, está latente. La energía se utiliza ahora para la expansión intelectual y el aumento de los conocimientos.

Entre los doce y los catorce años, surgen grandes cantidades de excitación sexual, que provienen de fuentes orgánicas. Esto revive la sexualidad psíquica, que se parece a la del adulto en sus fines, aunque no en sus objetos, ya que todavía se interpone la barrera del incesto. Pasa mucho tiempo antes de que el niño rompa la relación con sus objetos infantiles y transfiera la libido a nuevos objetos.

En esta etapa los genitales son la fuente más grande de placer psicosexual.

Cuando no se satisface y supera esta etapa para llegar a la madurez, se producen trastornos de la personalidad, siendo en ésta el más importante la histeria, que es un resultado de una represión de los impulsos genitales.

El desarrollo de la sexualidad infantil de una forma no impositiva llevada por los padres del niño, da como resultado un desarrollo adecuado de la personalidad, teniendo como fines esenciales la maduración, el desarrollo, el aprender a resistir mejor las frustraciones, evitar situaciones displacenteras, resolver más positivamente los conflictos que se presentan y tratar de evitar hasta donde sea posible la angustia.

De no cumplirse ésto en una forma adecuada, es decir, en forma negativa en el desarrollo del niño, tendremos como consecuencias desviaciones en el desarrollo de la sexualidad de ese niño.

Esto mismo puede decirse cuando las influencias negativas no son de orden psicológico, sino anatómico y fisiológico, como sucede en los estados intersexuales.

En realidad no se puede hablar de una patología sexual claramente definida cuando se trata de niños, ya que aunque presentan los mismos síntomas que en un adulto se considerarían muy patológicos, en los niños sólo se puede tomar como una etapa de transición. Si esta etapa no se supera y se vuelve constante y permanente, entonces sí se puede hablar de patología.

Nuestra cultura tiene normas que tanto los niños como los adultos deben cumplir respecto de los que es aceptable en la sexualidad.

El instinto sexual es una tendencia innata que el individuo debe controlar. El desarrollo de ese control empieza tempranamente en la infancia. El niño aprende que hay ciertos tipos de conducta que son tabúes en la sociedad de que forma parte.

Las desviaciones sexuales son un síntoma de mala adaptación y pueden formar parte de un cuadro más amplio. La anormalidad sexual puede formar parte de una neurosis o una psicosis o ser un síntoma de perturbación de la conducta. Ninguna desviación sexual es específica de un tipo de enfermedad ni se relaciona con una edad determinada. Sin embargo, no se puede calificar a un acto de desviación sexual sin tener en cuenta la conducta normal del nivel de desarrollo. Por ejemplo, el niño de 4 años que se exhibe, no tiene el mismo significado que cuando lo hace un adolescente de 15 años. No se deben clasificar las desviaciones sexuales por sí mismas, sino que deben ser tomadas como parte de un cuadro más amplio de perturbación.

Uno de los trastornos que tiene mayor relación con los estados intersexuales es la homosexualidad.

La homosexualidad es una adaptación al miedo a la heterosexualidad y ambos padres participan en la creación del adulto homosexual.

Cuando existe homosexualidad en un miembro de una familia, la patología severa de las relaciones padres hijo es definitiva.

El hijo homosexual se encuentra atrapado en el conflicto de los padres en un papel que está determinado por las transferencias y los problemas no resueltos de los padres.

En investigaciones realizadas por una serie de psicoanalistas de la Sociedad de Psicoanalistas Médicos, se llegaron a las siguientes conclusiones:

El padre juega un papel importante y determinante en el resultado homosexual de su hijo. En la mayoría de los casos el padre



es desapegado y hostil; un niño sin padre está privado de la contribución importante del padre para el desarrollo normal.

También es importante para favorecer la homosexualidad, una relación madre-hijo demasiado cercana y por lo tanto una fijación con la madre.

Los cimientos de la personalidad y de la psicopatología están colocados dentro del núcleo familiar, específicamente dentro del sistema triangular. Las actitudes de los padres hacia un niño en particular, a menudo están bien definidas durante el primer año de vida y después del cuarto año ya están bien establecidas. Cuando la influencia de los padres es patogénica, crean y mantienen la patología en el niño.

Aunque también es importante la relación con los hermanos, son los padres los que determinan la atmósfera familiar y todo lo que sucede en ella. Otros sucesos son relativos y secundarios.

La capacidad de respuesta heterosexual se presenta entre los tres y los 6 años, cuando se pueden observar reacciones diferenciales hacia hombres y hacia mujeres.

El proceso de desarrollo en los niños, ya sea sexual o de otra índole, forma parte de un sistema reverberante de estímulo-respuesta con los padres.

Toda fase de maduración en el desarrollo del niño estimula respuestas en los padres que a su vez condicionan el estímulo original o determinan la naturaleza del desarrollo de esa fase específica. Por ejemplo; las pautas de respuestas en el entrenamiento de esfínteres, habla, masturbación, etc.

Una madre a quien le da gusto la masculinidad de su hijo, hace que su respuesta heterosexual hacia ella y otras mujeres, estimule y refuerce la identificación masculina.

Un padre que se relaciona cálidamente con su hijo y apoya su afirmación de la vida y que no es un competidor en el terreno sexual, da una prueba de realidad para que pueda resolver la competencia sexual irracional de su hijo.

Este tipo de actitudes favorece el desarrollo de la heterosexualidad.

En cambio, una relación muy íntima con la madre, en donde hay seducción materna manifiesta, tiene el efecto de sobreestimar sexualmente al hijo. Esto, más la culpa intensa y la culpa hacia la conducta heterosexual, puede llevar a una actividad sexual precoz y compulsiva. Además, la inhibición de la heterosexualidad por temor, lleva a la homosexualidad.

Quando la madre está llena de angustia por sus deseos incongruentes, está especialmente alerta a cualquier manifestación sexual de su hijo. Ella trata de suprimir esto y el hijo aprende que cualquier acto que incluye algún elemento de sexualidad, no es adecuado ni bienvenido. Así, si la angustia de la madre es demasiado severa, intenta desmasculinizar al hijo y favorecerá las actitudes afeminadas.

Quando el padre es hostil y rechazante, el hijo lo interpreta como sexualidad competitiva. Esto trastorna el desarrollo de la sexualidad masculina del hijo, pues siente que es ofensiva hacia su padre. Si el padre tiene preferencia por una hija mujer, él la verá con envidia y aumentará en él el deseo de ser mujer; esto interfiere con su identificación masculina y con la adaptación heterosexual.

En la contribución específica del padre en el desarrollo psicosexual de su hijo, debe ser un modelo con el cual el hijo pueda identificarse para formar sus pautas masculinas. Un padre afectuoso proporciona una negación real de los miedos de venganza que el hijo puede tener por sus actitudes sexuales competitivas.

O sea, que es muy importante la actuación tanto de la madre como del padre para el buen desarrollo psicosexual del hijo, que permita establecer en el futuro adecuadas relaciones heterosexuales.

## C A P I T U L O   I I

### ASPECTOS BIOLÓGICOS Y PSICOLÓGICOS DE LOS ESTADOS INTERSEXUALES

#### 1. Tipos de Intersexos

Los estados intersexuales se dividen principalmente en tres grupos:

- a) Pseudohermafroditismo masculino
- b) Pseudohermafroditismo femenino
- c) Hermafroditismo verdadero

El pseudohermafroditismo masculino es un estado intersexual caracterizado por una estructura genética y gonadal masculina, - con virilización incompleta de los genitales externos.

Existen dos grupos: 1) el pseudohermafroditismo con ambigüedad de las genitales externos y tendencia a la virilización puberal y 2) está constituido por el síndrome de testículo feminizante con la característica de que hay presencia de genitales externos femeninos, ausencia de vello púbico, fenotipo femenino, con desarrollo de mamas y presencia de gónadas masculinas.

Dentro de éstos existe una forma completa y una incompleta. La primera está definida por una silueta femenina, con mamas bien desarrolladas. La vagina es pequeña, no hay vello púbico ni facial. El orificio de la uretra es hipospádico y las gónadas son masculinas.

La segunda forma se diferencia por la existencia de falo.

El tratamiento de estos pacientes tiene un punto de vista - psicológico esencial. Estos sujetos que en realidad son varones - feminizados, pero que se conducen como mujeres, debe respetárseles

su identidad de género y su sexo social en las decisiones quirúrgicas.

El hermafroditismo verdadero se define por la presencia de tejido ovárico y testicular bien diferenciado. Por un lado hay testículo, conducto deferente, epidídimo y vesícula seminal y del otro lado existe el ovario, trompa uterina y hemiútero.

Generalmente estos sujetos se educan como varones, pero presentan ginecomastia por los estrógenos que produce el ovario.

Se sabe que estos pacientes son estériles y que en algún momento requerirán de ayuda psiquiátrica.

En realidad aún se desconoce el origen real de estos padecimientos.

El pseudohermafroditismo femenino se caracteriza por la presencia de tejido ovárico. generalmente la ambigüedad de los genitales externos produce una confusión en cuanto al sexo de asignación y a la mayoría se les educa como hombres, ya que su apariencia externa corresponde más a ese sexo. Sin embargo, en la adolescencia presentan ginecomastia y hematuria (menstruación), por lo que recurren al médico.

## 2. Identidad

El primero en introducir el término identidad en los aspectos psicoanalíticos fue Victor Tausk. En el trabajo que realizó, vió cómo el niño descubre los objetos y su yo.

Freud utilizó el término identidad sólo una vez en su obra para explicar su vínculo con el judaísmo. Lo utiliza en términos de algo medular que existe en el interior del individuo que tiene relación con un aspecto esencial de la coherencia interna de un grupo.

La identidad es un proceso que se lleva a cabo por la asimilación de todas las identidades fragmentarias de la niñez. El que se logre una buena identidad depende de una relación satisfactoria con la madre y luego con la familia.

Para Erikson, la identidad depende del desarrollo del yo, o sea, la selección de identificaciones significativas, la anticipación de la identidad y la resíntesis en la adolescencia.

Algunos autores que piensan que esta definición es muy limitada, agregan que la identidad es la captación de ese yo como una entidad organizada y diferenciada, separada y distinta del ambiente y que tiene la capacidad de seguir siendo la misma aunque exiga tan cambios externos.

Greenacre relaciona el sentimiento de identidad con la imagen corporal. El niño se relaciona con su mundo a través de su piel y su boca, sus ojos y sus manos. Menciona que el rostro y los genitales son los más importantes para reconocer el propio cuerpo de otros.

El sentimiento de identidad se determina por las sensaciones corporales, siendo la imagen corporal la base de la identidad.

Con respecto a la imagen corporal, Schilder la consideró como una estructura antropológica, fisiológica y psicológica y es una parte constitutiva de la persona. El entiende por imagen del cuerpo, la representación que nos formamos mentalmente de nuestro cuerpo. Para ésto disponemos de sensaciones y percepciones que nos llevan al conocimiento de que existe una unidad corporal (Gestalt).

Henry Head lanzó el término esquema corporal y es la imagen tridimensional que tenemos de nuestro cuerpo.

Freud dice: la imagen corporal es inseparable de nuestras emociones y acciones.

La imagen corporal es el constante conocimiento del propio cuerpo, es la representación cambiante del propio cuerpo en la mente. Es el saber de una persona de ser una entidad separada y distinta de las otras.

Margaret Mahler señala que la madre, con el contacto corporal placentero que ofrece al bebé, es un aspecto esencial para el sentimiento de identidad, ya que proporciona con ello los límites entre su yo y el mundo.

Una madre sobreprotectora coartará la posibilidad de independencia de sus hijos y por lo tanto, el proceso de diferenciación de la propia identidad.

En una segunda fase, cuando el interés se centra en los órganos genitales, es esencial la identificación exitosa con el padre del mismo sexo y la actitud emocional de ambos padres.

León Grinberg define la identidad como resultante de una relación entre tres vínculos de integración: Integración espacial, Integración temporal e Integración social.

Integración espacial.- es la relación entre las diferentes partes del Yo entre sí y permitiendo la comparación de éstas con los objetos.

Integración temporal.- da una continuidad a estas partes y lleva al sentimiento de mismidad.

Integración social.- Está dada por la relación de partes del Yo y aspectos de los objetos mediante los mecanismos de identificación proyectiva e introyectiva.

El sentimiento de identidad sexual se determina por experiencias corporales desde la infancia más temprana, hasta la adultez. A estas experiencias se agrega el significado asignado a la masculinidad o feminidad de acuerdo a la cultura o sociedad de que se trate.

Esta identidad sexual implica renunciar al sexo que no se tiene. La relación madre-hijo da la base para el desarrollo de la identidad sexual.

La niña se identifica con la feminidad que representa la figura materna y el niño se identifica con el objeto masculino amado por ella.

Si la madre tiene problemas con su propia identidad sexual, con conflictos no resueltos en relación con un rechazo de lo masculino, fomentará en su hijo una identidad con características femeninas.

El papel del padre es también muy importante para consolidar



la identidad sexual de su hijo varón, dándole un modelo para que se identifique con sus aspectos masculinos.

Para ésto la presencia del padre en el hogar debe ser constante y sobre todo que su rol masculino no se vea mermado por la existencia de una madre demasiado dominante y castradora.

De acuerdo a Marie Langer, la identidad significa diferenciar se del otro y la identidad sexual es mantener claras las diferencias entre hombre y mujer.

. Anteriormente era más fácil para el niño lograr una buena identidad, ya que sus padres tenían sus roles y funciones bien diferenciados. Actualmente estas funciones ya no están bien delimitadas, ya que a menudo la mujer trabaja al parejo del hombre y el hombre ayuda a la mujer tanto en el cuidado de la casa, como del niño.

Cuando estos roles se mezclan, el niño puede tener serios conflictos para lograr una identidad sexual, ya que no distinguirá fácilmente quién es el padre y quién la madre y cuáles son las funciones de cada uno.

De acuerdo a R. Spitz, los pre estadios de la identificación se manifiestan en la temprana identificación de gestos del niño. Esto aparece después del sexto mes de vida.

Estos procesos de identificación dependen por lo tanto, de los padres y de sus relaciones objetales, ya que el niño para identificarse pasa primero por la etapa de imitación, tanto de gestos, como de actitudes y palabras de sus padres.

Pero los padres también se identifican con el niño, ya que ellos a su vez lo imitan a él y ésto refuerza las identificaciones

del niño.

El intercambio realizado en la imitación mutua del gesto y la palabra, tiene un efecto muy grande en el desarrollo de la personalidad.

La imitación y la identificación con el gesto son una de las mayores contribuciones del niño a la formación de relaciones objetivas.

Las primeras identificaciones con los gestos de los padres surgen en el tercero o cuarto trimestre del primer año de vida.

Primero, necesitan estar presentes los padres para que el niño los imite, pero después el niño sigue imitando las acciones de los adultos aún en ausencia de ellos. Esto es evidencia de que ha habido identificación, o sea que el niño ha incorporado las acciones observadas en el objeto libidinal.

Así, a los tres años de edad, vemos que el niño ya adopta el rol de la madre o del padre, según sea su sexo. Las niñas juegan a las muñecas y a la casa y en general a ser iguales a la madre. A los niños se les regalan revólveres y aviones y se les alienta a jugar más agresivamente, porque tradicionalmente el rol masculino en nuestra sociedad tiende a una conducta autoafirmativa. Los niños tienden a identificarse con el padre y las niñas con la madre.

Este proceso de identificación se establece bien a los 5 años de edad. A los 7 años el niño no sólo está identificado con el padre del mismo sexo, sino también con sus compañeros. Establecen amistades íntimas con los niños de su propio sexo y adoptan una actitud despreciativa hacia el sexo opuesto.

En el período de la adolescencia se vuelve a despertar el interés en el sexo opuesto. En esta etapa se desarrollan las características sexuales secundarias y el adolescente está muy consciente de su cuerpo y sus sensaciones, pero en términos de hetero sexualidad.

Según las observaciones de Spitz, existe una tendencia en los niños a identificarse con los objetos amorosos. Esta tendencia es muy fuerte y es tan importante para las relaciones objetales, que el niño se identifica con cualquier conducta que se apropie del objeto amado, en forma indiscriminada.

Pero si el niño se identifica con las cosas que le gustan del objeto amoroso, también se identifica con las que le disgustan. Depende de la organización psíquica que tenga el niño, los aspectos que tomará del objeto para identificarse.

Así, si el equipo psíquico del niño está en los 15 meses, podrá percibir rápidamente la conducta física del objeto y con ella se identificará.

La identificación con los aspectos afectivos de estas conductas físicas es más compleja y sólo se realiza cuando la organización psíquica del niño alcanza niveles mayores.

A los 2 años de edad, el niño sólo tiene una percepción global de los afectos del objeto. Solamente más tarde empieza a discriminar los varios afectos que se perciben en los demás y su motivo.

Fenichel señala que el bebé hace sus primeros intentos de controlar los estímulos por medio de la imitación primitiva de aquello que percibe. Esto constituye una especie de identificación.

Hay otra reacción primitiva que es la introducir los objetos en la boca.

Estas dos reacciones tienen el fin de percibir.

El concepto de identificación primaria significa que introducir en la boca e imitar con el fin de percibir, son la misma cosa y es la primera relación de objeto que tiene el bebé.

Las identificaciones son muy importantes para el proceso de estructuración del yo, y por lo tanto, la forma en que se lleve a cabo esta estructuración dependerá de la personalidad de aquéllos que rodean al bebé, o sea, aquéllos a quienes va a empezar a imitar.

### 3. Identidad de Género

Uno de los aspectos importantes para lograr una buena identificación sexual, es que en la familia no existan factores que la persona pueda sentir como inseguridad con respecto al sexo al que pertenece.

Mientras que lo biológico y lo social requieren de etapas para el desarrollo de la identidad de género, la atribución del sexo (y por lo tanto también del género, debido a la creencia de que existe una relación de uno a uno entre los dos) se da instantánea y permanentemente.

De esta manera, esta designación no puede cambiarse. Puede debilitarse o quebrantarse por la lucha silenciosa intrapsíquica e intrafamiliar que lleva a la homosexualidad, transvestismo y otras perversiones.

Aún la gente con estos desórdenes, así como los neuróticos y

normales con debilidad latente en la identidad de género, saben a qué sexo pertenecen. Pueden soñar o actuar como si hubiera en ellos segmentos del otro sexo, pero éstos son sólo deseos y para llevar a cabo la actividad de crear un deseo y aún el proceso más complejo de gratificarlo, debe haber una parte de sí mismo que sabe que se trata solamente de un deseo.

Si desde el principio los adultos que están con el niño no están lo suficientemente seguros, debido a que el niño es anatómicamente ambiguo o porque sus padres están desilusionados, entonces se puede desarrollar un defecto en la estructura del carácter en el cual el paciente sólo conoce la identidad de género de un hermafrodita. La identidad del hermafrodita es un fenómeno psicológico extraño, que se encuentra en todos los pacientes intersexuales.

La identidad hermafrodita requiere de una ambigüedad anatómica de los genitales externos desde el nacimiento, causando confusión en la mente de los padres con respecto al sexo anatómico del niño, teniendo ésto por consecuencia un trato ambiguo por parte de los padres hacia el niño. Esto da por resultado defectos en el proceso de incorporación de los padres y sus actitudes y por lo tanto, identificaciones de género incongruentes, que en realidad nunca se pueden corregir, ya que la realidad les demuestra constantemente genitales externos anatómicamente ambiguos.

Las experiencias postnatales no biológicas son cruciales en el desarrollo de la identidad de género, a pesar de las características sexuales primarias o secundarias anatómicas y endocrinológicas.

A continuación se dará un ejemplo, tomado de uno de los casos

que estudió el Dr. Robert J. Stoller, aunque éste no ejemplifica la creencia de que las fuerzas biológicas no juegan un papel como tales en la mayoría de las personas, sino solamente que la identidad de género puede desarrollarse aún en la ausencia de tales fuerzas.

Las fuerzas psicológicas postnatales juegan la parte más importante en la creación de la identidad de género, aunadas a éstas las fuerzas biológicas controladas genéticamente.

Ejemplo:

Se trata de una persona biológicamente neutra: cromosómicamente XO, con la consecuente neutricidad anatomofisiológica.

Cuando fue vista por primera vez a los 18 años por un médico, era indudablemente femenina en su conducta, vestido, ambiciones sociales y sexuales y fantasías; era indistinguible de otras muchachas (en el Centro Médico de California Sur).

Había un problema que la hacía diferente que al promedio. Sus senos no se habían empezado a desarrollar y ya tenía 18 años y tampoco había comenzado su menstruación. Después de hablar con su hermana mayor sobre esto y después de esperar algunos meses la menstruación, fue a consulta médica (no psiquiátrica).

El exmane físico reveló una muchacha de buena estatura y peso, sin hallazgos inusuales, solamente que no tenía desarrollo del busto ni pigmentación areolar y el vello púbico sólo se presentaba en los labios. Los labios y el clítoris parecían normales. El introito era virgen. El útero no pudo palpase por el recto. Había un poco de pelo axilar y ninguno en piernas o cuerpo. Los estudios de laboratorio dieron los siguientes resultados: 17 cetosteroides-

9.1 mg/24 horas; FSH - mayor de 80; frotis bucar cromatina - negativa (patrón masculino; frotis vaginal-actividad estrogénica muy baja -atrófica).

Se le practicó una laparotomía y lo que se observó fue lo siguiente:

Examen bajo anestesia.- los genitales externos tenían la apariencia gruesa de ser femeninos, el clítoris es ligeramente pequeño. El meato urinario se localiza bajo el clítoris y aproximadamente en la localización normal. El residuo del vestíbulo es pequeño y plano y no se encontró orificio vaginal. El examen rectal reveló la ausencia de órganos pélvicos.

Hallazgos en la operación.- Se nota la falta total de útero. Se encuentra bilateralmente que el baso emergió de la pared lateral de la pelvis en el área del ligamento infundíbulo pélvico. Se observan estructuras en cada lado que se asemejan a ligamentos circulares (sólo que más pequeños en diámetro) y se ve que salen de la cavidad peritoneal en forma normal. Se puede palpar un canal inguinal desde el interior de la cavidad peritoneal a la izquierda. Se hace evidente un canal inguinal menos definido del lado derecho. No hubo evidencia de tejido gonadal de ningún sexo. No se encontró hipertrofia adrenal.

En resumen, el contenido de la cavidad abdominal fue neutro (con tendencia a la anatomía femenina, lo cual ocurre en la neutralidad en humanos.

Se dijo a la paciente que era estéril debido a un defecto anatómico y que tenía una inmadurez anatómica en la vagina que podía corregirse quirúrgicamente.

El día después de la operación, cuando se le dijo que era estéril, la paciente empezó a llorar y estuvo triste durante varios días. Durante el tratamiento psiquiátrico que comenzó en ese tiempo (y el cual se continuó por 3 años) se estudió con más cuidado este dolor que le causó saber que era estéril.

Al estudiarlo se reveló la presencia de 3 huellas enraizadas en identificaciones femeninas, e indistinguibles de las respuestas que se encontrarían en una mujer joven, genéticamente con sexo normal.

La primera huella era su deseo de casarse y tener hijos; la segunda, con respecto a la apariencia y funcionalidad de sus genitales; y la tercera, sus intereses femeninos.

Con respecto al segundo factor, su preocupación por la apariencia y funcionamiento de sus genitales, salió a la superficie después de algunos meses de tratamiento. Esto se precipitó por dos causas: una, el matrimonio de una hermana, 18 meses mayor que ella la cual en la infancia había sido una especie de gemela con la paciente y que después del matrimonio reveló a su hermana que había tendido relaciones premaritales. La otra, el saber que su mejor amiga había tenido relaciones sexuales con un muchacho con el que la paciente había salido previamente. Todo esto llevó a la paciente a una tormenta interior que las muchachas con las que se identificaba eran impulsadas por sus cuerpos (especialmente los genitales) para buscar satisfacción sexual y que su identificación con ellas era falsa. Entonces se agregó el conocimiento de que no tendría hijos y que tampoco podría tener coitos a menos que se le hiciera una vaginoplastia. Así que no sólo sabía que sus órganos -



reproductores internos eran defectuosos, sino también la fuente de su placer sexual: sus genitales externos.

Este último conocimiento le era más irritante que la tristeza causada por el primero.

Al mismo tiempo de que esta paciente se confrontó completamente con la idea de que el sexo excita a las muchachas, se sintió avergonzada de sus genitales incompletos.

Después de la laparotomía, a medida que veía a sus amigas crecer y volverse activas sexualmente, se trastornó cada vez más por no tener una vagina normal. Esto no se debía a que fuera incapaz de tener las sensaciones sexuales específicas que sabía que otras muchachas gozaban, sino más bien porque ella no poseía esa insignia esencial de la feminidad, una vagina normal. No se podía considerar dentro de la misma categoría de feminidad de sus amigas.

Más importante para ella que el placer erótico, era su deseo de sentirse mujer, la conservación de su identidad de género.

Se le realizó la vaginoplastia y se le administraron estrógenos, lo que le produjo el desarrollo de los senos.

Tiempo más tarde reportó a los doctores tener excitación sexual y gratificación en el coito, así como tranquilidad con respecto a su identidad de género, a su seguridad de ser mujer.

Esto nos demuestra cómo esta paciente, a pesar de no tener los elementos anatómicos completos para crearse una identidad de género femenina, tuvo los aspectos psicológicos necesarios para apoyar esta identidad.

#### 4. La Identidad en el Hermafrodita

En general no se duda de que sólo existen dos sexos biológicos, hombre y mujer, con dos géneros consecuentes: masculino y femenino.

La evidencia de la bisexualidad biológica o psicológica no contradice esta división, sino que sólo demuestra que dentro de los dos sexos, hay grados de masculinidad y feminidad (sexo) y masculinidad y feminidad (género).

Así, a cada persona se le atribuye al nacer una posición absoluta como miembro de uno u otro sexo, de manera que se desarrolla un sentimiento de pertenecer solamente a un género.

Es obvio que el atribuir el sexo correctamente es muy importante. En aquellos niños en los que por su apariencia ambigua al nacer es difícil asignarle un sexo, el sexo correcto debe diagnosticarse tan pronto como sea posible. Sólo por medio de este diagnóstico rápido y cuidadoso se pueden evitar los problemas emocionales futuros.

Casi todas las personas empiezan a desarrollar desde el nacimiento un sentido fundamental de pertenecer a un sexo. La conciencia del niño de "soy un niño" o "soy una niña", se puede observar desde épocas muy tempranas de la vida. Este aspecto del sentido de identidad se puede considerar como una esencia de la identidad de género.

La identidad de género se refiere a la propia sensación de pertenecer a un sexo determinado y se expresa clínicamente en la conciencia de ser hombre como algo distinto de ser mujer.

Esta identidad de género se produce por la relación padres-

hijo, por la percepción del niño de sus genitales externos y por una fuerza biológica que surge de las variables biológicas del sexo.

Los dos primeros factores son casi siempre esenciales para determinar la identidad de género final.

Mientras que el proceso de desarrollo de la identidad de género continúa en forma intensiva por lo menos hasta el final de la adolescencia, la esencia de esta identidad queda establecida completamente antes del desarrollo total de la etapa fálica.

Esto no quiere decir que la ansiedad de castración o la envidia del pene no sean partes esenciales de la identidad de género, sino que estos últimos conflictos ocurren después de que queda bien establecida la esencia de la identidad de género.

Para dar un ejemplo: los hombres transvestistas pueden tratar de ser muy femeninos cuando se ponen ropas de mujer; pero no sienten realmente que son mujeres. Desean serlo y el transvestismo es la actuación de este deseo, pero saben que no son mujeres. Su identidad de género es masculina; o sea, saben que sus cuerpos son masculinos, que han sido asignados al sexo masculino y que todo el mundo inequívocamente los considera como hombres.

Aún cuando un individuo haya sido asignado en un género opuesto a su sexo biológico, se desarrolla una esencia de identidad de género bien delineada, en donde la persona sin duda siente que es un miembro del sexo asignado.

Los datos clínicos indican que hay gente que casi desde que comienzan a tener conciencia de su existencia, no se sienten miembros de ninguno de los dos sexos posibles. Debido a la inseguridad

de los padres con respecto a su sexo verdadero, los pacientes también se vuelven inseguros.

Un sentido de configuración corporal distinto a los demás, - producirá un yo corporal diferente y la observación del niño de que es diferente a otros niños, sólo refuerza la incertidumbre que los padres han producido.

Tal persona pertenece a un tercer género, el género hermafrodita, y la estructura de carácter resultante y las formas especiales en que maneja su vida, al menos en nuestra sociedad, son evidencia de una identidad de género diferente y por lo tanto, de una perspectiva de vida diferente. Tienen la convicción de no ser hombre ni mujer, sino ambos o ninguno.

Cuando la identidad ha quedado firmemente establecida, como sucede a los 2 o 3 años de vida, ésta no debe ser cambiada. Cuando se puede hacer el cambio de sexo con éxito, es porque el paciente no estaba bien identificado ni con el género femenino ni con el masculino.

Cuando se está bien identificado, el cambio de sexo puede ser catastrófico. El Dr. Stoller trató a una persona que desde el momento en que se le dijo que su sexo era neutro, ingresó en una psicosis de tipo esquizofrenia. Una vez que se le devolvió la seguridad de ser mujer y su feminidad, por medio del tratamiento, la psicosis desapareció.

Por supuesto que este solo caso no prueba nada, pero puede servir como medida de precaución a aquellos que creen que la identidad de género es tan inestable que puede ser cambiada fácilmente y creada una nueva a voluntad.

Como se señaló anteriormente, el Dr. Stoller considera que el sentido de masculinidad queda determinando mucho antes de la etapa fálica (3 a 5 años) y el pene no es esencial para este sentido de masculinidad.

Existe una variedad de fuerzas psicológicas y biológicas que hacen que el niño desarrolle desde el nacimiento una conciencia creciente de que es "él".

Este "él" incluye una conciencia de que pertenece a un género y pronto reconoce que no todas las personas pertenecen a ese género. Luego aprende que no todos poseen la principal insignia de este género, o sea, genitales externos masculinos, lo cual es muy trastornador para el niño.

Para entonces ya sabe que es varón, sea o no masculino. En general los genitales son un signo tanto para el individuo como para la sociedad, de que es varón; pero éstos no son esenciales para formar el sentido de masculinidad.

El establecer un sentido de masculinidad se dificulta más con la ausencia de genitales adecuados, pero puede hacerse, ya que como se dijo anteriormente, el núcleo de la identidad se deriva de tres fuentes: la anatomía y fisiología de los genitales; las actitudes de padres y hermanos hacia su género y una fuerza biológica que puede modificar más o menos las fuerzas ambientales.

Por lo tanto, vemos que no son esenciales los tres factores, siempre y cuando los padres no sientan ninguna duda con respecto a que su hijo es masculino.

Lo mismo sucede con la femineidad. La vagina no es esencial para que ésta se establezca.

## 5. Tratamiento Psicológico de los Estados Intersexuales

El término "paciente intersexual" incluye a un grupo heterogéneo de personas con ambigüedades de los genitales externos o internos y de las gónadas, o con conflictos entre la apariencia de los genitales externos y las características sexuales secundarias.

Cuando los genitales son normales, no aparece ninguna duda en la mente de los padres y el curso de su vida será como el de cualquier otra persona.

La definición del sexo se realiza en el nacimiento y la conformidad dentro de los límites permitidos por cada cultura queda impreso en el niño. Esto sucede en forma sutil y sin que haya conciencia del proceso, ya que todo está de acuerdo con los deseos de los padres.

Sin embargo, si el niño se desvía de la norma en su conducta, surge la angustia de los padres. Esto, convertido en una tensión continua, indica al niño que el seguir con esa conducta en especial implica estar amenazado con la pérdida de la estima de los padres.

Así, la conducta y las actitudes de los padres con respecto a su identidad de género, será lo que lo guíe en su desarrollo.

Entonces, independientemente del sexo genético, de las gónadas ó los genitales internos, un niño que aparenta pertenecer a un sexo, puede esperar tener un nombre apropiado, vestirse adecuadamente y ser tratado y educado de acuerdo a esta apariencia.

En la última centuria, han habido varios tipos de tratamientos propuestos:

Krafft-Ebing postuló un sistema nervioso central como centro de control de la conducta de género para cada sexo, pero dejó el

problema de qué hacer, hasta que se pudiera encontrar ese centro y aprender formas de influir en él.

Pennington señaló que ella resolvió este problema corrigiendo el mal funcionamiento bioquímico en el centro del desarrollo bisexual, por medio de agentes frenotrópicos. Pero esto queda igualmente oscuro.

En la última generación se hicieron decisiones fáciles con el mínimo de stress para el médico, por medio de la regla sustentada por Young, de que cuando la gónada sexual estuviera determinada, el paciente no tenía más remedio que cambiar su rol sexual a ese sexo.

Más recientemente, Cappon y col. sacaron una fórmula matemática para pesar los componentes del sexo somático y psicológico y concluyeron que el rol de género correcto se calculaba sumando algebraicamente estos componentes. Ellos afirman que esta suma demuestra que el rol de género sigue siempre al sexo somático y que el cambiar de sexo, determinándolo de esta manera, se puede hacer sin riesgo en cualquier época de la vida.

En la última década, Money y los Hampsons han expresado otro punto de vista que concuerda con el del Dr. Stoller: La identidad de género se instala por las experiencias primordiales, especialmente en los primeros 18 meses de la vida y demuestran que el cambio de sexo después de la infancia temprana, nunca se logra con éxito.

Si el médico ha determinado que el paciente está adaptado en su rol de género, cualquier esfuerzo por cambiar este rol será un fracaso. Esto es cierto excepto en niños muy pequeños, ya que en-

ellos la identidad de género se va estableciendo gradualmente y queda fija alrededor de los dos años y medio.

Es importante que la decisión acerca del sexo del niño se realice lo más pronto posible, ya que el esperar demasiado tiempo puede producir una identidad hermafrodítica.

Solamente se debe dar tratamiento psicológico en los casos en que existen conflictos con la identidad de género.

En estos pacientes existen dos realidades: una es la anatómica, genética, endocrinológica; la otra es el género.

De acuerdo al Dr. Stoller, cuando debe escogerse entre estas dos realidades, siempre es preferible escoger aquélla que va de acuerdo con la identidad de género del paciente.



### C A P I T U L O III

#### 1. Presentación de un caso clínico

##### a) Historia Clínica Médica

D.M.V. de 7 años 8 meses de edad, del sexo masculino, es presentado espontáneamente a consulta el 18 de septiembre de 1973, - procedente de Paraíso, Tabasco, por sus padres, ya que desde su nacimiento notaron una anomalía en los órganos genitales y el médico de su pueblo les dijo que hasta que el niño tuviera 7 años - podría ser tratado.

Existen como antecedentes familiares, abuelos paternos y maternos vivos y aparentemente sanos. Tiene dos hermanas sanas de 9 y 11 años. Un gemelo muerto de hidrocefalia a los 8 meses. No hay consanguinidad entre los padres.

Es producto de segundo embarazo gemelar de término, sin complicaciones ni control prenatal. Trabajo de parto espontáneo de una hora de duración, sin analgesia, atendido en domicilio por empírica. Neonato inmediato normal.

Sostuvo la cabeza a los 4 meses, se sentó a los 6 meses, inició el lenguaje al año dos meses. Control de esfínteres a los dos años.

Desde el mes de edad la madre notó que el pene del niño estaba encurvado en su extremidad anterior y con el orificio de la uretra en el tercio final, en la parte inferior. Así permanece hasta agosto de 1973 en que un médico particular le diagnostica criptorquidia izquierda y en septiembre de ese mismo año acude al Hos-

pital del Niño de la Institución Mexicana de Asistencia a la Niñez.

En la preconsulta se le da un diagnóstico de probable pseudohermafroditismo.

A la inspección general todo es normal, excepto los órganos genitales, que son aparentemente masculinos, pero se encuentra que el escroto del lado izquierdo está vacío. El derecho contiene un testículo, pero hipoplásico. El escroto da la apariencia de estar formando los grandes labios, el glande es aparentemente normal, pero con el meato urinario situado en la base del escroto.

Después de esta primera consulta se dan los siguientes diagnósticos presuncionales:

Probable hermafroditismo verdadero

Descartar ovotestes

Descartar Síndrome de Opitz

Descartar pseudohermafroditismo.

En noviembre 7 ingresa al servicio de Genética, donde es estudiado y diagnosticado como Probable hermafroditismo. Se recomienda exploración quirúrgica para identificación de gónadas.

En este servicio se encuentra que fenotípicamente pertenece al sexo masculino, pero presenta componente cromosómico XX con 46 cromosomas y cromatina sexual positiva.

Debido a estos hallazgos se piensa en un hermafroditismo verdadero. Se considera la posibilidad de ovotestes debido a la criptorquidia y se trata de descartar que esté formado por un ovario y/o que el testículo que se palpa pueda estar formado por los dos

estromas, o sea ovárico y testicular.

Conjuntamente los servicios de Urología, Endocrinología y Genética, deciden llevar a cabo una laparotomía exploradora, solicitando los exámenes de laboratorio pertinentes.

Se realiza una neumopelviografía previa a la laparotomía, la cual reporta una línea transversal que divide a la pelvis en dos sectores, similar al ligamento ancho que existe en la mujer. No se aprecia si hay matriz, ni se identifican las gónadas.

En la parte más baja de la fosa ilíaca, hay una pequeña protrusión que pudiera ser compatible con gónada (ovario?).

Se realiza cistoscopia y se encuentra escroto bífido, uretra prostática con Verum Montarum y utrículo; no hay vagina.

Se lleva a cabo posteriormente la laparotomía y de esta intervención se llega a lo siguiente: es escroto izquierdo está vacío y se ve un testículo en anillo interno que cae a la cavidad pélvica. Hipospadia escrotal y cuerda marcada.

No se encuentra matriz, ni trompas ni vagina. Se toma biopsia de la gónada que tiene aspecto ambiguo, blando, café, con un apéndice compatible con trompa.

Estudio Anatomopatológico.- Macroscópicamente se vió lo siguiente: identificada como "gónada derecha" se recibe fragmento de tejido. Se recibe otro tejido identificado como "trompa".

Microscópicamente se observa lo siguiente: en el tejido identificado como gónada derecha se encuentra estroma ovárico, formando numerosos oocitos. Junto a éste hay túbulos seminíferos normales. Los fragmentos identificados como trompa, muestran fimbrias con epitelio salpingiano, vasos en estroma fibroso que sugieren re

tetestis y hay conductos revestidos por epitelio de epidídimo en otras zonas.

El resultado de la biopsia fue: OVOTESTES, restos de Salpinge y Epidídimo.

Diagnóstico: Hermafroditismo verdadero.

Posteriormente a estos hallazgos se realizó una sesión interdisciplinaria para decidir la conducta a seguir. Se consideró que el genotipo cromosómico correspondía al sexo femenino, pero el fenotipo era masculino.

Se efectuó la evaluación psicológica, que se menciona posteriormente, donde se vió que la identificación psicosexual del niño correspondía al sexo masculino, por lo que se decidió respetar dicha consideración, dejándole con su fenotipo.

Se programa entonces para intervención quirúrgica. Esta intervención consistió en la corrección de hipospadias y posteriormente se hizo la corrección del pene.

El día 10 de diciembre de 1973 se efectuó la intervención quirúrgica. Se realizó la escisión de la cuerda. Setaplastía del Ventrum peneano. Uretroplastía.

El paciente se recuperó sin haberse presentado ninguna complicación.

b) Historia Familiar Social

7 - XI - 73.

Se realiza el estudio social para conocer las relaciones entre los miembros de la familia, situación económica, medio ambiente del paciente, actitud de la familia ante el problema.

Aspectos Individuales del Paciente. Nació en la Ranchería las Flores, Paraíso, Tabasco, el 19 de diciembre de 1965. Es delgado, de piel morena clara, aparenta tener menor edad.

Antecedentes pre y post natales. Embarazo sin atención médica. Hijo deseado, no planeado. 9 meses de gestación. Parto eutócico, gemelar, atendido en su hogar por empírica.

Desde los 15 días de nacido notaron la anomalía en el niño, por lo que acudieron con un médico que les dijo que tendrían que esperar a que el niño tuviera 7 años, para poder ser tratado. Esperaron ese tiempo y acudieron a este hospital.

Ingresó a la escuela a los 6 años. Actualmente cursa el segundo año, el cual reprobó.

Le gustan los carros y jugar pelota. Sale con su papá a cortar leña y le ayuda en sus actividades.

El niño menciona que quiere que lo operen porque "quiere orinar parado, igual que su papá".

La madre nunca ha notado conductas anormales en el niño, únicamente el hecho de que orina sentado.

La actitud del niño es querer curarse, pero que a nadie se le diga en su pueblo a qué lo trajeron al hospital.

### Estructura y Dinámica Familiar:

El hogar está formado por el padre, la madre, tres hijos y los abuelos paternos.

El padre es originario de Tabasco, de 38 años de edad. Campesino. Cursó hasta el cuarto de primaria. Lo describen como apasible.

La madre de 36 años, también originaria de Tabasco. Cursó hasta el quinto año de primaria. Se dedica al hogar. Procede de familia campesina.

La actitud de ella en relación a sus hijos es afectuosa. Con el paciente tiende a la sobreprotección, cumpliendo todo lo que él desea.

Tienen 12 años de casados, de primeras nupcias.

Las relaciones entre padres e hijos son afectuosas. No les pegan a los hijos. Las niñas siguen a la madre y Victorio, el paciente, al padre.

Hay buenas relaciones entre los hermanos. Esto se debe a que la abuela paterna hace mucho énfasis en ello.

El padre gana 450.00 mensuales y con ésto mantiene a la familia. En ocasiones llega a ganar 600.00.

Su hogar se encuentra en zona rural, en la Rancharía las Flores; no hay luz eléctrica ni agua potable, ni drenaje. Tienen dos recámaras. Defecan al aire libre. El mobiliario es escaso, sólo cuentan con lo indispensable.

Diagnóstico Social: Familia campesina, organizada y completa, de bajo nivel cultural, social y económico. Padres responsables y en

buenas relaciones.

Los padres se encuentran angustiados por no saber cuál será el diagnóstico final y el futuro social y emocional de su hijo. Son cooperadores y están muy interesados en todo lo que acontezca al niño.

c) Estudio Psicológico

Se trata de un paciente de edad aparente un poco menor a la cronológica. Durante la entrevista se muestra muy nervioso, le sudan las manos y todo el tiempo las está moviendo. Contesta a lo que se le pregunta en forma muy concreta y concisa. Sin embargo menciona que quiere ser operado para curarse y poder orinar parado, como lo hace su papá.

Acepta realizar todas las tareas que se le piden, pero es muy lento y es necesario insistirle mucho para que trabaje.

Pruebas Aplicadas:

WISC: Escala Verbal - C.I. - 91 - Normal Promedio

Escala Ejecución - C.I. - 82 - Normal Torpe

Escala Total - C.I. 85 - Normal Torpe

Bender

Dibujos

C.A.T.

Frases Incompletas

Rorschach

Análisis de los resultados.

Dentro del área intelectual encontramos que en general el niño se encuentra funcionando en un nivel considerado como Normal - Torpe; sin embargo vemos que su rendimiento es mayor en aspectos teóricos-verbales que en los aspectos práctico-manuales. Esto puede explicarse debido a que el niño presenta dificultad para realizar las tareas que requieren de una buena coordinación visomotora.



Esto lo encontramos en la prueba de Bender, que nos señala datos de la existencia de una alteración neurológica (dificultad para hacer ángulos y curvas, rotaciones). Además vemos que su pensamiento es de tipo concreto, práctico. No llega a hacer abstracciones. Es rígido y estereotipado. Muestra una perseverancia a lo largo de todas las pruebas.

Su atención y concentración son buenas. Su juicio es apropiado y capta la información que le brinda el medio.

Dentro del área emocional encontramos que se trata de un niño muy inseguro y con gran cantidad de ansiedad. Esto también hace -- que su rendimiento disminuya, ya que existen respuestas que sabe, pero que no las dice por temor a equivocarse.

No se compromete en las situaciones y ejerce mucho control sobre las situaciones, sin embargo su manejo intelectual no es adecuado. Su pensamiento es primitivo y simple, muy poco elaborado.

Todo esto hace que su productividad sea baja.

No se muestra afectivo, sin embargo existe en él una gran necesidad de afecto, pero a niveles primitivos.

En general, el contenido de todas las pruebas es muy pobre, ya que es muy perseverante. Cuando se encuentra en una situación, le cuesta mucho trabajo abandonarla y empezar algo nuevo.

Tiene poca capacidad de relacionarse con las demás personas.

De acuerdo a la observación clínica, a la entrevista y en algunos relatos que realiza el niño, encontramos que se encuentra -

más identificado con la figura masculina, aunque esto no se observa de una manera definitiva, pero tampoco existe una identificación clara con la figura femenina.

Al parecer, ha asimilado el patrón cultural de la figura del hombre que se le ha impuesto, así realiza las actividades propias de niño y se relaciona sólo con niños del sexo masculino.

Considero que modificar el sexo del niño sería muy traumático para él, por lo que desde el punto de vista psicológico es conveniente que el niño permanezca como tal, ya que su identificación ya está estructurada hacia la figura masculina.

Se sugiere:

1. Solicitar E.E.G. para corroborar o descartar la alteración neurológica.
2. Someter al niño a psicoterapia individual, cualquiera que sea la decisión que se tome.



# WISC RECORD FORM

-58-

NAME De la Cruz Madrid AGE 7 1/2 SEX Male

ADDRESS \_\_\_\_\_

PARENT'S NAME \_\_\_\_\_

SCHOOL \_\_\_\_\_ GRADE \_\_\_\_\_

REFERRED BY \_\_\_\_\_

	Year Month Day		Scaled Score	IQ
Date Tested	<u>21 - X - 73</u>	Verbal Scale	<u>43</u>	<u>91</u>
Date of Birth	_____	Performance Scale	<u>37</u>	<u>82</u>
Age	<u>7 1/2</u>	Full Scale	<u>80</u>	<u>85</u>
*Prorated if necessary				

	Raw Score	Scaled Score
<b>VERBAL TESTS</b>		
Information	<u>8</u>	<u>8</u>
Comprehension	<u>8</u>	<u>9</u>
Arithmetic	<u>6</u>	<u>10</u>
Similarities	<u>6</u>	<u>10</u>
Vocabulary	<u>16</u>	<u>7</u>
(Digit Span)	<u>6</u>	<u>7</u>
Sum of Verbal Tests	<u>51</u>	<u>43</u>
<b>PERFORMANCE TESTS</b>		
Picture Completion	<u>4</u>	<u>5</u>
Picture Arrangement	<u>4</u>	<u>5</u>
Block Design	<u>6</u>	<u>9</u>
Object Assembly	<u>5</u>	<u>5</u>
Coding	<u>45</u>	<u>13</u>
(Mazes)	_____	_____
Sum of Performance Tests	<u>37</u>	_____

### NOTES

Escala Verbal - CI = 91 - Normal Proximo

Escala Ejec. - CI = 82 - Normal Torpe

Escala Total - CI = 85 - Normal Torpe

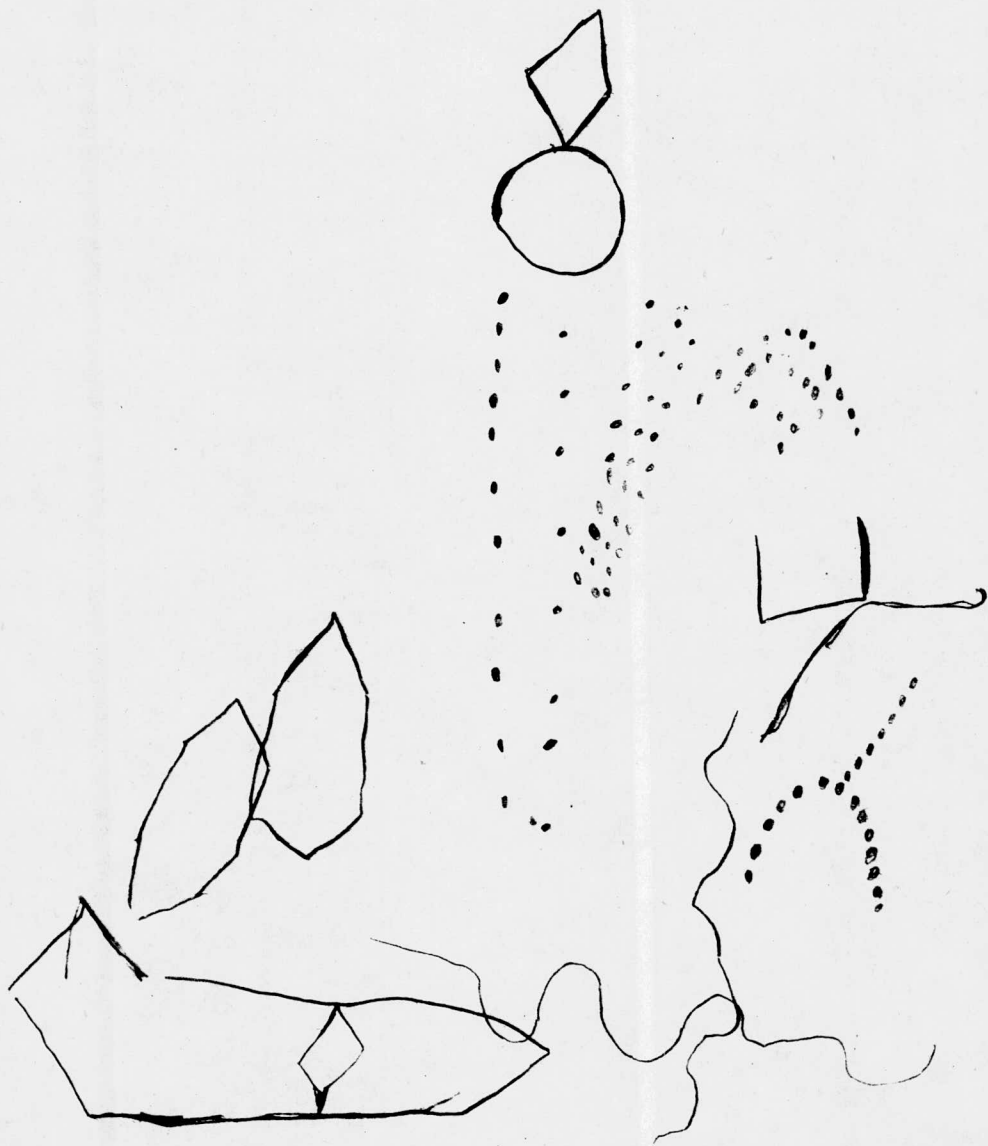
Examiner \_\_\_\_\_

Copyright 1949 by The Psychological Corporation. All rights reserved. No part of this record form may be reproduced in any form of printing or by any other means, electronic or mechanical, including, but not limited to, photocopying, audiovisual recording and transmission, and portrayal or duplication in any information storage and retrieval system without permission in writing from the publisher. See Catalog for further information.

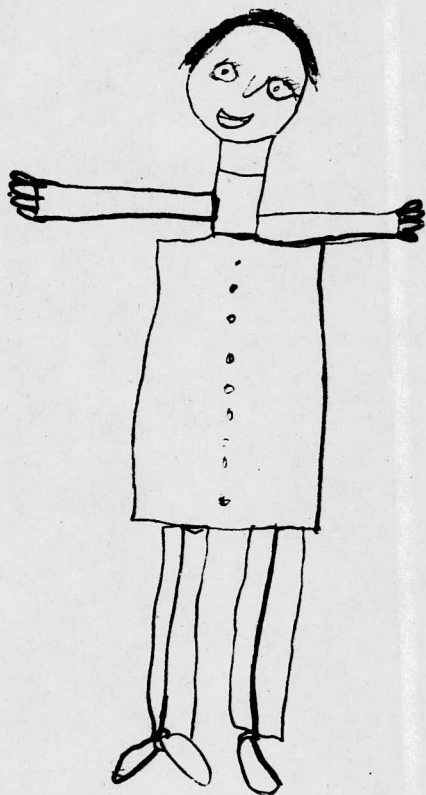
Printed in U. S. A.

The Psychological Corporation, 304 East 45th Street, New York, N.Y. 10017

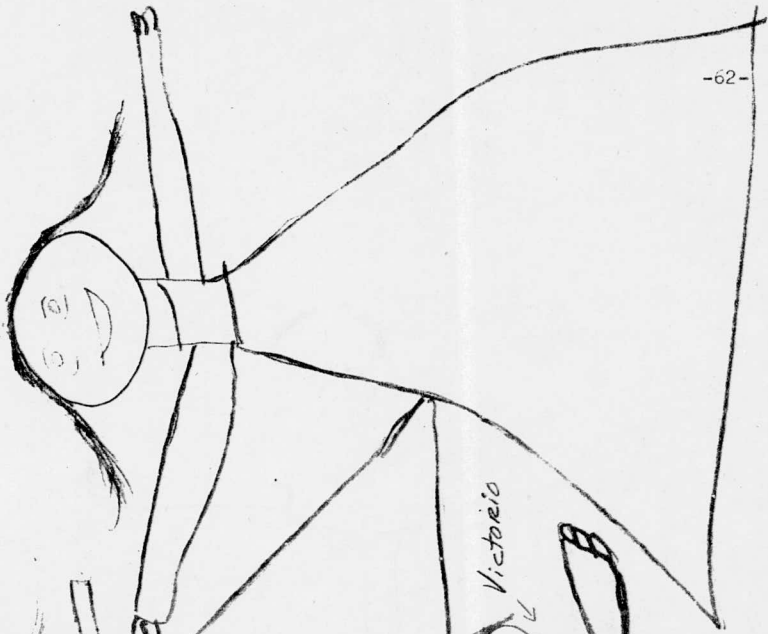
70-280 AB



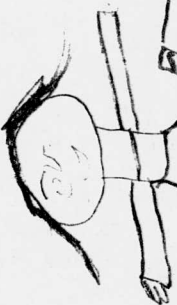




Mami



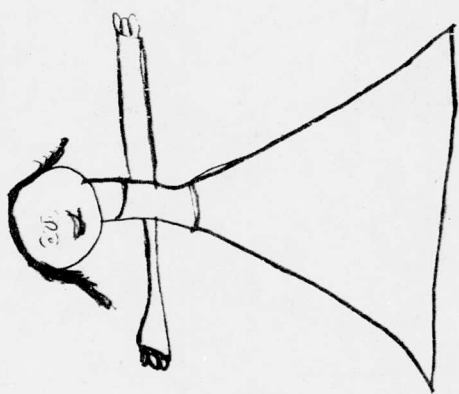
Aaa.



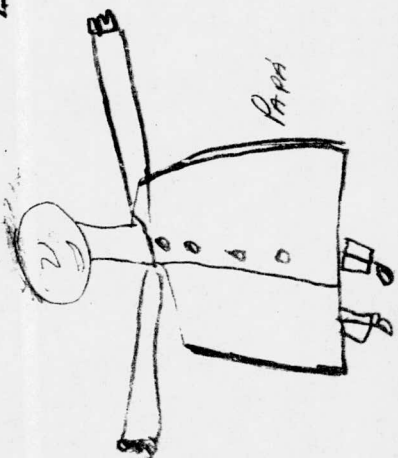
Victorio



Aaa.



Papi



MACHOVER

Historia de la Mujer

La muñeca. Está jugando (?) a las muñecas. Está bailando. (?) se lava la boca y la cara, se enjuaga. (?) Jugar con sus amigas a la pelota, a las escondidillas, encantados, pega pega. (?) Se va a su casa después de la escuela y come y bebe. (?) Después se pelea con sus hermanos. En la noche se acuesta y se duerme. Se levanta en la mañana. (?) porque son traviosos. Ella los acusa con su mamá. Luego se va a la escuela, toca la campana y se mete. Escribe, ~~4~~le y hace cuentas. Después pelea con sus amigas. (?) porque ella les pega también.

Historia del Hombre

Carlos. Se pone a jugar carritos, luego pelea con su hermana. Luego juega pelota. Se va a la escuela en la mañana, lee su libro, salen a recreo y juega pelota con sus amigos con el balón. Tardan un poco, toca la campana, se pone a leer y luego se pelea con sus amigos. (?) porque él les pega a ellos. (?) porque es travieso. (?) le registran su bulto (útiles); sale y se va a su casa y come y bebe y juega con sus hermanos a carritos y balón y fútbol. (?) Luego se acuesta y se duerme. En la mañana se desayuna y se va a la escuela a jugar carritos o pelota. Toca la campana y entra y hace cuentas. (?) Tiene varias amigas, Graciela, Delia y María. (?) juega encantados, a la pelota, a las muñecas.



Test de Apercepción Infantil (C.A.T.)

1. Una gallina con sus hijos. Se van a pasear. Se van comiendo hor miguitas. Luego vienen a beber, a bañarse. Luego se van a su galli nero. Después se duermen, luego salen a comer, se van a pasear, a comer. (?) Son hijos.
2. Un perro con una perra y un perrito. Están jalando una liga y - luego se van a pasear y comen puros huevos que hay tirados en las calles y el perro va atrás de ellos. Luego vienen a su casa, comen y beben. Se acuestan a dormir, se levantan.  
(?) se van a caer (?) se levantan (?) es su hijo.
3. Un león con un bastón y pone el brazo en una tabla. Se echa a andar y va ladrando por todo el camino. Viene, se vuelve a ir. Viene y come y se va otra vez y viene a dormir. Come y bebe.
4. Un perro con una bolsa y su perrito con su bici. El otro va co rriendo con sus dos bolsas y su moñito arriba. Luego comen. Se van, vienen y se duermen. Se levantan ladrando y van a buscar comida.
5. Una casa con sus camas y su lámpara y una cuna. Tiene sus ven- tanas y sus puertas para que no se pasen.  
(?) unos niños (?) un hombre y una mujer. Se despiertan, comen, se bañan, se lavan la cara. Están en la cuna, se duermen.
6. Tres p<sup>r</sup>ros durmiendo, se levantan, ladran, corren ladrando por la calle, buscan qué comer. Se lo van comiendo. Se vienen a comer y beber. (?) Son hermanos. Se acuestan a dormir, se van otra vez.

7. Un tigre con un mono. Lo anda persiguiendo. Se va el mono y le llegó el tigre. Se le volvió a salir y se fueron a una casa los dos. Se acostaron a dormir, comieron, bebieron, se fueron. (?) para comérselo, se lo comió.
8. Cuatro monos. Están señalando al ojo del otro. (?) un monito. Son primos (una mujer y tres hombres) (repite lo mismo).
9. Una casa con su ventana y una cuna y hay unos niños allí. (repite lo mismo). (?) es un niño.
10. Dos perros. Uno sobre del otro. Tienen su baño, su toalla. Se van a pasear. (repite la misma historia de las láminas anteriores). El grande es perro y el chico es perra.

Rorschach

Lám. I. 39"

1. Dos pajaritos volando

(negros lat) porque tienen su cola, su pico y sus alitas.

Lám. II 16"

1. Dos perros con sus dos orejas, su cola y las patitas. Uno anda en el otro. Andan paseando.

(negros lat) Por sus orejas, y sus patas.

Lám. III 11"

1. Dos pescados con su cola y las espinitas, su cabecita y el agua. Andan nadando. Se van lejos lejos y vienen otra vuelta.

(Negros lat). Por su cola y las espinitas.

Lám. IV 10"

1. Un león con sus pelos alborotados, sus orejas. Está comiendo.

(Todo) Por sus pelos alborotados. Porque así tienen los leones los pelos. Porque está agachado.

Lám. V 20"

1. Un pajarito. Está volando. Se paró en un árbol y luego se fue a otro lado, con sus alitas y sus patitas. Se fué al otro lado y desapareció.

(Todo) Porque tienen sus alitas abiertas.

Lám. VI 13"

1. Un gato con sus patitas y los pelitos de la boca. Anda caminando pa' donde quiera. Luego se va al patio a dormir.

(Todo) Por los pelitos. Porque así los tienen todos -- los gatos. Porque los he visto. Están parados, no están caminando.

Lám. VII 11"

1. Unas nubes. Van para arriba, ya van lejos. Van caminando. Luego se pararon y luego se fueron.

(Todo) porque van pa' arriba. Porque van caminando. Porque tienen blanco ésto.

Lám. VIII 17"

1. Dos perros. Están caminando por unos palos. Luego se fueron a su casa a beber agua. Luego a pasear. Los dos volvieron otra vuelta.

Porque tienen orejas, cola, patitas y el cuerpo. Porque van pa' su casa.

Lám. IX 14"

1. Son dos niñas, están acostadas en la cama. Luego se levantaron a comer y se volvieron a acostar.

Porque tienen la nariz y el pelito y por los ojos, los pies y los brazos. Por el pelo.

Lám. X 7"

1. Son dos arañas que van caminando por los palos. Se cayeron y se subieron otra vuelta en unos palos. Van lejos. Se resbalaron y se cayeron otra vuelta, se levantaron y encontraron un palito y se están subiendo.

Porque tienen las patas. Porque tienen las patitas así, torcidas.

Le gustó más la lám. VIII - porque tiene los dos perritos que van caminando.

Le gustó menos la lám. X - Porque tienen los piés volteados.

Rorschach

	<u>Porcentajes</u>	Normal
W - 4	W - 40%	55%
D - 6	D - 60%	37%
F - 1	F - 80%	58%
F+ - 0	F+ - 0%	
F- - 1	FM+ - 5%	
FM+ - 5	FM- - 20%	
FM- - 2	A - 80%	45%
M - 1	H - 10%	17%
A - 8	P - 20%	25%
H - 1		
Nube - 1		
O- - 1		
P - 2		
R - 10		

Frases Incompletas

En esta prueba el paciente repitió las mismas respuestas en la mayoría de las frases.

Las dos únicas frases de contenido importante fueron:

Me parezco a..... él

Me gustaría parecerme a..... a él, al papá

## C A P I T U L O    I V

### ALGUNOS CASOS DE INTERSEXO REPORTADOS EN LA BIBLIOGRAFIA

Los siguientes casos se obtuvieron del trabajo realizado por la Psic. Guadalupe Prado, el Dr. Daniel Nares Rodríguez y el Dr. Giovanni rorras ramírez, en el hospital infantil de México, en los años de 1955 a 1970.

Aquí resumiré el caso de tres niños, que me parecieron interesantes debido a que se trata de tres casos de hermafroditismo, en los que la intervención quirúrgica correctiva fué programada - sin tomar en cuenta la identificación psicosexual de los pacientes, que es precisamente el tema central y el énfasis mayor de la presente tesis. Aunque quiero mencionar que en estos casos no se pudo realizar una investigación de la situación psicológica actual de estas personas, después de varios años de intervención, ya que se consideran casos perdidos, pues no existe ya información sobre su paradero.

Caso 1. Se refiere a un escolar de 9 años 10 meses, a quien se asignó el sexo femenino. Desde el nacimiento presenta lo siguiente: clítoris en forma de falo, pliegues labio escrotales y ausencia de vagina.

Durante su infancia tenía el comportamiento de un niño. Se hizo el estudio cromosómico y resultó con cromatina sexual negativa. A los tres años de edad se realizó una exploración quirúrgica, encontrándose lo siguiente: presencia de útero, trompas y ovarios. Ausencia de vagina.

Se realizó la amputación de falo, dejando sus órganos genitales con aspecto femenino. Para la pubertad se tenía planeada una vagina y rinoplastia, para afeminar su facies.

En cuanto a su dinámica familiar se encontró padre de 46 años, sin oficio determinado; madre de 38 años. 5 hermanos varones y 5 mujeres. Clase social baja.

La madre es la figura dominante, la cual no permite relaciones extrafamiliares por el temor de verse rechazados.

El padre es un sujeto irresponsable, muy agresivo y utiliza a la paciente para agredir a la madre. La madre es fría y rechaza rotundamente a la paciente y dice que preferiría que hubiera muerto, o que hubiera sido hombre. Malaga los aspectos masculinos de la paciente.

La relación entre los padres es de hostilidad y rechazo.

Se realizó un estudio psicológico completo que incluyó las siguientes pruebas: WISC, Goodenough, Bender, Rorschach, C.A.T., obteniéndose los siguientes resultados:

Su capacidad intelectual corresponde al límite inferior a la normalidad. Existe un daño orgánico en el Sistema Nervioso, que fue corroborado por el EEG.

En cuanto a su afectividad, se encuentra muy bloqueada, teme el acercamiento afectuoso por temor al rechazo.

Su identificación sexual es francamente masculina. Vive la feminidad como un papel artificial que se le ha impuesto y que no va de acuerdo con su físico, y esto le produce angustia.

Se siente angustiada y deprimida por habersele vuelto mujer, cuando ella en realidad deseaba ser hombre y siempre había actuado como tal.



O sea que se siente un hombre castrado, que no se acepta ni como hombre ni como mujer y ésto le ocasiona una profunda depresión.

Se llega a la conclusión de que el principal problema de esta paciente es su mala identificación psicosexual, lo cual con el tiempo puede llevarla a la homosexualidad y a la psicosis como única solución a su angustiosa situación.

Caso 2. Se trata de escolar de 8 años 4 meses, asignado femenino. Presenta manifestaciones de autismo y bloqueo, por lo que es llevada a consulta. Presenta acné, extremidades cortas, baja estatura y voz grave, signos de virilización con hipertrofia de clítoris, genitales externos de aspecto femenino, pero con una tumoración en el labio mayor izquierdo, vello pubiano de distribución masculina. Cromatina sexual negativa. Presenta testículos feminizantes.

Se extirparon los conductos deferentes encontrados y se hizo plastía de clítoris.

En relación a la dinámica familiar, se encuentra padre de 32 años, campesino; madre de 32 años. Tres hermanas y un varón. Clase social baja.

Padre responsable, pero agresivo; madre angustiada y deprimida por el problema de la paciente. Es cariñosa con ella. Los hermanos se burlan por la gravedad de su voz.

Existen buenas relaciones intrafamiliares. La abuela tiende a sobreproteger a la paciente.

Se aplicaron las siguientes pruebas psicológicas: Terman, Goodenough, Bender, Rorschach, C.A.T.. Los resultados fueron los siguientes.

tes:

Tiene una capacidad intelectual media, bloqueada por aspectos emocionales.

Es retraída y aplanada. Tiene mucho temor al medio ambiente, por el rechazo que de él siente, por lo cual se aísla y se niega a la relación afectiva.

Su identificación psicosexual es con la figura femenina. Le angustia la virilización de su aspecto físico.

Se siente indefensa, pequeña, con sentimiento de vacío interno.

Se concluye que de no modificarse su estado de ansiedad, puede caer en un cuadro de depresión severa.

Caso 3. Escolar de 9 años 4 meses, asignado masculino. Desde el nacimiento presenta las siguientes anomalías: hipospadias peneano y pliegues labioescrotales con ausencia de testículos en su interior. Cromatina sexual negativa. Por medio de la exploración quirúrgica se encontraron testículos intraabdominales de aspecto fetal.

Se extriparon ambas gónadas, se corrigió la hipospadia y se hizo plastía de pliegues labioescrotales, dándole aspecto masculino.

Dinámica familiar: padre de 39 años, florista. Madre de 35 años. Dos hermanos varones y 5 mujeres. Clase socioeconómica media.

El padre es trabajador, responsable. La madre es cariñosa con todos los hijos, sobreprotectora con el paciente.

La relación entre los padres es buena.

El estudio psicológico constó de las siguientes pruebas: WISC,

Bender, Morschach, C.A.T., obteniéndose los siguientes resultados: Su inteligencia es media baja. Pensamiento concreto y estereotipado. Se piensa en daño orgánico por su defectuosa coordinación visomotora.

Hay un control rígido de la afectividad, que le impide actuar en forma espontánea emocionalmente.

Su identificación psicosexual es defectuosa para su edad, sus gustos son femeninos; la madre propicia el que se muestre pasivo e infantil. Imita a la madre en sus actitudes.

Utiliza su anomalía para manipular a las figuras parentales, especialmente a la madre.

El comportarse como varón le produce angustia, por sentirse desprovisto de características masculinas.

Se concluye que de no cambiar la actitud de la madre con el niño, puede propiciarse en el futuro un comportamiento homosexual.

## 2. Diseño Experimental

El diseño de experimentos básicamente está constituido por los siguientes elementos:

- a) Información Histórica: la cual deberá ser suficiente para desarrollar un modelo que represente la tendencia de los datos (modelo matemático).
- b) Evaluación estadística de la información disponible.
- c) Diseño propiamente dicho de los experimentos futuros, en base a los valores funcionales que el modelo y los datos produzcan.

De esta forma se logra el objetivo del diseño de experimentos, es decir, orientarlos hacia resultados desados, con una garantía de seguridad (mínimo error), implicando todo ello una secuencia lógica en el tratamiento de la información.

El tema planteado por esta tesis y dada la información cuantificable de la misma, se refiere a un problema de asignación de una decisión y no a un trabajo de investigación que nos permita diseñar nuevos experimentos para establecer dicha decisión. Esto podría realizarse únicamente si se dispone de suficiente información de los resultados ulteriores de la intervención médica de los pacientes; pero como se mencionó anteriormente, en este caso no es posible obtener esta información.

A continuación se presenta un diseño de experimentos que podría llevarse a cabo si se dispone de la información suficiente.

Es un diseño de tipo secuencial, llamado diseño factorial  $2^k$ , el cual se modeló para tratar de explicar la tendencia de los datos. Este planteamiento será enfocado de una manera cualitativa en

base a la experiencia psicológica.

Esta técnica, de la manera como está planteada, representa adecuadamente la secuencia de un patrón experimental.

### METODOLOGIA

Se propuso un diseño factorial  $2^k$  de experimento, donde  $k$  es el número de variables y 2 son los niveles de cada una de las variables (2 posibles valores asignados a cada uno).

Definición de las variables propuestas:

Se categorizaron en términos de los tres estudios realizados de los tres casos registrados.

- a) Historia Clínica
- b) Historia Familiar
- c) Estudio Psicológico

Las variables características seleccionadas son las siguientes:

A: Utero, trompas de falopio y ovarios

B: Cromatina sexual

C: Testículos

Para la historia familiar:

C: comparación entre el número de hermanos y hermanas del paciente.

D: Medida de afecto o rechazo de los padres.

Para el estudio psicológico:

E: Identidad sexual

Por haber seleccionado dos niveles para cada variable (o sea, si existe o no la característica mencionada), los valores escalados corresponden de la siguiente manera:

Nivel inferior, valor -1: ausencia de características femeninas, predomina el sexo masculino.

Nivel superior, valor +1: ausencia de características marcadas masculinas, predomina el sexo femenino.

La variable dependiente será la variable de decisión (G), cuyo valor indicará el sexo de asignación (masculino o femenino).

Si se realiza el modelo de regresión que representa el fenómeno de asignación, se observará que contiene 64 constantes, las cuales corresponden a los  $2^6 = 64$  experimentos. Las constantes deberán tener valores directos:

$k_i \in I$ , para toda  $i$ ; por lo tanto, la función de aproximación  $(f(A,B,C,D,E,F))$  deberá discretizarse.

$$|G| - |f(A,B,C,D,E,F)| = 1$$

$$|a| = \begin{cases} +a & \text{si } a > 0 \\ -a & \text{si } a < 0 \end{cases}$$

Desventaja de la información disponible:

1. Se requiere de 64 experimentos para evaluar el modelo propuesto y se dispone solamente de algunos casos.
2. Observando los casos 2 y 3, se aprecia que para los mismos niveles de las variables, la respuesta (G) es diferente; ésto es, significa que los datos no siguen un comportamiento funcional (no es una función).
3. Se aprecia también que los datos de la variable de decisión  $G$  están sesgados, es decir, que obedecen a priori a una cierta preferencia (posiblemente el factor clínico).

El factor más importante en cuanto a las desventajas de este modelo de experimentación, es que en caso de que se pudiera llevar a cabo este experimento, no serviría para probar la tesis que plantea este trabajo, ya que el objetivo de la tesis sería el comprobar los resultados psicológicos negativos que tiene como consecuencia el cambiar el sexo de una persona cuando ya se ha establecido su identificación psicosexual; y el objetivo de este experimento sería el investigar cuál de los tres factores (clínico, familiar o psicológico) es el que se toma más en cuenta para la decisión de asignación de sexo.

**Conclusión:** Este modelo es inoperante para explicar la tendencia de los datos, además de que se carece de información de los resultados de las operaciones efectuadas a los pacientes, lo cual permitiría (en caso de disponer de dicha información) una búsqueda secuencial de los mejores factores que lograrían una adecuada decisión de operaciones futuras de este tipo, en donde la variable más adecuada de decisión está basada en características bio-psico-sociales.

## CONCLUSIONES

1. De acuerdo a lo que se señaló en el diseño experimental presentado, concluimos que no es posible llevar a cabo una investigación sobre el tema de esta tesis, ya que se cuenta con muy pocos casos estudiados y se tiene poca información sobre ellos, pues no fue posible seguir la evolución de dichas personas debido a que todas son foráneas y los médicos que se encargaron de la intervención quirúrgica, así como las trabajadoras sociales del hospital donde fueron intervenidas, los consideran como casos perdidos.

Otro aspecto importante es que no se presentan en la consulta médica frecuentes casos de intersexualidad, por lo que la finalidad de esta tesis no es el hacer investigación, sino solamente ilustrar a las personas que tienen contacto con este tipo de problemas, mediante una investigación bibliográfica, sobre este aspecto tan importante de la sexualidad.

2. Aún sin haber podido llevar a cabo una investigación completa, por los datos que hemos obtenido, podemos deducir y corroborar que la identidad psicosexual adecuada es un factor determinante en el funcionamiento integral de un individuo.

3. Es muy importante enfatizar que la psicología de un niño intersexual y en general de cualquier persona, no está dada solamente por el factor genético o el ambiental, sino que es un conjunto de factores los que llevan a determinada integración de la persona, ya sea que evolucione en forma positiva o negativa.



4. A pesar de que todos los factores que intervienen en dicha estructuración son importantes, concluimos en este trabajo que a pesar de que el factor genético y el derivado de las estructuras socioculturales sean desfavorables, el principal responsable de la evolución de ese sujeto serán sus padres (o sustitutos) y principalmente la madre, en los primeros años de la vida.

5. Depende de la salud mental de esos progenitores o padres sustitutos, de su integración yoica, de sus conflictos resueltos y no resueltos, la conducta que mostrarán con ese ser y que será la definitiva para la formación de su personalidad.

6. Si los padres no sienten dudas en cuanto a la sexualidad de su hijo, si le dan la confianza y seguridad básicas, los demás factores tendrán una influencia menor sobre su desarrollo.

7. Otro aspecto definitivo es la importancia que tiene el asegurarse de la identidad psicosexual que ha logrado el niño intersexual, antes de hacer una decisión sobre su corrección quirúrgica para de terminar un sexo definitivo.

Sabemos que si esto se resuelve en forma contraria a la identidad del niño, las consecuencias serán fatales, ya que tendrá siempre un sentimiento de confusión en cuanto a la categoría sexual a la que pertenece y esto tendrá repercusiones muy negativas en todas las áreas de su personalidad y de su vida.

8. Lo ideal sería que en estos casos se hiciera la corrección quirúrgica antes de que la identificación psicosexual estuviera establecida, o sea, en la época más temprana de la vida, los primeros

años.

Mi deseo es que este trabajo no se quede en un nivel de mera investigación bibliográfica, sino que en un futuro se pueda llevar a cabo una investigación completa en donde se compruebe que el determinar el sexo definitivo de un niño intersexual, sin tomar en cuenta su identidad psicosexual, tiene consecuencias negativas para el desarrollo de su personalidad. Esto podría lograrse siguiendo la evolución de estas personas después de haber sido intervenidas quirúrgicamente; de ésto se deduce que para lograrlo se requeriría una labor de investigación de varios años, los que ofrece un campo de investigación muy fecundo.

1. A. Talaférro  
CURSO BASICO DE PSICOANALISIS  
Biblioteca del Hombre Contemporáneo.
2. Berkowitz y Rothman  
EL NINO PROBLEMA  
Ed. Paidó. Biblioteca del Educador Contemporáneo, 1967.
3. Calvin S. Hall  
COMPENDIO DE PSICOLOGIA FREUDIANA  
Ed. Paidós.
4. Erik H. Erikson  
IDENTIDAD, JUVENTUD Y CRISIS  
Psicología Social y Sociología  
Ed. Paidós.
5. Freud, Sigmund.  
MAS ALLA DEL PRINCIPIO DEL PLACER  
Obras Completas Tomo I
6. Psic. Guadalupe Prado Núñez  
Dr. Daniel Nares Rodríguez  
Dr. Giovanni Porras Ramírez  
INVESTIGACION PSICOLOGICA SOBRE LOS ESTADOS INTERSEXUALES EN LA  
INFANCIA.  
Sobretiro de: Boletín Médico del Hospital Infantil de México.  
Vol. XXVIII Mar-Abr. 1971 No. 2 pp. 129 - 154. R
7. Irving Bieber  
HOMOSEXUALIDAD. UN ESTUDIO PSICOANALITICO.  
Asociación psicoanalítica Mexicana  
Ed. Pax México.
8. James Leslie McCary  
SEXUALIDAD HUMANA  
El Manual Moderno, 1969
9. León y Rebeca Grinberg  
IDENTIDAD Y CAMBIO  
Ed. Kargieman
10. Otto Fenichel  
TEORIA GENERAL DE LAS NEUROSIS
11. René A. Spitz  
No y Si  
SOBRE LA GENESIS DE LA COMUNICACION HUMANA  
Ed. Hormé-Psicología de Hoy, 1966
12. René A. Spitz  
EL PRIMER AÑO DE VIDA DEL NIÑO  
Fondo de Cultura Económica

13. Robert J. Stoller, M.D.  
SEXO Y GENERO EN EL DESARROLLO DE LA MASCULINIDAD Y FEMINIDAD  
New York, 1968
14. Dr. Sotres Andrade  
Dr. Alfonso Camberos  
Dr. Ernesto Tinoco  
Dr. Cantú Garza  
ESTADOS INTERSEXUALES. COMUNICACION DE DOS CASOS  
Rev. Méd. de Urol. Vol. XXXIII Núm. 6  
Nov. Dic. 1973
15. Dr. Patricio Michaud  
Dra. Catalina Maggiolo  
HERMAFRODITISMO VERDADERO CON MOSAICO XX-XY  
ESTUDIO CLINICO Y PSICOLOGICO  
Rev. Méd. Chile 100:665  
1972
16. Bernard Zuger, MD  
DETERMINACION DEL ROL DE GENERO  
Psychosomatic Medicine  
Journal of the American Psychosomatic Society  
vol. 32, No. 5  
Sept. Oct. 1970.
17. John Money, Joan G. Hampson y John L. Hampson  
HERMAFRODITISMO: RECOMENDACIONES CON RESPECTO A LA ASIGNACION  
DE SEXO, CAMBIO DE SEXO Y MANEJO PSICOLOGICO  
Department of Psychiatry, the Johns Hopkins university  
School of medicine  
Abril 21, 1955
18. E.C. Hamblen, M.D., F. Bayard Carter, M.D., James I. Wortham, M.D.  
y Juan Zanartu, M.D.  
HERMAFRODITISMO MASCULINO: ALGUNOS ASPECTOS ENDOCRINOLOGICOS Y  
PSICOLOGICOS  
American Journal of Obstetrics and Gynecology  
Vol. 61, Enero, 1951, No. 1
19. Lawrence B. Newman, M.D. y Robert J. Stoller, M.D.  
TRASTORNOS DE LA IDENTIDAD DE GENERO EN PACIENTES INTERSEXUALES  
American Journal Psychiat. 124: 9, Marzo, 1968.