

INSTITUTO UNIVERSITARIO DE ESTUDIOS DE LA
EDUCACION, A. C.

2ej

ESTUDIOS INCORPORADOS A LA
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

"LA IDENTIFICACION PSICOSEXUAL TESTADA
CON LA PRUEBA DE CALIGOR A UNA MUESTRA
DE VARONES DIAGNOSTICADA COMO TRAN-
SEXUALES, TOMADA DEL CENTRO DE SAN-
CIONES ADMINISTRATIVAS DE INTEGRACION
SOCIAL".

RECIBIDA EN
BIBLIOTECA DE LA
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

T E S I S

Que para obtener el Título de:

LICENCIADA EN PSICOLOGIA

P r e s e n t a:

LILIA LEZAMA MUÑOZ

Asesor de Tesis:

Lic. Ma. Elizabeth Ramírez López



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 está 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.

I N D I C E

INTRODUCCION	I
I.- FISILOGIA DE LA SEXUALIDAD	1
Endocrinología de la mujer	3
Endocrinología del hombre	4
Trastornos en el desarrollo sexual	4
Tratamientos con estrógenos	13
Tratamientos con andrógenos	14
II.- IDENTIFICACION Y DESARROLLO PSICOSEXUAL	16
Etapa oral	18
Etapa anal	18
Etapa fálica	20
Período de latencia	23
Etapa genital	24
Perversiones o desviaciones sexuales	25
a).- Desviaciones con respecto al objeto sexual	27
b).- Desviaciones con respecto a la meta sexual	31
Diagnóstico diferencial	34
III.- TRANSEXUALISMO	37
Criterios de diagnóstico	37
Etiología del transexualismo	44

IV.-	DESARROLLO HISTORICO DEL TEST DE DIBUJO EN	
	OCHO HOJAS	46
	Test de la Figuna Humana de Machover	53
V.-	METODOLOGIA	55
	Problema	55
	Hipótesis de trabajo	55
	Hipótesis nula	55
	Selección de la muestra	56
	Procedimiento	56
VI.-	ANALISIS DE LOS DATOS	61
	Análisis estadfstico	61
	Análisis cualitativo de casos	82
VII.-	CONCLUSIONES	149
	Sugerencias	151
VIII.-	BIBLIOGRAFIA	152
	Apéndice A	162
	Apéndice B	170

INTRODUCCION

Para muchas personas el hablar de sexualidad es lo mismo - que hablar de sexo. Anteriormente en el siglo XVII se le daba un lugar único a la sexualidad, ese espacio estaba reservado a la alcoba matrimonial en donde la sexualidad era reconocida como - utilitaria y fecunda. En esos tiempos la sexualidad era algo de lo que no se podía hablar socialmente porque se le había concedido "prohibición, inexistencia y mutismo" (Folcault; 1986).

En la actualidad se puede hablar se sexo, se han elaborado diversos estudios sobre la sexualidad, el desarrollo sexual, técnicas terapéuticas, educación sexual, etc. De manera que, es diferente hablar de sexualidad y la existencia de tabúes sociales con respecto al tema.

Para este trabajo se tomará la definición de sexualidad obtenida de las lecturas realizadas de algunos textos de Freud que dice "son todas aquellas actividades existentes desde la infancia que producen un placer" (Laplanche, Pontalis; 1983) es decir que el hablar de sexualidad no es lo mismo que hablar de genitalidad.

El hablar de sexo implica un rol de género y una fisiología (órganos genitales) que tienen como finalidad la reproducción.

Algunos psiquiatras y otros profesionales cuando tuvieron - que hablar de sexo lo hicieron con sumo cuidado ya que se les criticaba por hablar de temas "tan bajos y fútiles" (Folcault; 1986). Cuando Freud habló de sexualidad, las críticas no se hicieron esperar sobre todo por haber hablado de algo prohibido y mal visto, en especial por hablar de la sexualidad infantil, que en ese en---

tonces ni remotamente se les atribuía a los niños.

Toda conducta humana es el resultado de la interacción de fuerzas biológicas, psicológicas y sociales, de manera que la -- conducta sexual implica ciertas condiciones físicas (órganos genitales, hormonas, ...); los aspectos psicológicos no son independientes de los biológicos puesto que muchas conductas se ven alteradas o aprendidas por diversos factores; y el aspecto so--- cial influye de muchas maneras, una de ellas es el rol sexual - que la persona manifiesta socialmente.

La meta fisiológica de la actividad sexual es "el logro - del orgasmo" (Katchadouriant, Lunde; 1985). Pero esa conducta se xual en ocasiones presenta alteraciones ya sea por factores psicológicos, sociales o biológicos, como la castración.

En este último aspecto podemos mencionar que desde antes - del siglo XVIII la castración era usada en los seres humanos, ya sea en experimentos médicos aplicados en los campos de concentra ción, con los enemigos capturados en guerra, así como en niños - que servirían como eunucos destinados al cuidado de los harenes y para aquellos niños que se dedicaban al canto en el teatro y de esta forma conservarían la voz soprano, ya que era prohibido para la mujer dedicarse al teatro.

Actualmente en Estados Unidos la castración se lleva a cabo "por orden del tribunal para enfermos mentales y criminales - sexuales" (Money; 1982), como tratamiento para aquellas personas que nacieron con micropene o por reasignación de sexo (transexua lismo).

Es diferente el ser castrado y el querer deshacerse de sus genitales como es en el caso del transexual, que es aquella per-

sona que desea ser reasignado hormonal y quirúrgicamente de sexo, es decir, que desea pertenecer al sexo opuesto porque su sexo - anatómico le produce malestar, aunque estos sujetos no manifiestan tener ninguna alteración hormonal o fisiológica que justifique su deseo.

Para estudiar la Identificación Psicosexual del Transexual se procedió a revisar los siguientes aspectos; en el primer capítulo se trata el desarrollo fisiológico de la sexualidad y las - posibles alteraciones que pueden surgir desde la vida intrauterina o en otras etapas, como son los problemas hormonales. Sobre - estos trastornos se señalan los tratamientos a los que son sometidos los pacientes.

En el segundo capítulo, abarca los aspectos psicológicos - del desarrollo psicosexual y las etapas de éste, se trabaja la - importancia de cada una de ellas para el desarrollo 'normal' hacia la vida adulta y la manera en que influyen para la formación de perversiones como es la homosexualidad, transvestismo y transexualismo. Estas perversiones pueden ser similares por lo que - se hace énfasis en la elaboración correcta del diagnóstico para evitar confundirlas.

El tercer capítulo contiene la descripción, etiología y - criterios para el diagnóstico del Transexualismo que por ser una perversión poco frecuente se desconocen muchos aspectos psicológicos que manifiesta.

En el campo de la medicina se ha trabajado más con los - transexuales que piden la reasignación sexual o que ya fueron .. reasignados, observándose algunas reacciones secundarias post - operatorias y sus posibles tratamientos.

En el cuarto capítulo se presenta la historia del TD8H que fue el instrumento que se usó en esta investigación para medir - la identificación psicosexual.

El grado de identificación psicosexual se valoró en forma cualitativa y cuantitativa ya que el instrumento así lo permite. En el quinto capítulo se describe la metodología seguida para - elaborar el problema que sustenta esta investigación, las hipóte- sis a probar, los criterios que se utilizaron para la selección de la muestra y la forma en que se trabajó con ella. En el si--- guiente capítulo, sexto, se analizan estadísticamente los datos obtenidos del test por medio de la prueba Binomial en Casos de - Muestras Grandes. Así también se presenta el análisis cualitati- vo de toda la información obtenida en cada uno de los casos.

En el séptimo y último capítulo, se presentan las conclu-- siones y limitaciones a las que se llegó y se hacen sugerencias para el trabajo actual y posterior sobre el tema.

C A P I T U L O I

FISIOLOGIA DE LA SEXUALIDAD

FISIOLOGIA DE LA SEXUALIDAD

La endocrinología "es el estudio de las secreciones de las glándulas endocrinas o sin conductos" (Katchadourian H.; 1985), es decir que son glándulas que vierten sus productos en el corren te sanguíneo. Este producto se llama hormona y va a ejercer una gran influencia fisiológica sobre los tejidos u órganos específicos hacia los cuales viaja por la sangre.

Las glándulas de secreción interna son: Tiroides, Paratiroides, Suprarrenales, Páncreas y la Hipófisis o Pituitaria. Un exceso o deficiencia en su producción puede ocasionar consecuencias para el organismo, como el enanismo hipofisiario.

El momento en que éstas glándulas comienzan a secretar su producto no está determinado con exactitud, pero se supone la presencia de "un reloj biológico" (Katchadourian, 1985) que comienza a echar a andar estos mecanismo. En el encéfalo o sistema Límbico se halla el hipotálamo que funciona como un reloj que es timula a que la hipófisis secrete hormonas, y ésta a su vez, programa la secreción de hormonas de las gónadas: testículos y ovarios.

Algunas glándulas de secreción interna son las encargadas de la maduración, reproducción y funciones sexuales, siendo así que los cambios en el aspecto físico en la pubertad, son el resultado de grandes aumentos en la producción de hormonas de la hi pófisis.

La hipófisis se encuentra localizada en la base del cerebro, es del tamaño de un chicharo, pesando aproximadamente 0.5 - gramos y mide 1.2 a 1.5 cm., también se le llama "la glándula --

maestra porque su producto lo vierte al torrente sanguíneo y a su vez va a estimular a otras glándulas endocrinas para la producción de hormonas específicas" (Perker y Kolthoff; 1979).

La hipófisis consiste en dos glándulas separadas: la neuro hipófisis y la adenohipófisis.

La neurohipófisis secreta las siguientes hormonas:

- Hormona antidiurética
- Oxitocina

La adenohipófisis secreta:

- Hormona del crecimiento y la prolactina
- Hormona tirotropina
- Adrenocorticotropina
- Gonadotropina (estimulante de los folículos y luteinizante).
- La estimulante de los melanocitos

La adenohipófisis produce las gonadotropinas que son hormonas que estimulan las glándulas sexuales; hormona estimulante del folículo (HEF), hormona luteinizante (HL) y la prolactina. En la mujer la HEF y HL estimulan los ovarios para que inciten y secreten las hormonas sexuales femeninas: estrógenos y progesterona. En el hombre la HL que se le denomina HECI (hormona estimulante de las células intersticiales) estimula a los testículos para que produzcan y secreten la hormona sexual masculina que es la testosterona.

Las gonadotropinas ejercen influencia sobre el desarrollo y actividad sexual en el hombre y en la mujer.

ENDOCRINOLOGIA DE LA MUJER

Con el término pubertad nos referimos a "las manifestaciones físicas de la maduración sexual ..., el término adolescencia se emplea para calificar los procesos psicológicos de adaptación a las condiciones de la pubertad" (Blos P.; 1988), de manera que el desarrollo puberal de la niña empieza entre los 9 y 12 años, varios años antes que aparezca la menarca, que sería entre los 11 y 14 años, aproximadamente. La hipófisis comienza a aumentar la secreción de HEF la cual trae como consecuencia los primeros cambios en el aspecto físico de la mujer, que es la redondez de algunas partes del cuerpo.

La HEF estimula a los ovarios que comenzarán a producir estrógenos, y éstos, viajan por la sangre que llega a los senos para estimular el crecimiento de las mamas. También el estrógeno influye en el crecimiento externo de los genitales. Las glándulas suprarrenales comienzan a segregar pequeñas dosis de andrógenos, que son hormonas sexuales masculinas, y que a su vez estimulan la aparición del vello púbico y axilar y el aumento del tamaño del clitoris.

Sobre los cambios internos podemos mencionar que los estrógenos estimulan el crecimiento de la vagina, el útero y la pelvis; también influyen en el patrón cíclico de la mujer, la menstruación, que en un principio los óvulos que liberan los ovarios son inmaduros. El estrógeno es el encargado de frenar el crecimiento de los huesos de las niñas, que en general es de estatura más pequeña que la del hombre.

ENDOCRINOLOGIA DEL HOMBRE

La pubertad del hombre comienza más tarde, alrededor de los 10 u 11 años, teniendo mayor duración que en las niñas y prolongándose hasta los 20 ó 21 años, aproximadamente.

La HECI estimula las células intersticiales de los testículos iniciando el proceso de la pubertad con la producción de un andrógeno llamado: testosterona. Los primeros cambios producidos por la testosterona son: el crecimiento del vello púbico, testículos y pene; más tarde alrededor de los 15 años crece el vello axilar y cambia el tono de voz. El aumento de la estatura es mayor a esa edad, crecen los hombros y la caja torácica.

La testosterona es producida por los testículos, la próstata es muy sensible a esta hormona, comenzando la producción de un líquido que contiene espermatozoides inmaduros que pueden eyacularse, esto se da entre los 13 y 14 años, y siendo la HECI necesaria pero insuficiente para la producción de espermatozoides maduros.

Tanto en la niña como en el niño la presencia de la menarca o eyaculación no son indicativo de que la persona sea fértil.

TRASTORNOS EN EL DESARROLLO SEXUAL

Desde la fisiología del desarrollo sexual humano existen algunos casos en donde se detectan defectos genéticos, gonadales y hormonales que afectan el desarrollo sexual de la persona. Una

vez que se diferencia y asume la identidad de género, ésta se re confirma con los cambios físicos de la pubertad.

<u>TRASTORNOS EN EL DESARROLLO SEXUAL</u>		
GENETICO	}	Hermafroditismo
		Síndrome de Turner (45,X) (XXX)
		Síndrome de Klinefelter (47,XXY) (XYY)
GONADAL	}	Síndrome adrenogenital (mujer)
		Insensibilidad al andrógeno (hombre)
HORMONAL	}	Pubertad precoz
		Pubertad retrasada
		Hipogonadismo

Cuadro que especifica los tipos de trastornos o alteraciones que se - pueden presentar en el transcurso del desarrollo sexual y que a continuación se describen.

Se comenzará a describir los trastornos genéticos y uno de ellos es el hermafroditismo en el cual "el individuo posee tanto glándulas femeninas como masculinas o tejido glandular de ambos sexos" (Mc Cary; 1982), siendo de origen prenatal en donde "la -

deficiencia embrionaria o fetal del sistema reproductor falla en su terminación enteramente masculina o femenina" (Money, J.;1982).

En 1959 se publicaron los primeros informes sobre cantidades anómalas de cromosomas en algunos casos, como en los Síndromes de Turner (45,X) y sus dos variantes: el XXX y el XYY; y el Síndrome de Klinefelter (47, XXY).

En el primero de ellos, el síndrome de Turner, las personas que lo poseen aparentan un tipo somático femenino con una deficiencia ovárica que será la que ocasione la ausencia de la pubertad existiendo deficiencia mental. Se acompaña de enanismo hipofisiario y problemas psicológicos de maduración social, sólo el tratamiento hormonal logra un aspecto puberal y ciclos menstruales que van de acuerdo a la edad cronológica. Las niñas con este padecimiento presentan anomalía citogenética, es decir que solo presentan un cromosoma que es el X (45,X).

El síndrome XXX tiene una apariencia femenina, su fertilidad puede o no estar disminuida y no siempre se acompaña de retraso mental.

En el estado XYY el tipo somático es masculino con tendencia a aumentar estatura por arriba de 1.80 mts., puede existir infertilidad y se ve reducida en algunos varones, la capacidad de establecer relaciones afectivas.

Al síndrome de Klinefelter se le puede tomar como el representante del hermafroditismo citogenético. Posee un pene pequeño sus testículos no están descendidos presentando infertilidad, manifiestan un déficit en el apetito sexual y en la virilidad. Las personas que padecen este síndrome pueden presentar una psicopatología como transvestismo, transexualismo o bisexualidad, aun--

que no se ha corroborado una relación entre estas anomalías.

Se hablará ahora de los defectos gonadales. Después de la sexta semana de la concepción, el embrión se comienza a diferenciar sexualmente. Se inicia esta diferenciación por las gónadas, luego por las estructuras reproductoras internas y por último -- las estructuras genitales externas.

Tanto los ovarios como los testículos se comienzan a desarrollar a partir de una misma estructura: una gónada indiferenciada y dependiendo de la cantidad de andrógeno que circule por el torrente sanguíneo del embrión, éste se diferenciará como femenino o masculino.

Ante la menor cantidad de andrógenos, más femenino será el aspecto de los genitales externos.

En la diferenciación sexual femenina, los conductos de -- Müller sirven como dispositivo para formar el útero, las trompas y la parte superior de la vagina. En el desarrollo sexual masculino los conductos de Wolff diferencian las vesículas seminales, los conductos deferentes y los eyaculadores. "Durante el tercer mes fetal, los conductos de Müller o los de Wolff proliferan, -- mientras las estructuras opuestas se atrofian y desaparecen, excepto por pequeños residuos de los mismos" (Money, J.; 1982).

En la octava semana de vida fetal, los genitales externos de ambos sexos no se han diferenciado, tienen el mismo esbozo -- porque surgen de una misma estructura: tubérculo genital, que -- tiene la capacidad de diferenciarse en una u otra dirección, y -- su diferenciación es el paso último en el desarrollo de la morfología sexual.

En el síndrome Adrenogenital se observa que las glándulas suprarrenales presentan un defecto en su funcionamiento que se inicia en la vida intrauterina y que va a ocasionar una anomalía genital externa cuando el feto es femenino. El feto femenino está expuesto a cantidades mayores de andrógenos que van a influir en la formación de genitales externos masculinos. Así que la niña, al nacer, poseerá genitales externos masculinos y estructuras internas femeninas.

El síndrome de Insensibilidad a los andrógenos (feminización testicular) se da en el feto masculino debido a que este fue incapaz de utilizar los andrógenos y concluir su desarrollo genital externo adecuado. De manera que se observarán unos genitales femeninos y órganos reproductores internos masculinos.

Sólo si se descubre el sexo cromosómico a temprana edad, antes de los 18 meses, el bebé podrá ser asignado y corregido quirúrgicamente al sexo correspondiente. En caso de que no se descubra antes de la edad mencionada y el bebé esté siendo educado según su sexo morfológico, durante la pubertad se comenzará a presentar el desarrollo de los caracteres secundarios según al sexo que pertenece, por lo cual, el sujeto deberá ser reasignado hormonal y quirúrgicamente al sexo que ha sido educado y con el cual se ha identificado.

Otros trastornos que se pueden presentar son los hormonales como la aparición precoz de la pubertad, que puede incluso aparecer en el momento del nacimiento, pero generalmente se presenta entre los 4 y 6 años de edad o más tarde. Esta anomalía es más frecuente en el hombre que en las mujeres, y aparece como consecuencia de una lesión cerebral o glandular.

Existe desajuste psicológico cuando hay diferencias signi-

ficativas entre la edad cronológica y la edad corporal. En la pubertad precoz la edad corporal está adelantada debido al desarrollo sexual secundario, al crecimiento estatural y al óseo. La -- edad mental y el CI pueden verse afectados, la edad psicosocial puede mostrar algunas diferencias con respecto a la edad cronológica y mental, y su aceleración dependerá de los antecedentes individuales en la experiencia social. La edad erótica no se desarrollará igual que la edad corporal u hormonal, el niño puede tener fantasmas masturbatorias o sueños con eyaculación hacia imágenes de mujeres desnudas antes del conocimiento de las relaciones sexuales, por lo cual es recomendable la educación sexual para que esas imágenes eróticas se puedan convertir en imágenes de coito, de esta forma se evita que el niño se quede en el placer previo o fijación en "el desarrollo de alguna perversión o parafilia" (Money, 1982).

Se puede mencionar el caso de una niña de 6 años de edad -- con pubertad precoz, que tiene el cuerpo desarrollado, menstruación y estatura de una niña de 12 años, lo cual no la hace apta para participar en actividades de niñas de 12 años o más, ya que las diferencias existentes son demasiado grandes y difíciles de superar. Su edad mental y cronológicas distan mucho de su edad -- corporal, al igual que su edad erótica se encontrará desfasada -- con respecto a las niñas de su edad corporal, y su edad psicosocial no le permitirá desenvolverse con un grupo de niñas de la -- misma edad corporal.

La precocidad sexual es destructiva para la persona que la presenta, en cuanto afecta la autoestima y la imagen de sí mismos, porque se ven y se sienten diferentes a los otros niños de su edad ya que su cuerpo muestra grandes diferencias respecto a los demás.

Hasta hoy en día no existen datos o una explicación científica sobre el mecanismo del reloj biológico que inicia la pubertad, por lo tanto, tampoco se puede explicar el por qué puede presentarse en forma tardía, precoz o a su debido tiempo.

Al comienzo de la adolescencia o en la última etapa de la preadolescencia, es cuando los niños con pubertad precoz pueden mostrar sentimientos amorosos hacia otros adolescentes de su grupo. El iniciar una relación de pareja les despierta miedos y dudas hacia el rechazo o ridículo imaginado de que su pareja se entere de su edad real, su inexperiencia o de su desarrollo anormal.

Entonces es posible que acepten relaciones en las cuales se les explote sexualmente, que lleven una relación de pareja -- con personas impedidas físicamente o que se vuelvan personas solitarias, entre otras reacciones.

Los niños con desarrollo puberal a su debido tiempo y los que han tenido una pubertad precoz, pasan por un periodo en que no les preocupan las niñas y se dedican más tiempo en consolidar su propia identidad de género que a complementar la del sexo -- opuesto.

El adulto, que en su infancia presentó pubertad precoz, no manifiesta diferencias con otros adultos que no han tenido este trastorno, a excepción de la corta estatura, su capacidad de reproducción es normal y la probabilidad de engendrar un hijo con precocidad sexual dependerá de los factores genéticos, y estos casos son poco frecuentes.

Los niños que presentan la pubertad atrasada o retardada -- son anormalmente bajos de estatura y no presentan la pubertad co

mo debiera ser, el problema que les aqueja es el tratar que su edad psicosocial y su edad cronológica no se desfacen demasiado, ya que al grupo en el cual se relacionan le sería difícil desenvolverse y ser aceptados.

Tres síndromes producen la pubertad retrasada y son:

- 1.- Síndrome de Turner
- 2.- Hipopituitarismo crónico
- 3.- Hipopituitarismo reversible

El primero se presenta en "hembras morfológicas con agenesia o disgenesia en las gónadas" (Money, 1982), y que ha sido explicado anteriormente. El segundo y tercero se presentan en ambos sexos.

El hipopituitarismo crónico se da por un defecto en los núcleos del hipotálamo que son los que activan a la hipófisis dando como consecuencias síntomas de enanismo hipofisiario ya que la hormona del crecimiento que es cretada por la hipófisis no se secreta al igual que otras hormonas, como las gonadotrópicas que estimulan los ovarios y testículos. El tratamiento con hormonas gonadotrópicas o gonadales no son del todo alentadoras para las personas que tienen este padecimiento, debido a que no logran el aspecto físico de la madurez completa, como en el adulto normal; el apetito sexual es variable en ambos sexos, existiendo o no interés en personas del sexo opuesto. Estos tipos de tratamientos se aplican para que el sujeto logre relacionarse con individuos de su propia edad y así establezca una vida social que le permita desenvolverse adecuadamente.

Cuando existe enanismo hipofisiario completo se da la infertilidad, excepto en personas que han sido sometidas a un tra-

tamiento de gonadotropina humana, que se usa para inducir la ovulación cuando tiempo atrás ya se ha presentado la menstruación.

El hipopituitarismo reversible es una patología poco estudiada. Se sabe que está acompañada por insomnio, falta de crecimiento y de la hormona del crecimiento. En los casos clínicos - atendidos se ha observado una relación entre la hormona del crecimiento y las hormonas sexuales, ya que la persona posee una estatura menor a la cronológica al igual que su desarrollo sexual.

Es muy importante que el niño que presente retraso o falla puberal sea atendido antes de los 15 años, de esta forma las diferencias entre la edad cronológica y el aspecto físico puberal será menor y logrará una maduración psicosocial. Cabe mencionar que la pubertad retrasada es más frecuente en niños que en niñas, y muchos de ellos son indiferentes a las necesidades y actividades sexuales, incluyendo la masturbación.

Una lesión en el hipotálamo puede originar algún problema en el desarrollo de las gónadas, ovarios y testículos, dando como consecuencia "alguna regresión de los caracteres secundarios" (Nava, 1979). Otros trastornos que podemos mencionar son el hipogonadismo que consiste en la reducción en la producción de andrógenos que si se presenta en la pubertad, el varón no será potente ni desarrollará apetito sexual; pero si se ha llevado una vida sexual normal y en la etapa adulta se presenta, origina una disminución en el vigor sexual y por consecuencia puede aparecer depresión. En el síndrome de Kallmann, los jóvenes que lo padecen suelen ser hiposexuales, fracasando en sus relaciones de pareja o matrimonio. El síndrome Adiposo genital de Babinski-Frohlich consiste en una "acumulación de grasa en la base de las extremidades y en el abdomen que se acompaña de un infantilismo genital y falta de vello pubiano" (Nava, 1979).

TRATAMIENTO CON ESTROGENOS

En algunos tratamientos se puede administrar estrógenos a los humanos varones y solamente son administrados en 3 casos:

- 1.- La presencia de malformaciones genitales congénitas (hermafroditismo).
- 2.- Transexualismo de varon a hembra.
- 3.- Cáncer en la próstata.

En el primer caso se usa para ayudar a que el desarrollo sexual secundario se presente en el hermafrodita, genéticamente hombre, pero que ha sido educado como mujer, de tal forma que se le trata de adaptar al rol sexual con el que se ha identificado. La medicación de estrógenos es también indicada a los casos de transexualismo y en el tratamiento de cáncer, puesto que ya se le dió el desarrollo sexual secundario en ambos casos. El estrógeno administrado en estos padecimientos, logra el desarrollo de los senos, la distribución de la grasa de tipo femenino, la barba y el vello corporal no desaparece pero se vuelve más delgado y escaso. Para los transexuales estos cambios corporales le son satisfactorios, pero para las personas con cáncer en la próstata son desagradables.

La administración de estrógenos en varones heterosexuales no desencadena conductas o deseos homosexuales pero los síntomas que aparecen son una disminución en el apetito sexual y pérdida de la potencia sexual.

TRATAMIENTO CON ANDROGENOS

El uso incongruente de andrógenos en mujeres se administra en 3 casos únicamente, que son:

- 1.- En hembras genéticas, con genitales externos no bien definidos y que hayan sido educadas como varones (hermafroditismo).
- 2.- Transexuales de hembra a varón.
- 3.- Cáncer en las mamas.

En el primer caso se usan los andrógenos antes de que comience la pubertad femenina, de ésta forma se logra una masculinización más completa en hembras genéticas que han sido educadas como varones. Todo hermafrodita al que se le suministra dicha hormona debe presentar un pene lo suficientemente largo por lo cual ha sido educado como varón, de manera que el tratamiento quirúrgico y hormonal se dirigen a la masculinización.

Cuando en un tratamiento se utiliza testosterona en hembras genéticas, se tendrá como consecuencia el detener el desarrollo sexual secundario femenino e inducir el desarrollo masculino. El efecto de un tratamiento de androgeneización puberal con la hembra genética es el producir un varón con buen aspecto físico.

En los transexuales femeninos se usa la testosterona para provocar la virilización de los sujetos, solo que no va a lograr reducir la estructura ósea de la pelvis ni los senos ya desarrollados, a menos que sean extirpados por medio de la mastectomía. El clítoris se agranda por la influencia de la hormona pero es necesaria una intervención quirúrgica para implantar un

injerto de silicón que simule el pene, que no podrá tener erecciones, y también requieren una histerectomía y ovariostomía para suprimir la menstruación definitivamente.

La influencia de la testosterona en mujeres con cáncer en las mamas, les provoca un aumento en el apetito sexual y mayor interés por iniciar las relaciones sexuales. Esto para ellas es desagradable, porque socialmente se le ha designado al hombre - esta actividad, mientras que para los transexuales les produce satisfacción estos cambios.

"La masculinización terapéutica en la mujer, o bien, la - feminización en el varón, es negativamente experimentada por el individuo, a no ser que vaya de acuerdo con la identidad de género" (Money, 1982).

En los tratamientos de diversos problemas sexuales se han utilizado diferentes sustancias como: gonadotropinas, antiandrógenos, el acetato de medroxiprogesterona y otros más. En casos contados es necesario llegar a la cirugía.

C A P I T U L O I I

IDENTIFICACION Y DESARROLLO PSICOSEXUAL

IDENTIFICACION Y DESARROLLO PSICOSEXUAL

Dentro de la teoría psicoanalítica el término sexualidad implica "una serie de excitaciones y actividades existentes desde la infancia que producen placer" (Laplanche, Pontalis, 1983), el niño desde que nace obtiene placer al estar satisfaciendo - sus necesidades alimenticias (pulsiones de conservación en fase oral) succionando el pecho materno o el biberón, de ésta forma el infante expresa su sexualidad la cual no implica una genitalidad.

La pulsión es "un proceso dinámico que consiste en un empuje que hace al organismo a tender a un fin" (Laplanche, Pontalis; 1983), este empuje o fuerza logra que el individuo alcance su fin que es el satisfacer o evitar esa tensión. La pulsión sexual existe en un principio en un "estado polimorfo" (Laplanche, Pontalis; 1983) y el niño es un perverso polimorfo en el sentido que puede llegar a practicar una serie de trasgresiones anatómicas y estas transgresiones encuentran pocas resistencias a su paso porque no se han formado los diques anímicos en contra de los excesos sexuales, como son: asco, vergüenza y moral, que son el Superyo.

La pulsión tiene: empuje, fuente, objeto y fin.

Empuje.- Son fuentes internas de excitación que dan origen al funcionamiento del aparato psíquico.

Fuente.- Es el estado de tensión originado por la excitación.

Objeto.- Es aquello en lo cual se alcanza la meta de la -

pulsión y es de lo más variable.

Fin o meta.- Es lograr la satisfacción de la excitación, aunque puede ser en forma parcial (zonas erógenas, pulsión parcial).

Zona erógena.- "Es toda región del revestimiento cutáneo-mucoso susceptible de ser asiento de una excitación de tipo sexual" (Laplanche, Pontalis; 1983), existen ciertas zonas del -- cuerpo predestinadas a funcionar como zonas erógenas, como el -- pezón o los genitales, pero cualquier parte del cuerpo puede -- ser usada como zona erógena y de ahí que el niño al chupetear -- cualquier parte de su cuerpo se convierte ésta en zona predilecta para obtener placer.

La meta sexual de la pulsión sexual infantil "consiste en producir satisfacción mediante la estimulación apropiada de la zona erógena que se ha escogido" (Freud, S.; 1905).

Freud distinguió dos tipos de pulsiones: las pulsiones de vida (eros) y de muerte (tanatos) que al paso de desarrollo del niño se separan. "Las primeras mociones de la sexualidad aparecen en el lactante apuntaladas en otras funciones importantes -- para la vida" (Freud, S.; 20a. conferencia), como sucede en el caso de la alimentación.

Freud explica el desarrollo del niño y lo divide en eta--pas que son: oral, anal, fálica, período de lactancia y etapa --genital, que se ha de alcanzar en la edad adulta.

ETAPA ORAL

El niño exterioriza su sexualidad por medio del chupeteo y una vez separada de la nutrición (oral pasiva), el infante - chupetea cualquier parte de su piel y por medio de ésta acción obtiene placer, de ahí que muchos niños pasen del chupeteo a la masturbación para seguir obteniendo placer de su propio cuerpo. Esta forma de expresar su sexualidad es autoerótica, en donde - la pulsión sexual se encuentra dirigida hacia la persona misma satisfaciéndose en el propio cuerpo volviéndose autoerótica. En el caso del chupeteo, los labios son una zona erógena y el paso de la leche causa una sensación placentera. Al principio el chupeteo se relaciona con el acto de obtener alimento pero en un determinado momento ambas se separan siguiendo caminos diferentes; así el niño obtiene alimento masticando (oral activa) y - elige una parte de su cuerpo para obtener placer. "No todos los niños chupetean. Cabe suponer que llegan a hacerlo aquellos en quienes está constitucionalmente reforzado el valor erógeno de la zona de los labios" (Freud, S.: 1905).

De esta forma podemos observar que la sexualidad infantil "nace apuntalándose en una de las funciones importantes de la - vida; todavía no conoce un objeto sexual pues es autoerótica; y su meta se encuentra bajo el imperio de una zona erógena" (Freud S.: 1905).

ETAPA ANAL

Otra zona erógena en los niños es la zona anal, que guarda relación con la defecación, y el glande o clítoris que se relacionan con la micción.

Con respecto a la zona anal, se puede decir que cuando el niño retiene las heces, al momento de soltarlas le producen sensaciones placenteras y a la vez dolorosas, por eso aprovecha la ganancia colateral de placer que le produce la defecación. De manera que el niño está aprovechando, ese control que puede tener de su cuerpo para obtener satisfacción. En niños mayores existe una estimulación masturbatoria en la zona anal.

Otras zonas erógenas se encuentran relacionadas con la micción, así, la estimulación que puedan recibir el glande o el clítoris, por los cuidados de limpieza de parte de la madre y en forma accidental, llegan a excitar a esta zona, que corresponde a partes sexuales reales produciéndoles placer y creando una necesidad de repetir esa sensación placentera. En un futuro será el comienzo de una vida sexual normal, y de ésta forma, la zona genital tendrá superioridad en la vida adulta.

En ésta etapa se lleva a cabo la división de opuestos que tiene la vida sexual, pero en este tiempo no se reconoce lo femenino y lo masculino, sino que se distingue lo activo y lo pasivo. Lo activo lo determina la pulsión de apoderamiento (retención) a través de los músculos del cuerpo; mientras que lo pasivo lo determina la mucosa erógena del intestino.

Otro aspecto a tomar en cuenta en esta etapa es el control de esfínteres, que sitúa el primer descubrimiento de una situación de ambivalencia. El niño será capaz de agrandar a su madre en respuesta al pedido del control o podrá ser una zona de conflictos en cuanto el niño se oponga al pedido de la madre.

"El placer fijado en esta etapa al tracto intestinal y a los esfínteres anales, estará relacionado con el poder efectivo - sobre la madre que el niño puede recompensar o no" (Bleichmar, S.

El niño renuncia al placer que le produce el retener las heces a cambio de ser reconocido por la madre y para lograr la -- identificación con los adultos. Cuando el niño retiene sus excrementos los adultos hacen uso de supositorios, lavativas y otros - métodos, que el niño percibe como agresiones, que a su vez causan una sensación placentera (porque es una zona erógena y recibe una estimulación pasiva) y dolorosa que dará como consecuencia una ambivalencia afectiva. También el niño tendrá que renunciar a jugar con sus excrementos porque los adultos no aceptan esas conductas que les producen asco (de esta forma se comienza a establecer uno de los diques anímicos en contra de los excesos sexuales).

En la niñez, a menudo o generalmente se consume la elección de objeto, de tal forma como la que se ha supuesto durante - el desarrollo de la pubertad, y es el mayor acercamiento durante la infancia, a la conformación definitiva que la vida sexual presentará después de la pubertad.

Cabe señalar que la elección de objeto se realiza en dos tiempos: el primero se realiza entre los 2 y los 5 años, mientras que el período de latencia lo detiene o lo hace retroceder; y la segunda se da con la pubertad, que determina la conformación definitiva de la vida sexual, ésta elección de objeto tiene que "re--nunciar a los objetos infantiles y comenzar de nuevo como corriente sensual" (Freud; 1905)

El objeto pulsional se va a determinar de acuerdo a la -- historia del sujeto, no viene predeterminado.

ETAPA FALICA

Esta etapa inicia aproximadamente entre los 3 y 4 años de

vida durante la cual el niño va a centrar su interés en el pene.

El pequeño empieza a mostrar curiosidad sexual en su primer objetivo es saber ¿De dónde vienen los niños?, pregunta que - los adultos casi siempre no responden y que el menor intenta descubrir a partir de lo que observa, ya sea el vientre de una futura madre o el amamantamiento del hermano estando en casa. El pequeño supone varias respuestas pero aún no reconoce el papel del padre como necesario para la concepción. Otra pregunta que se formula el niño es ¿Qué diferencia hay entre un niño y una niña?, esta pregunta tampoco le será respondida por los adultos. El niño pronto se dará cuenta que él orina de pie mientras que las niñas no lo pueden hacer así; la niña en este momento comienza a sentir lo que es la envidia del pene y supone que su clítoris crecerá.

En este momento el niño entra en lo que se llama Complejo de Edipo, que es el fenómeno central del período sexual infantil.

Durante este tiempo la niña se cree el objeto preferido - del padre pero ante una corrección o al ver que él dirige su cariño a la madre, la niña se siente rechazada por éste y expulsada - del lugar que creía ocupar. Mientras que el niño considera a su madre como exclusiva y de repente se da cuenta que ella da su cariño al padre o a un nuevo hermanito y al no obtener lo deseado - el niño se aparte de la madre.

En esta etapa el niño varón, centra su interés sobre sus genitales y los manipula según le plazca, pero no tarda en darse cuenta que a los adultos no les agrada esa conducta, entonces surge la amenaza de quitarle esa parte de su cuerpo que tanto apreciaba. Ante esa primera amenaza el niño no obedece sino después de varias y ante la posibilidad de castración el niño termina por no tocarse su genital.

Pero antes de que obedezca a esa amenaza, el niño descubre los genitales femeninos y observa la falta del pene, por lo cual "se hace posible representarse la pérdida de su propio pene y la amenaza de castración comienza a surtir efecto" (Freud, S.; 1924).

El niño cambia las cargas de objetos por identificaciones y la autoridad del padre (los padres) es introyectada en el Yo comenzándose a formar el Superyo "que toma del padre su rigor, perpetúa la prohibición al incesto y garantiza así al Yo contra el retorno de las cargas de objeto libidinales" (Freud, S.: 1924).

En cambio la niña asume la castración como un hecho consumado, mientras que el niño teme que se le cumpla la amenaza. De esta forma la niña acepta haber tenido un pene pero que lo ha perdido por castración.

La niña, durante el Complejo de Edipo desea ser recompensada por la falta de pene y espera tener un hijo con su padre. La niña al ver que su deseo no se cumple se aleja del padre y se comienza a formar su Superyo. Freud deduce que el Superyo es el heredero del Complejo de Edipo.

Los estudios analíticos realizados, permiten reconocer -- una relación entre: La organización fálica, El Complejo de Edipo, La amenaza de castración, La formación del Superyo y El período de latencia. "Ellos justifican la afirmación de que el Complejo de Edipo sucumbe a la amenaza de castración" (Freud, S.; 1924).

Durante esta etapa fálica se comienzan a organizar las pulsiones bajo el primado de los genitales y que significa el "ordenamiento de la aspiración general de placer dentro de la función sexual" (Freud, S.; 1924).

La pulsión sexual se orienta hacia la parte genital y después se puede sofocar o seguir en forma ininterrumpida "pero todos los detalles de esta segunda activación sexual infantil dejan tras de sí las más profundas huellas (Icc.) en la memoria de la persona, que determinan el desarrollo de su carácter ..." (Freud, S.: 1915)

PERIODO DE LATENCIA

Este período está comprendido entre la declinación del -- Complejo de Edipo y antes de la reedición del desarrollo psicogenético. Este período está "desprovisto de impulsos sexuales" -- (Blos, P.: 1988) y prepara al niño para el incremento de la libido en la etapa de la pubertad y así poder llegar hasta la cuarta fase del desarrollo.

Durante este lapso el niño enfoca su atención, memoria, - inteligencia y pensamiento a su medio ambiente, mientras decae su interés sobre los aspectos sexuales existiendo un "incremento del control del Yo y del Superyo sobre la vida instintiva" (Blos, P.; 1988) de manera que el Yo adquiere una resistencia a la regresión y el Superyo hace su entrada mediante la angustia ya que recuerda las exigencias ambientales.

Durante este período todas las exigencias, ideales de los padres y educadores los introyecta el niño, de tal forma que la - carga de amor es sustituida por identificaciones.

La identificación es "un proceso psicológico mediante el - cual el sujeto asimila un aspecto, un atributo de otros y se transforma, total o parcialmente sobre el modelo de este. La persona - se constituye y se diferencia mediante una serie de identificaciones

nes" (Laplanche, Pontalis; 1983).

Es cierto que el periodo de latencia está desprovisto de impulsos sexuales pero se observa que se presenta la eritrofobia, el exhibicionismo y la energía que ahora está puesta en el proceso secundario también se vuelca, nuevamente, en el cuerpo como - en la etapa oral por medio de la realización de deportes que le permiten al niño sentir su cuerpo.

ETAPA GENITAL

Con la llegada de la pubertad la vida sexual infantil comienza a cambiar y éstos cambios la llevarán a su conformación sexual definitiva.

La sexualidad infantil en un principio era autoerótica, - eligiendo una zona erógena y en esta nueva etapa va a elegir su objeto sexual definitivo, y las pulsiones parciales y zonas erógenas "se subordinan al primado de la zona genital" (Freud; 1905)

El adolescente comienza a tener cambios internos y externos que preparan a su cuerpo para la procreación, por eso la nueva meta sexual estará al servicio de la reproducción (Eros-vida, Ta natos-muerte).

El objeto sexual es "todo aquello en lo cual y mediante lo cual la pulsión busca alcanzar su fin, es decir cierto tipo de satisfacción. Puede tratarse de una persona o de un objeto parcial, de un objeto real o un objeto fantaseado" (Freud; 1905). De manera que el objeto sexual es la persona o cosa que ejerce la atracción sexual.

La meta sexual o el fin sexual pueden ser diversos: pueden ser parciales (zonas erógenas) y que no están subordinadas a la zona genital, así que la meta es lograr la satisfacción de esa excitación, aunque puede ser parcial.

La elección del objeto durante esta etapa tiene que renunciar a "los objetos infantiles y comenzar de nuevo como corriente sensual" (Freud; 1905) y la pulsión sexual se pone al servicio de la reproducción.

El incremento de la tensión por medio de la excitación sexual puede ser sofocada estimulando las zonas erógenas, que a su vez originan un placer mayor, que al consumarse el acto sexual se elimina, en forma temporal, la tensión de la Libido.

A la primera parte se le llama placer previo y a la segunda placer final.

Los peligros del placer previo se dan cuando el placer obtenido es tan grande que reemplaza la meta sexual normal (fijación), de manera que "el mecanismo de muchas perversiones, consisten en una demora de actos preparatorios del proceso sexual" (Freud, S.; 1905).

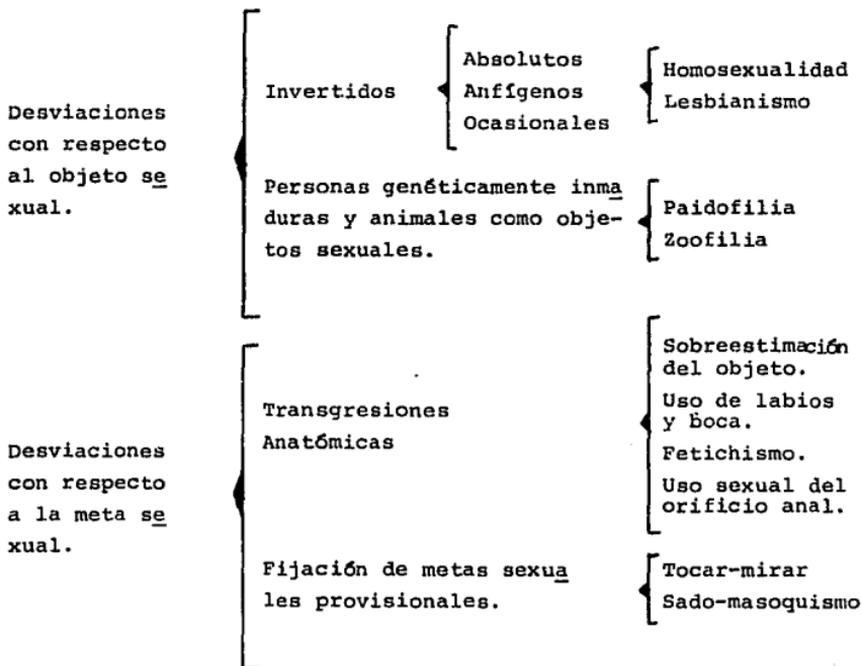
El fin de la meta sexual en la etapa genital adulta es el "acto sexual 'normal' definido como el coito dirigido a obtener orgasmo por penetración genital, con una persona del sexo opuesto". (Laplanche, Pontalis; 1983).

PERVERSIONES O DESVIACIONES SEXUALES

Se dice que existe una perversión cuando "el orgasmo se -

obtiene con otros objetos sexuales (homosexualidad, pайдofilia, ...) o por medio de otras zonas corporales (coito anal); cuando el orgasmo se subordina imperiosamente a ciertas condiciones extrínsecas (fetichismo, transvestismo, ...) éstas pueden incluso proporcionar por sí solas el placer sexual. De modo más general, se designa como perversión al comportamiento psicosexual que --acompaña tales atfipias en la obtención del placer sexual" - - (Laplanche, Pontalis; 1983).

Freud menciona que las perversiones pueden dividirse en - dos tipos: "desviaciones de objeto y desviaciones de meta sexual" (Freud; 1905).



Los perversos son personas en las cuales "la sexualidad es infantil en lugar de adulta" (Fenichel, O.; 1982) ya sea por una detención en el desarrollo o por una regresión. En los perversos algo debe de haber de repulsivo en la sexualidad adulta (Complejo de castración, que va a determinar la primacía genital) y algo atrayente de la sexualidad infantil.

A).- DESVIACIONES CON RESPECTO AL OBJETO SEXUAL

Los invertidos. - Son aquellas personas que su objeto sexual es un sujeto de su mismo sexo, es decir la homosexualidad masculina o femenina (lesbianismo).

La homosexualidad se divide en:

- . Absolutos.- Para estas personas su objeto sexual será -- siempre de su mismo sexo.
- . Anfigenos.- Para quienes su objeto sexual puede ser de - su propio sexo o del contrario (bisexual).
- Ocasionales.- Son aquellas personas que se ven privadas -- temporalmente del objeto sexual normal y por consecuencia toman a una persona del mismo - sexo que él. Una vez que tienen acceso al ob- jeto sexual normal no recurren al del mismo sexo que ellos.

En el homosexual se distinguen algunos componentes como: la elección narcisista del objeto, la importancia de la zona -- anal y la angustia de castración, como los orígenes psíquicos - de esta perversión.

El psicoanálisis ha indagado sobre la génesis de la homosexualidad y observó que éstas personas tienen una fase de fijación a la mujer y luego se identifican con ella "y se toman a sí mismos como objeto sexual" (Freud; 1905) (elección narcisista) y buscan a hombres parecidos a ellos que "debían amarlos como la madre los había amado" (Freud; 1905). Esta identificación femenina del sujeto puede ser con la madre, hermanas u otra persona importante de su infancia.

Otro componente que se observa es la importancia de la zona anal, aquí "el deseo de gratificación sexual con la madre se ve transformado en un deseo de gozar de la misma manera en que lo hace la madre" (Fenichel, O.; 1982), es decir que el sujeto toma al padre como objeto sexual y se esfuerza por someterse a él, como lo llegó a hacer la madre en forma pasiva-receptiva.

La identificación con la madre puede surgir del miedo a la castración, por haber observado los genitales femeninos, en el cual no existe un pene y el temor a perder el propio; esta identificación les sirve para controlar su angustia.

Otras formas de femineidad masculina aparece cuando los hombres temen a que otros hombres los puedan castrar, ya que en los primeros no cabe la posibilidad de que existan sujetos sin pene, de ahí que prefieran la compañía de las mujeres para lograr reprimir su homosexualidad u no tener nada que ver con los hombres. De manera que la angustia de castración la mantiene controlada y el hecho de que la mujer no posea un pene lo mantiene negado por otros medios.

"La femineidad en el hombre es generalmente una expresión de infantilismo, de regresión a tipos pasivos de control" (Fenichel, O.; 1982).

Freud comenta que los hombres con mayores posibilidades - de hacerse homosexuales son aquellos que han tenido un padre débil o carecieron de padre, o aquellos sujetos que carecieron de madre; por lo tanto son aquellas personas que fueron frustrados por la madre en aspectos esenciales.

La homosexualidad femenina no es del todo igual a la masculina. Para la mujer la vista de un pene puede crear dos cosas: temor a la violación o lo que sucede con mayor frecuencia es - "movilización de pensamientos y emociones acerca de la diferencia en el aspecto físico" (Freud; 1905), estos temores pueden - perturbar la capacidad para el goce sexual y que éste solo sea posible "donde no haya confrontación con un pene" (Freud, 1905). Otro aspecto importante es que el negar los genitales del sexo opuesto puede ser el resultado de una regresión ya que la mujer puede regresar de la relación objetal con el padre a la relación objetal con la madre.

Por lo tanto en la homosexualidad femenina se deben considerar 2 factores etiológicos:

- "a).- El violento apartamiento de la heterosexualidad originado por el Complejo de Castración.
- b).- La atracción hacia la madre, a través de tempranas fijaciones" (Freud; 1905).

La homosexualidad femenina se puede usar como agresión -- contra el padre al identificarse primero con el padre, luego es cogido como objeto de amor a mujeres parecidas a la madre, de tal manera que evita la rivalidad con la madre y agrede al padre -- amando a la madre tal como la amaba el padre.

Cabe mencionar que la masculinidad en la mujer no necesariamente puede estar combinada con la homosexualidad y para que ésto se dé, depende de dos factores:

- "- la intensidad de la fijación temprana, y
- la configuración particular del Complejo de Castración" - - (Freud; 1905).

La homosexualidad femenina constituye "una regresión que reaviva los rastros anémicos de las primeras relaciones con la madre" (Fenichel, O.; 1982) de ahí que tenga un sello más arcaico que la masculina.

Paidofilia.- Se refiere a una desviación de objeto sexual en la cual la pulsión se dirige a niños o a púberes. Esta perversión se presenta casi en forma exclusiva en los hombres.

Este tipo de comportamiento sexual les permite a los hombres controlar el temor de castración. El sujeto dirige sus deseos hacia sus progenitores, por eso evita a los adultos porque le recuerdan a sus padres y a sus deseos incestuosos, de ahí - que la pulsión la dirija a los niños.

Un componente importante en el paidófilo es el narcisismo porque se ama como un niño desprotegido que puede ser víctima - de ataques y ama sexualmente a los niños de la misma forma que él desearía ser amado como niño.

Zoofilia.- Uso de animales como método preferido o exclusivo de conseguir excitación sexual o el coito. Ese animal guarda relación con la infancia del individuo ya que de alguna manera tuvo contacto con él.

B).- DESVIACIONES CON RESPECTO A LA META SEXUAL

Sobreestimación del objeto sexual.- Que es aquella persona "que apenas tolera la restricción de la meta sexual a la - - unión de los genitales propiamente dichos y contribuye a elevar quehaceres relativos a otras partes del cuerpo a la condición - de meta sexual" (Freud; 1905), es decir, que el placer previo - es más gratificante que el acto sexual.

Uso de la mucosa de los labios y la boca.- (Fellatio y - Cunnilingus) que es "el uso de la boca como órgano sexual es -- considerado como perversión cuando los labios (lengua) de una - persona entran en contacto con los genitales de la otra" (Freud 1905). En este tipo de actividad el asco es un aspecto importante que vencer.

Fellatio es la estimulación del pene mediante la introducción en la boca del compañero sexual y que en ocasiones puede - llegar hasta el orgasmo.

Cunnilingus que es la estimulación de los órganos sexuales femeninos mediante la lengua y la boca del compañero sexual.

Uso del orificio anal.- La estimulación del orificio anal como placer previo al acto sexual puede ser utilizado por parejas eterosexuales y homosexuales, pero cuando el orificio anal es usado para tener un orgasmo genital y suplanta la meta sexual 'normal' es cuando existe una desviación de la meta sexual.

Fetichismo.- Esta desviación se presenta con mayor frecuencia en el sexo masculino y su etiología se encuentra "en la negación del temor a la castración" (Corderch, J.; 1988) existiendo una necesidad de negar que las mujeres no tienen pene. La - mayoría de los fetiches son símbolos del pene materno, el ob

jeto fetiche es capaz de originar una excitación sexual mientras no tenga alguna relación con el cuerpo de la mujer.

Tocar-mirar.- El tocar el cuerpo del objeto sexual se convierte en perversión cuando el placer previo suplanta la meta sexual.

El mirar (voyeur) se convierte en perversión cuando:

"a) se circunscribe con exclusividad a los genitales; b) se une a la superación del asco; c) suplanta la meta sexual normal en lugar de servirle de preliminar" (Fenichel, O.; 1982), en esta perversión se supera otro dique anímico que es la vergüenza.

Los voyeur en su infancia quedaron fijados a experiencias que provocaron su angustia de castración (escena primaria o contemplación de genitales) de manera que existe en ellos una tendencia a repetir (ver) una escena similar con el propósito de lograr un control.

Sado-masiquismo.- En el sádico la pulsión sexual contiene un componente agresivo, por lo cual muestra una actitud violenta hacia el objeto sexual ocasionándole dolor el cual es una condición exclusiva para su satisfacción.

El masoquista es aquella persona que el dolor le proporciona placer y constituye su objetivo. En estas personas su aptitud para el orgasmo se haya perturbada por la angustia y el sentimiento de culpa.

Generalmente el sadismo y el masoquismo van acompañados sólo que uno de éstos supera al otro.

En el transcurso de los años a estas perversiones se le han ido sumando otras tantas como: coprofilia, necrofilia, exhibicionismo, transvestismo, transexualismo, ... que el DSM-III las tiene clasificadas bajo el rubro de Trastornos Psicosexuales que a su vez se divide en:

Parafilias.- Que se caracterizan por la " excitación sexual como respuesta a objetos o situaciones sexuales que no forman parte de los estímulos normativos" (Pichot, P.; 1983). (Fetichismo, transvestismo, zoofilia, paidofilia, exhibicionismo, voyerismo, masoquismo, sadismo y parafilias atípicas).

Disfunciones psicosexuales.- Que se caracterizan "por inhibiciones en el deseo sexual o por cambios psicofisiológicos que afectan el ciclo de respuesta sexual" (Pichot, P.; 1983). (Deseo sexual inhibido, excitación sexual inhibida, orgasmo femenino inhibido, orgasmo masculino inhibido, eyeculación precoz, dispareunia funcional, vaginismo funcional y disfunción sexual atípica).

Cabe destacar que las disfunciones no son perversiones aunque estén clasificadas dentro de los trastornos psicosexuales.

Otros trastornos psicosexuales.- Bajo este rubro se encuentra la homosexualidad egodistónica y otros trastornos no clasificados.

Trastornos en la identidad psicosexual.- Que se caracterizan porque "el individuo tiene sentimientos de malestar o inadecuación sobre su sexo anatómico, así como conductas persistentes generalmente asociadas al sexo contrario" (Pi-

chot, P.; 1983). (Trastorno de la identidad en la infancia, - - transexualismo y trastorno de identidad sexual atípico).

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

Para ésta investigación es importante hacer un diagnóstico diferencial entre: homosexualidad, transvestismo y transexualismo, ya que sus similitudes pueden hacer difícil el diagnóstico. En el DSM-III se observa lo siguiente:

Homosexualidad egodistónica.- Se clasifica dentro de Otros Trastornos Psicosexuales y su rasgo esencial es "el deseo de adquirir o aumentar la excitación heterosexual de tal forma que puedan iniciarse o mantenerse las relaciones heterosexuales y, al mismo tiempo, una pauta mantenida de excitación homosexual clara, que el individuo manifiesta explícitamente como no querida y que es causa persistente de malestar" (Pichot, P.; 1983), con este trastorno se manifiesta una preocupación persistente ante la orientación homosexual aunque haya una débil o casi nula - - excitación heterosexual.

Algunos rasgos asociados a éste trastorno es la soledad, sentimiento de culpa, vergüenza, depresión y ansiedad.

Su edad de aparición es la primera etapa de la adolescencia "cuando el sujeto se hace conciente de que se excita homosexualmente" (Pichot, P.; 1983).

Los factores que la predisponen son actitudes sociales negativas que se hacen de la homosexualidad que se han internalizado.

Los criterios para el diagnóstico de homosexualidad egodis tónica son:

"A).- El individuo se queja de que la excitación heterosexual es persistentemente débil o nula y que ello interfiere significativamente al iniciar o mantener las relaciones heterosexuales deseadas.

B).- Existe una pauta mantenida de excitación homosexual que el individuo manifiesta explícitamente como no querida y como fuente persistente de malestar" (Pichot, P.; 1983).

Transvestismo.- Es una parafilia que se caracteriza por -- "la excitación sexual como respuesta a objetos o situaciones sexuales que no forman parte de los estímulos normativos y que pueden interferir en la actividad sexual afectiva recíproca" (Pichot, P.; 1983). El factor esencial es el vestirse con ropas del sexo opuesto de manera persistente y suele presentarse en personas heterosexuales, es decir que al sujeto se le considera básicamente masculino.

La prenda femenina elegida, primero se usa como fantasía para la masturbación y luego puede ser usada para el coito.

Este trastorno puede presentarse en la infancia o en la adolescencia, y un factor que puede predisponer a los individuos para ser transvestis es que en la infancia haya sido humillados vistiéndolos con ropas de niñas.

Los criterios para su diagnóstico son:

"A).- Varón heterosexual que se viste repetida y persistentemente con ropas del sexo opuesto.

- B).- Utilización de las ropas del sexo opuesto con el propósito de obtener excitación sexual, por lo menos al iniciarse el tras turno.
- C).- Frustración intensa cuando la conducta es interferida.
- D).- El trastorno no reúne los criterios del transexualismo" - (Pichot, P.; 1983).

Transexualismo.- Se encuentra clasificado dentro de los - trastornos en la Identidad Sexual y sus rasgos esenciales son: un sentimiento persistente de malestar o inadecuación respecto al propio sexo anatómico y un deseo persistente de liberarse de los propios genitales y de vivir como miembro del otro sexo.

Es probable que los individuos que padecen éste trastorno desde la infancia hayan manifestado problemas en la identidad - sexual, pero casi siempre, al final de la adolescencia o al iniciar la etapa adulta es cuando se inicia el síndrome completo.

Este tipo de alteración se halla asociada a otras patólo- gías, pero el transexualismo parece presentarse "en el contexto de una relación familiar alterada" (Pichot, P.; 1983).

En la infancia de éstos sujetos pudo existir una femineid- dad patente en el niño y una masculinidad en la niña en quie-- nes se aumentó la posibilidad de ser transexuales.

Sobre los criterios para su diagnóstico se hablará en el capítulo siguiente.

CAPITULO III

TRANSEXUALISMO

TRANSEXUALISMO

El término transexualismo lo usó por primera vez Claudd--well en 1949, éste término está algunas veces "restringido para aquellas personas que han pedido y experimentado la cirugía de reasignación sexual" (Giat, L.; 1983), pero no solo a ellos se les da éste diagnóstico sino también a aquellas personas que --cumplen con los parámetros que marca el DSM-III.

El primer caso conocido públicamente de reasignación de -sexo hormonal y quirúrgico fue el de "Gregersen Edgar" (Greger--sen, E.; 1983) (Cristina) en 1953 en Dinamarca. Se calcula que existan actualmente entre 3,000 y 6,000 transexuales (de mujer a varón y de varón a mujer) reasignados hormonal y/o quirúrgicamente.

CRITERIOS DE DIAGNOSTICO

En el DSM-III se establecen los parámetros para elaborar un diagnóstico de transexualismo y éstos son:

- "A).- Sensación de malestar e inadecuación respecto al propio -sexo anatómico.
- B).- Deseo de liberarse de los propios genitales y de vivir como miembro del otro sexo.
- C).- La alteración ha persistido al menos durante dos años (no se ha limitado a períodos de estrés).
- D).- Ausencia de intersexualidad física o anomalía genética.

E).- No es debido a otra enfermedad mental, como por ejemplo: la esquizofrenia" (Pichot, P., 1983).

En 1966 Harry Benjamin en su clínica 'Harry Benjamin International Dysphoria' utiliza el término transexual y establece una serie de "normas o principios" (Alvarez, G., 1986) en los cuales se puede basar un profesional de la salud para determinar o recomendar la intervención quirúrgica y tratamiento hormonal en la reasignación de sexo en el transexual.

Cuando el sujeto se presenta ante un profesional de la salud para solicitar una reasignación sexual, es necesario hacer un diagnóstico diferencial, psicológico y psiquiátrico, en el cual se diagnostique transexualismo y se descarte otro tipo de patología.

Uno de los problemas a los que se enfrenta el profesional es "la diferencia de criterios para la selección de pacientes - para la reasignación sexual y a la falta de uniformidad en los métodos" (Lundström, Col.; 1984) esto debido a la falta de conclusiones en la literatura sobre el tema.

Otro problema es el de diferenciar las patologías de los sujetos que asisten a pedir una reasignación sexual, la mayoría de ellos son descartados por ser transvestis, homosexuales o transexuales secundarios. Sobre ésta última patología varios autores no coinciden entre operarlos o no, Lothstein y otros, opinan: "compartimos la opinión de que los transexuales secundarios no deben ser aceptados para la operación de cambio sexual" (Lundström y Col.; 1984), ya que éste tipo de pacientes manifiestan disforia genética y después de que se les comunica una negación a su solicitud de reasignación pueden manejar su vida razonablemente y olvidar el intento de reasignación sexual, aun

que algunos de ellos necesitan apoyo psicológico.

Un aspecto muy importante en el fenómeno transexual es - "la influencia mutua" (Siegel, Zitrin; 1978) entendida como la influencia que ejercen los transexuales a los homosexuales con sus comentarios lo que hace que, éstas personas, Pseudotransexuales busquen una mejoría en su apariencia femenina y soliciten una reasignación que en realidad no desean.

Siegel y Zitrin trabajaron con grupos, que formaron con - aquellos sujetos que acudían a solicitar la reasignación sexual. Las personas que conformaron un grupo, comenzaron a crear un ambiente femenino, en donde los integrantes se decían los 'tips' para aparentar una femineidad más real. Ante esto los autores - observaron que "el sentimiento de ser realmente una mujer no - viene a depender de la realidad anatómica o de la alteración - quirúrgica. La convicción comienza a descanzar con el establecimiento de ilusiones fortalecidas y de fantasías con existencia real por las palabras o acciones de quienes los rodean. Para muchos la ilusión creada por la validez del grupo sirvió como un sustituto de la cirugía" (Siegel, Zitrin; 1978)

Esa influencia que los pseudotransexuales recibieron del grupo para desistir de la reasignación sexual también la recibieron para intentar la reasignación. Esto se pudo dar por la - influencia con amigos, aquellos que pasan de boca en boca por - medios de "información y publicidad" (Prince, V.; 1978) de ahí que muchos homosexuales creen haber hallado la solución a su - problema de identidad y buscan la reasignación sexual.

El instrumento del que se valen los psicólogos y psiquiatras para hacer dicho diagnóstico es la entrevista no estructurada y el reporte del paciente.

Money y Primorse utilizan también la entrevista estructurada con la cual cubren 4 áreas que son: la sexual, psicosocial, del desarrollo o evolución y la asociación con la fantasía. - - Otros psicólogos incluyen "pruebas de inteligencia de integración visual-motora y del papel genético, así como clasificación neurológica, física y endocrinológica" (Giat, L.; 1983). Rekers, Paitch y Barlow, entre otros, utilizan algunas pruebas proyectivas o escalas de masculinidad y femineidad como la subescala 5 del MMPI para lograr un mejor diagnóstico.

También se lleva a cabo observación del comportamiento -- que es el "verdadero examen de vida real" (Green, R.; 1966) con el cual da inicio el tratamiento de reasignación sexual. Esta - observación dura entre 1 a 5 años según cada autor, quienes no están de acuerdo en el tiempo que debe ser el más conveniente, aunque Harry y otros opinan que 3 años es el óptimo.

Durante este período el paciente debe vivir en el hospital como persona del sexo que desea ser reasignado. Dentro del hospital deben asistir a sesiones grupales de Psicoterapia Psicoanalítica que su fin es "reconciliar la genética psicológica con el sexo anatómico o hacer esto posible para tolerar el sexo anatómico" (Benjamin, H.; 1967), también asisten a Psicoterapias Psicoanalíticas Intensivas que su meta es "estabilizar al transexual en un estado no operativo el cual le permitirá a él o ella adaptarse a una vida social sin la cirugía" (Green, R.; 1978), en ésta técnica la interpretación se usa para aclarar -- "el factor de identidad genética como una defensa contra los impulsos inaceptables y las autopercepciones" (Giat, L.; 1983); - las sesiones de Psicoterapia de Apoyo tienen como fin "ayudar - al transexual a competir con el rechazo social, enajenación mental y otros sentimientos con respecto a la identidad genética. Incrementar en nivel de habilidades en las relaciones interper-

sonales y tolerancia al estrés" (Giat, L.; 1983); la Psicoterapia en Grupo tiene como meta el "ayudar al paciente a ajustarse a su identidad genética sin una cirugía genital irreversible" - (Giat, L.; 1983); y en la Terapia Orientada Conductualmente nos habla de que el transexual "en su comportamiento representan - una serie de respuestas inapropiadas asimiladas en su vida infantil y no logran asimilar lo apropiado por el aislamiento social" (Giat, L.; 1983). Por medio de las Psicoterapias se trata de descartar a los sujetos que muestran una patología que no ha sido descartada durante el primer procedimiento.

Los transexuales reciben pláticas sobre los costos de la reasignación de sexo y del procedimiento que se llevará a cabo, pero algunos de los candidatos desisten de la operación por los altos costos de la misma, otros rechazan las terapias que al ser indispensables no podrán ser reasignados y unos más desisten de operarse.

Para iniciar la reasignación sexual, Harry Benjamin elaboró un programa de 5 pasos que son:

- 1.- Evaluación para determinar lo apropiado para la reasignación sexual quirúrgica.
- 2.- Psicoterapia de investigación.
- 3.- Administración de hormonas para la modificación de las características sexuales secundarias.
- 4.- Examen vital (con mantenimiento de hormonas).
- 5.- Cirugía de reasignación sexual" (Giat, L.; 1983).

Una vez transcurrido el primer año de observación de vida real se inicia la reasignación con la Electrólisis, para desaparecer el vello facial y de otras partes del cuerpo. Este procedimiento es largo, doloroso y muy costoso.

Enseguida se inicia el tratamiento hormonal, 6 meses después aproximadamente y con éste tratamiento después de 1 a 6 meses, dependiendo del paciente, se da una atrofia testicular - - irreversible, se desarrollan los ductos mamilares y la acumulación del tejido graso, se da la impotencia y atrofia peneal; y los "nuevos pechos son vistos como órganos sexuales" (James, A; 1978).

Los cambios surgidos a través del tratamiento hormonal -- son irreversibles tanto para el transexual varón como hembra. - De ahí que es tan importante asegurarse de que el paciente es - el indicado para la reasignación sexual porque una vez iniciada la electrólisis no se puede ir marcha atrás.

A continuación se inician los procedimientos quirúrgicos para la alteración de los caracteres sexuales secundarios que - son: mamoplastía, raspadura del cartilago laríngeo, penectomía, castración, reconstrucción labial, formación de una vagina artificial ya sea de la piel peneal o un injerto libre, masectomía bilateral, histerectomía y la formación de un pene que no es - funcional, pues no puede presentar erecciones. A los sujetos se les practica varias operaciones pero entre cada una de ellas se deja transcurrir tiempo para que el paciente se recupere.

Una vez realizada la reasignación sexual es conveniente - que el paciente se presente al hospital para tener una serie de chequeos y detectar posibles complicaciones.

Una vez transcurrido el primer año de observación de vida real se inicia la reasignación con la Electrólisis, para desapa-
recer el vello facial y de otras partes del cuerpo. Este procedi-
miento es largo, doloroso y muy costoso.

Enseguida se inicia el tratamiento hormonal, 6 meses des-
pués aproximadamente y con éste tratamiento después de 1 a 6 me-
ses, dependiendo del paciente, se da una atrofia testicular - -
irreversible, se desarrollan los ductos mamilares y la acumula-
ción del tejido graso, se da la impotencia y atrofia peneal; y
los "nuevos pechos son vistos como órganos sexuales" (James, A;
1978).

Los cambios surgidos a través del tratamiento hormonal --
son irreversibles tanto para el transexual varón como hembra. -
De ahí que es tan importante asegurarse de que el paciente es -
el indicado para la reasignación sexual porque una vez iniciada
la electrólisis no se puede dar marcha atrás.

A continuación se inician los procedimientos quirúrgicos
para la alteración de los caracteres sexuales secundarios que -
son: mamoplastia, raspadura del cartilago laríngeo, penectomía,
castración, reconstrucción labial, formación de una vagina arti-
ficial ya sea de la piel peneal o un injerto libre, masectomía
bilateral, histerectomía y la formación de un pene que no es -
funcional, pues no puede presentar erecciones. A los sujetos se
les practica varias operaciones pero entre cada una de ellas se
deja transcurrir tiempo para que el paciente se recupere.

Una vez realizada la reasignación sexual es conveniente -
que el paciente se presente al hospital para tener una serie de
chequeos y detectar posibles complicaciones.

Algunos de los resultados indeseables post-operatorios es la estenosis vaginal que en la mayoría de los casos reportados es por falta del uso de dilatadores. Estos pacientes no lo usaron o fue breve el tiempo, pues no fue efectivo el tratamiento. Otras complicaciones que se han detectado son: estenosis introital, estenosis meatal, pérdida del revestimiento vaginal, fistulas recto-vaginales y uretrales y trombosis en venas profundas.

Estos resultados indeseables pueden ser corregidos a partir de nuevas operaciones, a la que la mayoría de pacientes acceden pues "no es difícil ver como la inconformidad de una vagina es superior a la inconformidad de un pene" (James, A.; 1978). Estas complicaciones se pueden evitar si los pacientes no tuviesen que viajar a su ciudad o país de origen a los pocos días de la operación, ya que son de suma importancia las indicaciones y tratamientos postoperatorios.

Una vez reasignados sexualmente los pacientes pueden presentar una descompensación psicótica, comportamiento interpersonal inadaptado, depresión severa y hasta el suicidio, ya que una vez realizada la reasignación "no importa lo que el médico realice, ésto siempre será erróneo" (Giat, L.; 1984) puesto que lo esperado tras la reasignación no resultó ser lo que se fantaseaba y "la cirugía no resuelve los problemas de inestabilidad personal y el ajuste social" (Lundström, y col.; 1984), aunque las psicoterapias pre y postoperatorias ayudan, no en todos los casos son satisfactorias.

En México la reasignación que se lleva a cabo, en especial en el D.F., es ilícita, los procedimientos antes mencionados no se siguen, las medidas higiénicas tampoco son las indicadas por lo cual los sujetos reasignados terminan suicidándose o con descompensaciones psicóticas o fallecen por infecciones severas.

ETIOLOGIA DEL TRANSEXUALISMO

Existe mayor cantidad de transexuales hombres que mujeres, pero se desconoce mucho sobre la etiología de ésta perversión.

En los estudios realizados en los transexuales, hombre o mujer, se ha observado que genética, hormonal y gonadalmente los sujetos no presentan ninguna anomalía, fueron educados según su sexo anatómico pero su identificación sexual no fue la esperada.

Moustapha Safouan habla sobre el estudio que realizó Stoller con tres niños transexuales y uno de ellos fue tratado psicoanalíticamente por él.

Se ha comentado que en la etapa oral, el niño y la madre forman una unidad simbiótica, porque el bebé aún no se ha diferenciado de su madre, es decir que percibe a su madre como parte de sí mismo y poco a poco se irá separando de ella.

Stoller en su estudio observó que la función paterna estuvo ausente por lo cual el niño vivió muy apegado a su madre resultando "una identificación excesiva con la madre" (Safouan, M. 1985) de manera que el niño vive en simbiosis con ella debido a la incapacidad de la madre para permitir que su hijo se separe de ella.

El niño no llega a diferenciar el Yo y No Yo, sus demandas son satisfechas al instante de manera que no se le llega a frustrar, por lo cual existe "una sensación constante de placer o una ausencia de tensión, lo que hace para él superflua la necesidad de aprender la frontera entre su cuerpo y el cuerpo ma-

terno" (Safouan, M.; 1985).

Este proceso de diferenciación se da antes de los 2 años de vida, luego comienza a imitar para posteriormente identificarse con su madre.

Esta primera Identificación se le llama Identificación - Primaria porque es "la forma más primitiva de lazo afectivo con un objeto" (Laplanche, Pontalis; 1983), y una vez que se da, el niño es capaz de diferenciarse de su madre.

C A P I T U L O I V

**DESARROLLO HISTORICO DEL
TEST DE DIBUJO EN OCHO HOJAS**

**DESARROLLO HISTORICO DEL TEST DE DIBUJO
EN OCHO HOJAS (TDBH) ***

Alrededor de 1947, Leopoldo Caligor se cuestionaba acerca de la información que proporcionaba al clínico el Test de la Figura Humana como instrumento de diagnóstico, planteaba que la carencia de cuantificación en éste Test, así como su interpretación y diagnóstico están abiertos a errores de subjetividad.

Cuando el sujeto realiza los dos dibujos, expresa sobre ellos, algunos planos de conciencia y por ende, probables evasiones, en función de lo cual Caligor creía que si el sujeto realizaba, no sólo dos dibujos, sino una serie de ellos, ocho, y éstos se relacionaban entre sí, el sujeto podía expresar, gráficamente, rasgos de su inconsciente y proyectar su personalidad.

El autor comenzó a realizar varios experimentos, en uno de los ensayos realizados empezó a colocar una hoja de papel transparente encima del dibujo realizado, en donde el sujeto volvería a realizar una figura humana entera y podía agregar, substraer, cambiar o dejar el dibujo que originalmente había hecho, esto lo repetía 7 veces más y cada dibujo estaba relacionado con el que le antecede.

De ésta forma Caligor inventó el actual protocolo para el Test de Dibujo en Ocho Hojas (TDBH) que es un conjunto de dibujos relacionados entre sí, siendo un test de lápiz y papel, sin límite de tiempo para su realización y de aplicación individual o colectiva.

* Eight Card Redrawing Technique (8CRT)

El objetivo primordial del TD8H es el poder resolver el problema de la cuantificación que Caligor observaba en otros test.

El TD8H consiste en una serie de 8 dibujos similares con una relación recíproca al que le antecede. Está formado por un cuadernillo con ocho hojas transparentes tamaño carta, un cartoncillo blanco y una hoja de identificación y cuantificación. Se usa de atrás para adelante de manera que el primer dibujo quede en la última hoja y el octavo en la primera.

Las instrucciones que se le dan al sujeto para que realice el primer dibujo son: "Dibuje una persona entera" (Caligor, L.; 1978), cuando la persona lo termina, el examinador le da vuelta a la otra hoja sobre el dibujo realizado y da las siguientes instrucciones para los dibujos del 2 al 8: "puede hacer usted lo que quiera con ésta figura de persona. Al dibujarla puede agregar algo, quitarle algo, cambiarla o dejarla como está. Solamente deberá hacer otra vez el dibujo de una persona entera" (Caligor, L.; 1978).

Al terminar el dibujo 2, el cartoncillo blanco se coloca entre la hoja 1 y 2, para que sobre éste se realice la tercera figura. Este procedimiento se repite cada vez que el examinado termina una figura hasta llegar a la No. 8. Una vez concluidos los dibujos se llena la hoja de identificación que está al principio del cuadernillo.

Es muy importante que la cartulina blanca sea colocada debajo del dibujo recién terminado para que el sujeto sólo tenga a la vista el dibujo anterior.

Con el TD8H Caligor realizó dos estudios: 1).- La detec--

ción de tendencias paranoides con el Test de Dibujo en Ocho Hojas, y 2).- La determinación de la concepción inconsciente del individuo de su propia identificación la masculinidad y femineidad; para luego intentar, con otro estudio, la cuantificación del Test TD8H.

Para el primer estudio solicitó la ayuda de tres psicólogos que se encargaron de valorar mediante la Técnica de Análisis Clínico "Tendencias Paranoides" (Benton y Probst; 1916) usando el Test de la Figura Humana y el TD8H, aplicado a una población de pacientes esquizofrénicos paranoides hospitalizados. El diagnóstico de la muestra no lo sabían los psicólogos que fungían como jueces. Los resultados encontrados fueron que el 25% de los sujetos mostraban tendencias paranoides tomando como base el Test de la Figura Humana y el 85% usando el TD8H. Este estudio comprobó la utilidad del test dentro del diagnóstico clínico y la riqueza de contenido dinámico que aporta, permitiendo observar una personalidad claramente definida.

En un segundo estudio se demostró la utilidad del TD8H - en evaluaciones objetivas. En ese entonces se agregó una escala Identificación Masculina/Femenina y, en su fundamento, habían - dos aspectos que se podían observar: el sexo de la figura y la madurez física.

Se mencionan dos propósitos que perseguía ese estudio:

" A).- Descubrir si ésta Técnica de Dibujo en verdad mide la - Concepción Inconsciente de su propia Identificación Masculina/ Femenina" (Caligor, L.; 1951) y, B).- Determinar si ésta Concepción Inconsciente puede ser cuantificada.

Se usó una muestra de 121 estudiantes, 59 hombres y 62 mu

jeros, las técnicas empleadas fueron: el TD8H, una selección de láminas del TAT complementándolo con 8 láminas blancas o confusas al que le nombró BCTAT, la escala de M/F del MMPI y retest del TD8H.

Hunt H. (Hunt, H.; 1948) y Benton A. (Benton, A.; 1916) - opinan que la precisión de la prueba MMPI es mucho más alta que aquellas de lápiz y papel.

Se usó el BCTAT, que por ser una prueba proyectiva, serviría para comparar el nivel Inconsciente de Identificación M/F - con el TD8H. Para los porcentajes de ajuste del TD8H se elaboró una escala de 13 puntos que contenía un rango de +3 a -3, con - intervalos de 0.5, en el cual se pudiera ubicar a cada sujeto y para facilitar la computación se creó un puntaje de normas.

Los resultados obtenidos del TD8H sugieren que tanto hombres como mujeres, muestran tendencias evidentes a incrementar los niveles Inconscientes de Identificación masculina o femenina en los dibujos del 5 al 8, lo cual se determinó comparando - los principales porcentajes de ajuste entre ésta prueba y el -- BCTAT.

El incremento de ajuste del BCTAT sugiere que los últimos dibujos son más estables en la medición de constancia de la - - Identificación M/F más que en los primeros. Por lo tanto el TD8H y el BCTAT han demostrado su habilidad no sólo en las constancias de la Identificación Inconsciente de M/F.

Por medio de la escala M/F del MMPI se midió el nivel consciente de Identificación M/F pero los bajos porcentajes de ajuste obtenidos para ambos sexos, se cree que son debido a la evaluación consciente o a un bloqueo emocional.

Algunas conclusiones de éste trabajo son: 1).- Tanto el TD8H como el BCTAT al ser proyecciones de la personalidad pueden ser cuantificados objetivamente. 2).- La prueba TD8H presenta un dibujo dinámico de la personalidad a través de los aspectos gráficos que pueden permanecer constantes o inconstantes y un incremento Inconsciente de Identificación M/F en los últimos dibujos. 3).- La alta precisión del retest TD8H indica la habilidad de la prueba para mostrar un nivel estable de Identificación Inconsciente sobre la M/F.

"La experiencia con éste test, TD8H, siguió demostrando - que sus aspectos estructurales se prestaban a evaluaciones cuantitativas" (Caligor, L.; 1953), por lo cual el autor vio la necesidad de enfrentar al Test a una forma estructural claramente definida. Por el estudio anteriormente mencionado quedó demostrado que el TD8H se podía adaptar a una evaluación cuantitativa y su meta fue entonces "la formación de un fundamento estructural que se pudiera transmitir y que fuera relativamente constante para cualquier persona, y dentro del cual, se pudiera interpretar el contenido" (Caligor, L.; 1953).

De ésta forma Caligor fue elaborando un sistema de puntajes que evaluara aspectos aparentes de los protocolos, confeccionando primero el manual para luego ponerlo a prueba. Así el autor daba inicio a su tercer estudio sobre el Test TD8H al que llamó "Cuantificación del Test de Dibujo en Ocho Hojas" (Caligor, L.; 1953).

La muestra comprendía dos grupos, uno de estudiantes universitarios y otro de esquizofrénicos hospitalizados, 21 sujetos en cada grupo, de ésta forma las poblaciones representaban los extremos de ajuste y contacto con la realidad.

Se usaron 33 factores en este estudio, los cuales están - mencionados en la literatura de Machover (Machover, K.; 1949 y Anderson y Anderson; 1978) y cada uno de ellos fueron calificados con puntajes diferentes, según el grado de presencia, en - puntajes mayores o menores. La escala de puntajes del grupo de estudiantes variaba de 0-6 mientras que el de los hospitaliza-- dos era de 6-66.

Esto demostró que los 33 factores utilizados podían diferenciar los dos grupos a un nivel alto de confianza estadística.

Algunos factores fueron omitidos debido a que sus tendencias y poca claridad demostraron no ser significantes, ante lo cual el autor se planteaba otro estudio, el cual hasta la fecha no ha sido publicado. De manera que la hoja de respuesta quedó conformada por 23 factores con sus respectivos aspectos, dando un total de 35 a calificar. (Ver página 52).

Caligor basó la interpretación del TDSH en el Test de la Figura Humana de Machover, de ahí su importancia para mencionar en qué consiste dicha prueba.

TEST DE LA FIGURA HUMANA

El Test de la Figura Humana de Karen Machover, ha sido -- utilizado para diversos estudios de la personalidad y por diferentes especialistas, demostrando la utilidad del mismo por el tipo de datos que se pueden obtener de él.

Los dibujos realizados por los sujetos son "un testimonio directo de la proyección del sujeto, y no una mera descripción de la misma" (Anderson y Anderson; 1978). El pedirle al sujeto que dibuje una figura humana entera puede ser una oportunidad - para liberar y expresar, dibujando, amplias dimensiones de la - personalidad.

Este test ha sido aplicado a personas normales y con aquellas que demuestran tener alguna patología específica y los rasgos gráficos que se obtienen son tan variados que fue necesario elaborar algunas categorías.

Cada vez que se aplica el test a algún sujeto, en éste influyen aspectos sociales y aspectos inconscientes que se entrelazan para así proyectar el propio Yo. Se crea una figura donde se proyectan aspectos formales y estructurales. En ese dibujo - se proyectan los conflictos y por medio de la interpretación se detectan los significados atribuidos a cada una de las partes - del dibujo. En la imagen corporal dibujada se expresan los deseos profundos del sujeto, sus carencias, defectos y compensaciones o una combinación de los tres aspectos.

Al analizar los dibujos una primera impresión está dada - por la postura y actitud de la figura, al igual por la expresión que tenga en el rostro.

Los conflictos pueden ser expresados de diversas maneras: unos sujetos no desean dibujar, en otro su edad y sexo no concuerdan con los del sujeto, otros sólo dibujan unas partes del cuerpo, errores en la perspectiva, transparencias o desproporciones en determinadas partes del cuerpo. En forma más directa y consciente se pueden expresar los conflictos en los tachones, los borradores o en el refuerzo agresivo en alguna línea.

Se pueden mencionar algunos rasgos estructurales, entre otros están: el tamaño de la figura, la intensidad del trazado, sombreado, refuerzo, presencia de un eje central, posición o actitud de la figura, fondo, exactitud, etc. La misma importancia tiene el contenido de la figura y cada una de las partes del cuerpo, vestido y accesorios.

Al comparar dos figuras, masculina y femenina, se puede obtener información acerca de su actitud respecto al sexo contrario o hacia al propio sexo, y el papel que desempeñan las figuras parentales, en cuanto son la base de la identificación sexual. "El hecho de dibujar una figura del sexo opuesto indica una confusión en la identificación sexual" (Anderson y Anderson 1978), que es una finalidad de la prueba.

C A P I T U L O V

M E T O D O L O G I A

METODOLOGIA

La presente investigación se llevó a cabo en el Centro de Sanciones Administrativas de Integración Social (CSAIS), institución que pertenece a la Dirección General de Reclusorios y - Centros de Readaptación Social, en el D.F.

PROBLEMA

El transexual es aquella persona que está inconforme con su sexo anatómico y por lo tanto desea la reasignación sexual; el varon transexual que solicita la vaginoplastia, desea parecer y ser una mujer, por lo tanto ¿Cuál es la identificación - psicosexual del transexual?

HIPOTESIS DE TRABAJO

La hipótesis de trabajo que sustenta esta investigación es: "Si se aplica la prueba de Caligor (TD8H) en una muestra de varones diagnosticados como transexuales del CSAIS, se mostrarán tendencias sobresalientes a identificarse con el sexo femenino".

HIPOTESIS NULA

"Si se aplica la prueba de Caligor (TD8H) a una muestra - de varones diagnosticados como transexuales del CSAIS, no se - mostrarán tendencias sobresalientes a identificarse con el sexo femenino".

INSTRUMENTOS

Las técnicas que se usaron en esta investigación fueron: el Test de Dibujo de Ocho Hojas (TD8H) de Caligor, que ya fue descrito anteriormente, así como la Entrevista No Dirigida.

ESCENARIO

El escenario de trabajo fue: un cubículo de 3 metros cuadrados, aproximadamente, ubicado dentro del CSAIS.

SELECCION DE LA MUESTRA

Los requisitos que debieron cumplir los sujetos para pertenecer a la muestra fueron:

- Que en su expediente conste el diagnóstico de transexualismo.
- Que estén cumpliendo horas de arresto por prostitución en la vía pública.
- Que en su expediente consten más de cinco arrestos previos y se les haya detenido en 4 o más ocasiones por cometer la misma falta.
- Que no se hayan practicado la vaginoplastia.

PROCEDIMIENTO

Todos los internos, hombres y mujeres, que están en el CSAIS son personas que llegan para cumplir horas de arresto por cometer alguna falta administrativa, como: conducir en estado de ebriedad, prostitución en la vía pública, desacato, entre otros; todos los arrestados son remitidos de diferentes Delegaciones.

Desde que el detenido llega a la Delegación y es presentado ante el Juez, comienza a contar las horas de arresto, de manera que, cuando ingresa al CSAIS ya han transcurrido más de 3 horas de arresto, generalmente.

Una vez que entran al CSAIS los internos son atendidos - por las diferentes áreas de servicio que son: Servicio Médico, Criminología, Psicología, Pedagogía y Trabajo Social; y a todos ellos se les abre expediente. Pero aquellos internos que reinciden y son llevados a dicha Institución en más de 8 ocasiones, - para cumplir horas de arresto, se les llama multireincidentes y sólo a éstos se les aplica un estudio más profundo en cada área de servicio.

Estos multireincidentes tienen un estudio completo en Psicología, que comprende Historia Clínica, Batería de Pruebas, - Diagnóstico, Pronóstico y posible tratamiento. De esta forma se revisaron los expedientes y se elaboró una lista de todos aquellos sujetos que reunían las características para pertenecer a la muestra, reuniendo un total de 63 posibles sujetos.

Cuanto alguno de los enlistados se presentaba en el CSAIS para cumplir horas de arresto, se le llevaba al cubículo para - ser entrevistado bajo la Técnica No Directiva para la recolección de datos necesarios.

Dentro de la Institución, el interno tiene actividades - que cumplir, por lo cual no se disponía de mucho tiempo para - llevar a cabo el trabajo con los sujetos.

La hora en que se trabajó con la muestra no fue constante al igual que el día, ya que en cualquier momento podía ingresar o salir del Centro alguno de los sujetos.

Es de hacer notar que dos meses antes de iniciada ésta investigación, en el CSAIS fue aplicado un Cuestionario sobre - - Prostitución, solo a los multireincidentes, y entre ellos estaba comprendida toda la muestra que se usó para éste estudio, as pecto que posiblemente influyó para que los primeros sujetos se presentaran a la entrevista con una actitud renuente.

Cabe señalar que antes de iniciada ésta investigación la Institución marcó un límite de tiempo para realizar el trabajo con la muestra, esto sumado a que los posibles sujetos no todos los días ingresaban al Centro, reducían las probabilidades de - obtener una muestra grande, de tal forma que ésta, quedó com--- prendida por 9 sujetos.

A cada uno de los sujetos se les asignó una letra para - que su identidad quede en el anonimato y para facilitar la reco lección y manejo de datos. El criterio que se usó fue: el orde-- nar por edades, del menor al mayor, teniendo la letra 'A' el me nor y la 'I' al mayor de ellos. El orden en que fueron entrevi sados fue diferente al que se les asignó.

De la muestra se tuvo que descartar al sujeto 'I', ya que del Test TD8H solo realizó 1 de 8 dibujos, quedando un total de 8 sujetos que conformaron en forma definitiva a la muestra.

Al iniciarse las entrevistas los sujetos 'C' y 'D' se mos traron reticentes a ser entrevistados, probablemente por la lar ga historia de entrevistas de todas las áreas de servicio; pero ésto disminuyó durante el transcurso de la misma, de manera que al iniciarse la aplicación del rest TD8H ellos cooperaron satis factoriamente.

Un día fue el único con el cual se trabajó con 2 sujetos,

los demás días se trabajó con uno y no en forma diaria.

El sujeto 'C' "pasó la voz" de que "la entrevista estaba - tranquila" de manera que el sujeto 'B' no se presentó tan negli gente al cubículo.

Durante la entrevista se les preguntó a todos los sujetos sus datos de identificación como: nombre, sobrenombre, edad y - lugar de nacimiento; también se investigaron datos sobre el - - área familiar, personal, sexual, social y laboral. Toda la muestra cooperó satisfactoriamente al proporcionar datos de su historia, a excepción del sujeto 'B', ya que sus respuestas eran - cortantes y concisas.

Con los sujetos 'F' y 'H' hubo interrupciones en el cubiculo, ésto no se pudo evitar puesto que es un lugar donde labora el personal del CSAIS. Mientras estaba adentro la persona extraña, los sujetos dejaron de conversar y, una vez que se retiraba, seguían hablando sin mostrar cambios.

El tiempo que se trabajó con la muestra fue una entrevista de duración aproximada de 1:30 horas más una hora de aplicación de la prueba, excepto el sujeto 'G', que tuvo varios ingresos, de ahí que sea el único que fue entrevistado en 3 ocasiones, a todas ellas acudió de buen agrado.

Los sujetos 'B', 'C', 'D', 'F', 'G' y 'H' comentaron no saber dibujar, pero accedieron intentar hacer el dibujo "como salga".

Con el sujeto 'H' no fue posible que en un solo momento - se realizara la entrevista y el test, ya que la Institución lo requirió para realizar una de sus actividades, por lo cual el - trabajo se concluyó con una hora de interrupción.

En la aplicación del Test se les dieron las instrucciones y material necesarios a cada sujeto y al estar dibujando ellos seguían platicando de su vida, de manera que durante la aplicación del Test se siguió recolectando datos; esto sucedió con to dos los sujetos.

C A P I T U L O V I

A N A L I S I S D E L O S D A T O S

TRATAMIENTO ESTADISTICO DE LOS DATOS

Una vez recolectados los datos de la entrevista y del Test TDBH, se procedió a analizar a cada uno de ellos en forma cualitativa y cuantitativa.

Todos los datos obtenidos en el Test TDBH fueron tratados estadísticamente. La muestra obtenida para ésta investigación - fue pequeña, de 8 sujetos, debido a sus características, por lo cual fue pertinente utilizar una Prueba No Paramétrica cuyo modelo no especifica las condiciones de los parámetros de la población de la cual se obtuvo la muestra.

Las ventajas de las Pruebas No Paramétricas es que son aplicables a muestras tan pequeñas como $N=6$, son más fáciles de aplicar que las paramétricas y el investigador puede decir de sus sujetos que sí comparten en mayor o menor grado cierta característica, sin especificar la cantidad. Los métodos No Paramétricos son de utilidad para los datos clasificatorios medidos en una escala nominal.

La distribución nominal es la distribución muestral de -- las proporciones observadas en muestras tomadas al azar de una variable dicotómica, del tipo de Bondad de Ajuste" que nos proporciona datos de qué tan razonables es que las proporciones o frecuencias que observamos en nuestra muestra se hayan sacado - de una población específica de P " (Siegel, S.; 1983)

Para probar la hipótesis de trabajo se utilizó la prueba Binomial en el caso de una muestra grande:

$$Z = \frac{(\underline{X} \pm 0.5) - \underline{NP}}{\sqrt{N \cdot \underline{P} \cdot \underline{Q}}}$$

en donde el valor Z obtenido se considera distribuido normalmente con una media a cero y una varianza igual a 1, y ésta aproximación puede ser excelente si se hace la corrección por continuidad que consiste en:

$$\begin{aligned} X + 0.5 & \text{ se usa cuando } X < NP \\ X - 0.5 & \text{ se usa cuando } X > NP \end{aligned}$$

ésta corrección se denomina "Corrección de Yates" (Siegel, S.; 1983).

En este caso la N empleada en la Prueba Binomial fue la - resultante de restar el número de elementos inclasificables de 64 (8 sujetos y cada uno de los dibujos realizados por ellos, - 8x8=64). cada uno de los 35 factores que se calificaron del - TD8H le fue aplicada ésta prueba.

Se ensayó la prueba Binomial para cada factor del Test bajo la siguiente hipótesis general:

$$\begin{aligned} H_0: & P = .75 \\ H_A: & P \neq .75 \end{aligned}$$

donde .75 es la proporción indicada en el marco teórico como cuota inferior de normalidad.

En este caso se está probando la hipótesis de que la proporción en la muestra difiera de la proporción especificada por la teoría como crítica.

La hipótesis de investigación se evaluó de acuerdo al número de contrastes binomiales que resultaron significativos en el sentido de la patología.

De tal forma que se evaluaron 64 dibujos y, de cada uno de ellos, los 35 factores que marca el TD8H, dando un total de 1,240 aspectos calificados.

A continuación se presentan los valores de Z y de tablas de todos los factores calificados, para comparar y determinar - el nivel de patología.

FACTOR	:	<u>1.- Figura parcial o entera.</u>	
IMPLICA	:	<u>Figura parcial revela la disconformidad que el individuo tiene de su cuerpo o falta de sentido de integridad o plenitud corporal.</u>	
DATOS	:	<u>59</u>	NORMAL
		<u>1</u>	PATOLOGICOS
		<u>4</u>	INCLASIFICABLES
VALOR	:	<u>Z = 4.02; P < .0005</u>	
CONCLUSIONES:		<u>Se obtuvo una diferencia no significativa de la P esperada distribuyéndose hacia la normalidad.</u>	

FACTOR	:	<u>2.- Altura de la figura.</u>	
IMPLICA	:	<u>Dibujos fuera de la escala 12.7 a 20.7 cm., indican dificultad de la persona en hacer frente a su medio ambiente.</u>	
DATOS	:	<u>35</u>	<u>NORMAL</u>
		<u>19</u>	<u>PATOLOGICOS</u>
		<u>10</u>	<u>INCLASIFICABLES</u>
VALOR	:	<u>Z = -1.57; Δ P < .10</u>	
CONCLUSIONES	:	<u>Se obtuvo una diferencia significativa de la P esperada distribuyéndose ligeramente hacia la patología.</u>	

FACTOR	:	<u>3.- Ubicación: arriba-centro-abajo.</u>	
IMPLICA	:	<u>Revela la capacidad para hacer frente al medio ambiente en forma adecuada o inadecuada.</u>	
DATOS	:	<u>32</u>	<u>NORMAL</u>
		<u>32</u>	<u>PATOLOGICOS</u>
		<u>0</u>	<u>INCLASIFICABLES</u>
VALOR	:	<u>Z = -4.47; Δ P < .0005</u>	
CONCLUSIONES	:	<u>Se obtuvo una diferencia significativa de la P esperada distribuyéndose hacia la patología.</u>	

FACTOR : 4.- Ubicación: izquierda-centro-derecha.
 IMPLICA : Revela la capacidad para hacerle frente al medio ambiente en forma adecuada o inadecuada.

 DATOS : 38 NORMAL
22 PATOLOGICOS
4 INCLASIFICABLES
 VALOR : Z = -1.93; P < .05
 CONCLUSIONES : Se obtuvo una diferencia significativa de la P esperada distribuyéndose hacia la patología.

FACTOR : 5.- Frente de la cabeza.
 IMPLICA : Modo característico del individuo de hacer frente a un medio ambiente que él imagina como una amenaza o desaffo.

 DATOS : 48 NORMAL
12 PATOLOGICOS
4 INCLASIFICABLES
 VALOR : Z = .74; P < .10
 CONCLUSIONES : Se obtuvo una diferencia no significativa de la P esperada distribuyéndose hacia la normalidad.

FACTOR : 6.- Angulo del cuerpo.
 IMPLICA : Refleja la estabilidad en relación con el medio ambiente.

DATOS : 33 NORMAL
 25 PATOLOGICOS
 6 INCLASIFICABLES

VALOR : Z = -3.03; P < .005

CONCLUSIONES : Se obtuvo una diferencia significativa de la P esperada distribuyéndose hacia la patología.

FACTOR : 7.- Proporciones: altura.
 IMPLICA : Dificultad en mantener el equilibrio entre sus impulsos y el dominio de ellos. Forma de defensa que utiliza la persona.

DATOS : 35 NORMAL
 23 PATOLOGICOS
 6 INCLASIFICABLES

VALOR : Z = -2.42; P < .005

CONCLUSIONES : Se obtuvo una diferencia significativa de la P esperada distribuyéndose hacia la patología.

FACTOR : 8.- Proporciones: anchura.
IMPLICA : Dificultad en mantener el equilibrio
entre sus impulsos y el dominio de -
ellos. Forma de defensa que utiliza
la persona.
DATOS : 20 NORMAL
38 PATOLOGICOS
6 INCLASIFICABLES
VALOR : Z = -6.97; \sphericalangle P < .0005
CONCLUSIONES : Se obtuvo una diferencia significati-
va de la P esperada distribuyéndose -
hacia la patología.

FACTOR : 9.- Posición del cuerpo.
IMPLICA : Concepto propio y un modo de actuar
con los demás, pasivo y dependiente.
DATOS : 52 NORMAL
1 PATOLOGICOS
11 INCLASIFICABLES
VALOR : Z = 3.73; \sphericalangle P < .0005
CONCLUSIONES : Se obtuvo una diferencia no significa-
tiva de la P esperada distribuyéndose
hacia la normalidad.

FACTOR : 10.- Sexo de la figura.
IMPLICA : Figuras del sexo contrario revelan inquietud o disconformidad con su identificación o papel sexual. El neutro denota un concepto propio sexual más perturbado.
DATOS : 1 NORMAL
58 PATOLOGICOS
5 INCLASIFICABLES
VALOR : $Z = -12.73$; $P < .0005$
CONCLUSIONES : Se obtuvo una diferencia significativa de la P esperada distribuyéndose hacia la patología.

FACTOR : 11.- Madurez física.
IMPLICA : Los dibujos de niños o infantes indican disconformidad con el papel de -- adulto.
DATOS : 34 NORMAL
17 PATOLOGICOS
13 INCLASIFICABLES
VALOR : $Z = -1.21$; $P > .10$
CONCLUSIONES : Se obtuvo una diferencia poco significativa de la P esperada distribuyéndose ligeramente hacia la patología.

FACTOR : 12.- Transparencias evidentes.

IMPLICA : Cuando dos o más dibujos presentan transparencias esto indica una aplicación pobre de la inteligencia y de la crítica de su actuación.

DATOS : 50 NORMAL
11 PATOLOGICOS
3 INCLASIFICABLES

VALOR : $Z = 1.10; P > .10$

CONCLUSIONES : Se obtuvo una diferencia no significativa de la P esperada distribuyéndose hacia la normalidad.

FACTOR : 13.- Borrado.

IMPLICA : La ausencia de borrado refleja una limitación de las facultades correctivas y críticas, un posible criterio pobre de la realidad y una posible reacción lábil al estímulo.

DATOS : 8 NORMAL
56 PATOLOGICOS
0 INCLASIFICABLES

VALOR : $Z = -11.70; P < .0005$

CONCLUSIONES : Se obtuvo una diferencia significativa de la P esperada distribuyéndose hacia la patología.

FACTOR : 14.- Fuera del margen.
 IMPLICA : La presencia de dibujos que se salen del margen - indica poca habilidad para orientarse en el medio ambiente, bajas facultades críticas y correctivas, poca acentuación del estímulo ambiental y un exceso en el estímulo de la fantasía.
 DATOS : 63 NORMAL
 1 PATOLOGICOS
 0 INCLASIFICABLES
 VALOR : Z = 4.18; P < .0005
 CONCLUSIONES : Se obtuvo una diferencia no significativa de la P esperada distribuyéndose hacia la normalidad.

FACTOR : 15.- Continuidad: superposición.
 IMPLICA : La mayoría de las personas siguen el bosquejo del dibujo anterior. Las personas que lo ignoran indican su tendencia a eludir y escaparse de sus dificultades en forma consciente. Usan la negación como forma de eliminar sus problemas.
 DATOS : 2 NORMAL
 62 PATOLOGICOS
 0 INCLASIFICABLES
 VALOR : Z = -13.13; P < .0005
 CONCLUSIONES : Se obtuvo una diferencia significativa de la P esperada distribuyéndose hacia la patología.

FACTOR : 16.- Continuidad: movimiento-quietud.
IMPLICA : El movimiento es indice de un potencial
intenso del individuo, más flexible y -
acomodado.

DATOS : 1 NORMAL
57 PATOLOGICOS
6 INCLASIFICABLES

VALOR : Z = -12.73; P <.0005

CONCLUSIONES : Se obtuvo una diferencia significativa
de la P esperada distribuyéndose hacia
la patología.

Continuidad: aprovechamiento del

FACTOR : 17.- dibujo anterior.
IMPLICA : Refleja absorción por la fantasía de -
una naturaleza intensa y anticipada y -
una tendencia a pasar por alto la reali-
dad.

DATOS : 64 NORMAL
0 PATOLOGICOS
0 INCLASIFICABLES

VALOR : Z = 4.47; P <.0005

CONCLUSIONES : Se obtuvo una diferencia no significati-
va de la P esperada distribuyéndose hacia
la normalidad.

FACTOR : 18.- Fondo: número de dibujos.
IMPLICA : Cuanto mayor es el número de dibujos con fondo,
utiliza la operación de afianzamiento tratando
de reducir la inquietud sobre la actuación pro-
pia al realizar algo.
DATOS : 60 NORMAL
2 PATOLOGICOS
2 INCLASIFICABLES
VALOR : $Z = 3.81; P < .0005$
CONCLUSIONES : Se obtuvo una diferencia no significa-
tiva de la P esperada distribuyéndose
hacia la normalidad.

FACTOR : 19.- Fondo: cantidad.
IMPLICA : Cuanto mayor es la cantidad de fondo,
utiliza la operación de afianzamiento
tratando de reducir la inquietud pro-
pia al realizar algo.
DATOS : 60 NORMAL
2 PATOLOGICOS
2 INCLASIFICABLES
VALOR : $Z = 3.81; P < .0005$
CONCLUSIONES : Se obtuvo una diferencia no significa-
tiva de la P esperada distribuyéndose
hacia la normalidad.

FACTOR : 20.- Fondo: tipo.
IMPLICA : Nos indica la forma que tiene el sujeto de fiscalizar su ansiedad en su actuación.

DATOS : 61 NORMAL
1 PATOLOGICOS
2 INCLASIFICABLES
VALOR : Z = 4.10; α P < .0005
CONCLUSIONES : Se obtuvo una diferencia no significativa de la P esperada distribuyéndose hacia la normalidad.

FACTOR : 21.- Relleno del cuerpo: tipo.
IMPLICA : Refleja un mínimo de autoconsciencia intelectual y realista del propio Yo y de su acción en general.

DATOS : 58 NORMAL
1 PATOLOGICOS
5 INCLASIFICABLES
VALOR : Z = 3.98; α P < .0005
CONCLUSIONES : Se obtuvo una diferencia no significativa de la P esperada distribuyéndose hacia la normalidad.

FACTOR : 22.- Relleno del cuerpo: minuciosidad.
IMPLICA : Refleja conflicto en el aspecto de la
represión intelectual de la ansiedad por el -
concepto de propio Yo y su acción en general,
Dificultad en el manejo de la sensualidad.
DATOS : 13 NORMAL
47 PATOLOGICOS
4 INCLASIFICABLES
VALOR : $Z = -9.39; \alpha P < .0005$
CONCLUSIONES : Se obtuvo una diferencia significativa
de la P esperada distribuyéndose hacia
la patología.

FACTOR : 23.- Relleno del cuerpo: densidad.
IMPLICA : Indica los mismos significados cataloga-
dos para relleno de cuerpo: tipo y minu-
ciosidad.
DATOS : 8 NORMAL
51 PATOLOGICOS
5 INCLASIFICABLES
VALOR : $Z = -10.74; \alpha P < .0005$
CONCLUSIONES : Se obtuvo una diferencia significativa
de la P esperada distribuyéndose hacia
la patología.

FACTOR : 24.- Calidad de líneas: tipo.
 IMPLICA : Capacidad para el manejo de la ansiedad.

 DATOS : 0 NORMAL
 64 PATOLOGICOS
 0 INCLASIFICABLES
 VALOR : $Z = -13.71; P < .0005$
 CONCLUSIONES : Se obtuvo una diferencia significativa
 de la P esperada distribuyéndose hacia
 la patología.

FACTOR : 25.- Calidad de líneas: refuerzo.
 IMPLICA : El uso de líneas adicionales es indica-
 tivo de la preocupación de la persona -
 con referencia a su actuación en el me-
 dio ambiente.
 DATOS : 4 NORMAL
 56 PATOLOGICOS
 4 INCLASIFICABLES
 VALOR : $Z = -12.07; P < .0005$
 CONCLUSIONES : Se obtuvo una diferencia significativa
 de la P esperada distribuyéndose hacia
 la patología.

FACTOR : 26.- Calidad de líneas: temblor.
IMPLICA : El temblor refleja la presencia de ansie-
dad transmitida físicamente.

DATOS : 52 NORMAL
8 PATOLOGICOS
4 INCLASIFICABLES

VALOR : $Z = 1.93; P < .05$
CONCLUSIONES : Se obtuvo una diferencia no significati-
va de la P esperada distribuyéndose ha-
cia la normalidad.

FACTOR : 27.- Calidad de las líneas: unión.
IMPLICA : Refleja la capacidad de la persona para
diferenciarse del medio de una manera -
integrada.

DATOS : 0 NORMAL
60 PATOLOGICOS
4 INCLASIFICABLES

VALOR : $Z = -13.26; P < .0005$
CONCLUSIONES : Se obtuvo una diferencia significativa
de la P esperada distribuyéndose hacia
la patología.

FACTOR : 28.- Calidad de líneas: presión.
IMPLICA : Refleja la cantidad de energía y fuerza
transmitida por su característico modo -
de comportarse.

DATOS : 37 NORMAL
23 PATOLOGICOS
4 INCLASIFICABLES

VALOR : $Z = -2.23; P < .025$

CONCLUSIONES : Se obtuvo una diferencia significativa
de la P esperada distribuyéndose hacia
la patología.

FACTOR : 29.- Simetría: horizontal.
IMPLICA : Indica dificultad en el controlador de
impulsos y del estímulo.

DATOS : 50 NORMAL
10 PATOLOGICOS
4 INCLASIFICABLES

VALOR : $Z = 1.34; P < .10$

CONCLUSIONES : Se obtuvo una diferencia no significa-
tiva de la P esperada distribuyéndose
hacia la normalidad.

FACTOR : 30.- Simetría: derecha-izquierda.
IMPLICA : Indica dificultades en el controlador
de impulsos y al estímulo y la manera
de enfrentar esas dificultades.

DATOS : 33 NORMAL
17 PATOLOGICOS
14 INCIASIFICABLES

VALOR : $Z = -2.02; P < .10$

CONCLUSIONES : Se obtuvo una diferencia significativa
de la P esperada distribuyéndose hacia
la patología.

FACTOR : 31.- Vestimenta: cantidad.
IMPLICA : Refleja narcisismo y exhibicionismo.

DATOS : 37 NORMAL
12 PATOLOGICOS
5 INCIASIFICABLES

VALOR : $Z = -2.02; P < .025$

CONCLUSIONES : Se obtuvo una diferencia significativa
de la P esperada distribuyéndose hacia
la patología.

FACTOR : 32.- Ojos; especificación detalles.
IMPLICA : Refleja la represión, negación y evasión
hacia la proyección, como modo de enfren
tar los tropiezos con la realidad.

DATOS : 31 NORMAL
23 PATOLOGICOS
10 INCLASIFICABLES

VALOR : Z = -2.82; P < .005

CONCLUSIONES : Se obtuvo una diferencia significativa
de la P esperada distribuyéndose hacia
la patología.

FACTOR : 33.- Acentuación de la anatomía.
IMPLICA : Indica narcisismo y exhibicionismo.

DATOS : 52 NORMAL
7 PATOLOGICOS
5 INCLASIFICABLES

VALOR : Z = 2.17; P < .025

CONCLUSIONES : Se obtuvo una diferencia no significati
va de la P esperada distribuyéndose ha--
cia la normalidad.

FACTOR : 34.- Arte.
 IMPLICA : Indica talento, aprendizaje y experien-
cias; y un rendimiento artistico extre-
madamente limitado síntoma de grave per-
turbación.
 DATOS : 45 NORMAL
15 PATOLOGICOS
4 INCLASIFICABLES
 VALOR : Z = -.4; P > .10
 CONCLUSIONES : Se obtuvo una diferencia poco signifi-
cativa de la P esperada distribuyéndo-
se hacia la normalidad.

FACTOR : 35.- Omisiones.
 IMPLICA : Criterio debilitado y un declive en
la eficiencia intelectual.
 DATOS : 0 NORMAL
59 PATOLOGICOS
5 INCLASIFICABLES
 VALOR : Z = -13.45; P < .0005
 CONCLUSIONES : Se obtuvo una diferencia significati-
va de la P esperada distribuyéndose -
hacia la patología.

Analizados los puntajes, se observa que existe una tendencia significativa hacia la patología de los 35 factores calificados, ya que 20 de ellos se distribuyen en la dirección antes mencionada, 13 hacia la normalidad y 2 son poco significativos.

F A C T O R	Normalidad	Poco Significativa	Patológico
1.- Figura	4.02	--	--
2.- Altura de la figura	--	--	- 1.57
3.- Ubicación: A-C-AB	--	--	- 4.47
4.- Ubicación: I-C-D	--	--	- 1.93
5.- Frente de la cabeza	.74	--	--
6.- Angulo del cuerpo	--	--	- 3.03
7.- Proporciones: altura	--	--	- 2.42
8.- Proporciones: anchura	--	--	- 6.97
9.- Posición del cuerpo	3.73	--	--
10.- Sexo de la figura	--	--	- 12.73
11.- Madurez física	--	- 1.21	--
12.- Transparencias evidentes	1.10	--	--
13.- Borrado	--	--	- 11.70
14.- Fuera de la figura	4.18	--	--
15.- Continuidad: superposición	--	--	- 13.13
16.- Continuidad: movimiento y quietud	--	--	- 12.73
17.- Continuidad: aprov. dib. ant.	4.47	--	--
18.- Fondo: número de dibujos	3.81	--	--
19.- Fondo: cantidad	3.81	--	--
20.- Fondo: tipo	4.10	--	--
21.- Relleno de cuerpo: tipo	3.98	--	--
22.- Relleno de cuerpo: minuciosidad	--	--	- 9.39
23.- Relleno de cuerpo: densidad	--	--	- 10.74
24.- Calidad de líneas: tipo	--	--	- 13.71
25.- Calidad de líneas: refuerzo	--	--	- 12.07
26.- Calidad de líneas: temblor	1.93	--	--
27.- Calidad de líneas: unión	--	--	- 13.26
28.- Calidad de líneas: presión	--	--	- 2.23
29.- Simetría: horizontal	1.34	--	--
30.- Simetría: derecha-izquierda	--	--	- 2.02
31.- Vestimenta: cantidad	--	--	- 2.02
32.- Ojos: especificación detalles	--	--	- 2.82
33.- Acentuación de la anatomía	2.17	--	--
34.- Arte	--	- 0.4	--
35.- Omisiones	--	--	- 13.45

Por lo cual se puede concluir que de acuerdo a los puntajes obtenidos, nuestra población estudiada presenta una diferencia significativa hacia la patología sobre la P esperada en el factor 8 de -12.73, que marca la Identificación Psicosexual.

De manera que, si se acepta el diagnóstico de Transexualismo que se le dio a la muestra en el CSAIS, sí se acepta la H_c .

Realizado el diagnóstico diferencial y observado que la muestra está mal diagnosticada, y se encuentra bajo el rubro de Homosexual-transvesti, ni se aceptan ni se rechazan las hipótesis debido a que el diagnóstico es incorrecto. Solo bajo el diagnóstico diferencial realizado, de Homosexual-Transvesti, podemos aceptar la H_c en la cual se confirma en forma significativa que el 62.5% de la muestra manifiesta Identificación Femenina y el 37.5% de ella denota Confusión en su Identificación Sexual.

Enseguida se continuará con la presentación de los datos obtenidos en la Entrevista y el análisis cualitativo del Test - TD8H.

ANÁLISIS CUALITATIVO DE CASOS

SUJETO: 'A'

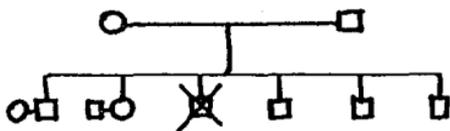
Edad : 21 años

Lugar de Nacimiento: México, D.F.

Sobrenombre: Jeniffer

Diagnóstico del CSAIS: Transexualismo.

La familia está compuesta por: padres y 6 hijos, siendo el tercero de ellos.



Siempre ha vivido con su familia que lo ha tratado "bien". Recuerda que de chico sus padres no les pegaban a sus hijos "solo en raras ocasiones sucedió ésto, a mí me pegaron por estar - de insoportable" al decir de él. Con su padre casi no convivía porque "su trabajo no se lo permitía" solo los fines de semana, el domingo cuando salía a pasear la familia.

Con su madre platicaba mucho, le ayudaba en los quehaceres del hogar o la acompañaba al mercado. "Cuando la acompañaba al mercado los señores siempre me confundían me decían señorita" al decir de él por sus amaneramientos y porque portaba el cabello ligeramente largo. Cuando por enfermedad faltaba a la escuela la su madre estaba todo el día con él "era su consentido".

Con sus hermanos nunca jugaba "porque ellos eran muy bruscos y yo no, mi preferida era mi hermana". Con ella jugaba a -- "la comidita, a la mamá, al avión y la cuerda" y asistía con -- ella a sus fiestas. Ella lo defendía de otros niños si lo agredían.

A su madre y a su hermana les tiene mucha confianza "a -- ellas les cuento todas mis cosas" reporta el sujeto.

Cuando sus padres se dieron cuenta de sus "ademanos homosexuales" no le dijeron nada, lo mismo que sus hermanos "siempre me aceptaron como soy".

Sus familiares, tíos y primos, le notaron, desde los 8 años, sus tendencias homosexuales y ellos hablaron con sus padres "pero ellos les decían que ni modo, que así me querían por que era su hijo". Sus familiares nunca le dijeron a él nada sobre ese tema.

Cuando se comienza a vestir de mujer, 15 años, su familia no le dice nada, "mi padre me dijo que no me hiba a correr de la casa pues era su hijo".

El sujeto dice estar consciente de que es un hombre vestido de mujer, pero "soy femenino, no igual que esas locas que se menean tanto y luego las sacan al balcón" refiriéndose a los otros internos.

Siente que su familia, maestros y conocidos siempre lo han querido y que a nadie le cae mal. Se describe a sí mismo como "buena gente, tranquilo pero sé responder con agresión si me están molestando o para defenderme", y a su familia la percibe como "buenas gentes que me comprenden".

Sus amistades son gente que en la mañana son hombres con profesión y en la noche se visten de mujer, "como yo", con ellos sale a fiestas o reuniones. Comenta que "ando con gente como yo porque la demás no nos entiende, nos critica y siempre hablan mal de nosotros sin conocernos".

A los 8 años tuvo su primera experiencia homosexual y fue satisfactoria, su pareja era mayor que él, tenía 15 años, esta relación duró 3 años. Luego continuó teniendo relaciones homosexuales con otros muchachos.

A los 15 años comienza a vestirse de mujer y a los 17 se

inyecta silicón en los senos, "esto no quería mi mamá, pero luego me comprendió y no se opuso". Actualmente cuenta con pareja desde hace 3 años, conoce a la familia de él, y "ellos me aceptan vestido de mujer", no desea operarse.

Niega dedicarse a la prostitución y siempre que lo llevan al Centro es "porque voy por mis 'amigas' que trabajan por ingresos y me traen para acá, pero yo no trabajo vendiendo mi cuerpo".

Concluyó sus estudios de primaria y secundaria, desertó - en 2ª semestre de preparatoria porque "no estudiaba, solo iba al cotorreo". Cursó un año para ser estilista. Comenta que sus maestros siempre "han sido buena onda conmigo, me comprendían y me ayudaban". Dice ser una persona que sabe mucho "porque entiendo palabras que otra gente no conoce". Desea seguir trabajando de estilista y disfrutar de la vida con su novio.

Consume marihuana, alcohol y el cigarro pero en forma "ocasional", también ha llegado a probar 'chochos' y le ha hecho al activo (inhalante).

Examen Mental:

Sujeto de sexo masculino, de edad cronológica de 21 años y edad aparente de 30 años, delgado, mide 1.75 mts. aproximadamente. Cojea de la pierna izquierda. Cabello teñido de color rojo y ligeramente largo.

Orientado en: tiempo, persona y espacio, curso del discurso coherente pero no congruente, tiempo de pensamiento lento, - contenido de pensamiento sin trastorno, afectividad acorde al -

discurso, sensopercepción sin alteración, comprensión con alteración (se contradice y demuestra falta de comprensión) y atención dispersa.

ANALISIS CUALITATIVO DEB TEST TD8H

- 1).- Adecuado sentido de integridad y plenitud corporal.
- 2).- Leve tendencia a supervalorar el medio ambiente y una disminución del Yo; intenta evadir los estímulos del medio ambiente; puede reaccionar con sumisión, ansiedad o agresión.
- 3).- Leve inquietud e inseguridad al hacer frente al medio ambiente; tendencia débil a la fantasía, a rechazar o a retraerse ante las exigencias del medio.
- 4).- Sin interpretación.
- 5).- Sin interpretación.
- 6).- Sin interpretación.
- 7).- Sin interpretación.
- 8).- Tendencia a la fantasía y disminución de la crítica; dificultad en el control de impulsos y para aplicar con eficacia la capacidad intelectual.
- 9).- Sin interpretación.
- 10).- Inquietud y disconformidad con su identidad y papel se---xual con tendencia a la confusión sexual y a identificarse con el rol femenino.
- 11).- Sin interpretación.
- 12).- Aplicación pobre de la inteligencia y de la crítica de su actuación; criterio pobre de la realidad.
- 13).- Escasas facultades críticas al enfrentarse a las exigen--cias del medio ambiente; sentido pobre de la realidad; po

ca tolerancia a las frustraciones y responde de manera impulsiva y lábil al estímulo ambiental.

- 14).- Sin interpretación.
- 15).- Intenta eludir la espontaneidad emocional; temor a relacionarse y tiene mucho que esconder; rechazo al estímulo ambiental.
- 16).- Sin interpretación.
- 17).- Sin interpretación.
- 18).- Sin interpretación.
- 19).- Sin interpretación.
- 20).- Sin interpretación.
- 21).- Leve consciencia de conocimiento intelectual y realista - del propio Yo y su acción en general; retraimiento, ansiedad y dependencia.
- 22).- Tendencia o falta de represión intelectual de la ansiedad, a la impulsividad o sumisión; se deprime fácilmente.
- 23).- Intento cuidadoso y controlado de restricción del propio Yo al tratar con la ansiedad; reacción no espontánea y -- evasiva a las necesidades sensoriales táctiles.
- 25).- Preocupación; ansiedad y conflicto sobre el propio nivel de actuación. Necesidad de aislarse y protegerse del medio ambiente, indicativo de su necesidad de respaldar su nivel de acción amenazado por la ansiedad.
- 26).- Sin interpretación.
- 27).- Gran preocupación por su concepto de la realidad; necesita un aislamiento de sí mismo del medio ambiente, definitivo y minucioso para reforzar la realidad; necesidad excesiva de controlar los impulsos y la integración.
- 28).- Sin interpretación.
- 29).- Sin interpretación.
- 30).- Sin interpretación.
- 31).- Tendencia al exhibicionismo y narcisismo pero expresado - en forma socialmente aceptable.

- 32).- Sin interpretación.
- 33).- Sin interpretación.
- 34).- Distorsión primitiva y severamente perceptiva del concepto de su propio cuerpo y su relación con el medio ambiente; - severa limitación del sentido de realidad.
- 35).- Evade su realidad; sensible a la crítica; dificultad para relacionarse; inestabilidad e inseguridad.

R E S U M E N

Se percibe dificultad en el esquema corporal a pesar de - que en algunos de sus dibujos ejecuta la figura completa existiendo una distorsión severa de su propio cuerpo.

Evade a su medio ambiente que percibe agresivo, reaccionando ante él con impulsividad, agresión, retraimiento, ansiedad o regresiones. También usa la fantasía para evadir los estímulos y para protegerse del ambiente que considera hostil, muestra disminución del Yo.

Escasa capacidad de crítica e intelectual al enfrentarse a su medio.

Manifiesta disconformidad con su identidad y papel sexual y se muestra disconforme con vivir la etapa de adulto prefiriendo la infantil en la cual se sintió protegido y no tan amenazado. Se identifica con el rol femenino.

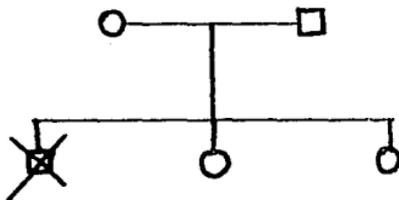
Se sospecha de organicidad por el tipo de trazo ante el - test y por su discurso en la entrevista.

DIAGNOSTICO PROBABLE

Homosexual travesti con probable organicidad. Farmacodependiente.

SUJETO : 'B'
Edad : 21 años
Lugar de nacimiento: Estado de México
Sobrenombre: Leticia
Diagnóstico del CSAIS: Transexualismo.

La familia está compuesta por: padres y 3 hijos, siendo el primogénito.



Comenta que su madre siempre fue más "incomprensible", - les pegaba a sus hijos por todo "no me comprendía". De su padre casi no lo recuerda, solo sabe que por problemas entre sus padres él se tuvo que ir a vivir con sus abuelos maternos durante un año, de los 8 a los 9 años.

Con su hermana se llevaba bien, jugaba con ella a la "comidita, a las muñecas y a la mamá". Su hermana menor todavía no nacía.

Con sus abuelos, la abuela no lo dejaba hacer nada "decía que el trabajo de campo era muy pesado para mí y no hacía nada", sus obligaciones eran ayudarla en los quehaceres del hogar, - acompañarla a las compras y hacer la comida "ella me quería mucho". Su abuelo se comenzó a dar cuenta de sus tendencias homosexuales y él quería que lo ayudara en el campo, pero la abuela lo protegía "y no dejaba que mi abuelo me llevara a ayudarlo".

Viviendo con sus abuelos es violado por un tío que lo ameznó para que no les dijera nada a ellos, luego el hermano de su tío también lo viola y recibe amenazas para no decir nada a nadie "eso no lo sabe mi mamá, la lastimaría mucho saber que su familia fue capaz de abusar de mí estando chico" al decir de él.

Al regresarse con su madre ya no estaba su papá, pero su madre "ya casi tenía a mi hermana". Con ellas se lleva bien y se ayudaban mucho.

Desde los 11 años comenzó a sentir atracción por los hombres, a esa misma edad, se dedica a vender periódico, porque no tenían suficiente dinero en su casa. A los 15 años trabajó en un restaurante lavando platos. A esa edad su madre se da cuenta, que desde hacía tiempo, tenía relaciones homosexuales; discuten mucho, por lo cual el sujeto decide salirse de su casa.

Durante 3 años vive en un hotel con unos amigos pero decide ir a pedirle perdón a su mamá, ella accede y le pide que regrese con ella y acepta.

A los 17 años se viste, ocasionalmente, de mujer "pero eso me hacía sentirme ridículo" y hasta los 19 años lo hace diariamente y todo el día.

Desde los 19 años se dedica a la prostitución por lo cual decide abandonar la casa materna. A su familia la visita con - frecuencia.

Recuerda que "cuando tenia 13 ó 14 años mi mamá me llevó al médico porque me estaban creciendo los senos y el doctor nos dijo que era porque tenia más homonas femeninas, me mandó un - tratamiento que nunca hice".

Actualmente se inyecta silicón en los senos "por las in--yecciones y lo de las homonas me han ayudado a que mis senos - sean grandes. Ninguna otra de las que están afuera los tiene co mo los míos".

Convive con amigos "en el cotorreo, y son igual que yo". Consume marihuana, 'chochos', alcohol, thinner, "le hago de todo" al decir de él.

Examen mental:

Sujeto de sexo masculino, edad aparente igual a la cronológica; pesa 70 kgr. y mide 1.64 mt. aproximadamente. Cabello - largo y voz aguda.

Orientado en: tiempo, persona y espacio; curso del discurso coherente y congruente, tiempo del pensamiento normal, contenido del pensamiento sin alteraciones, afectividad acorde al - discurso, sensopercepción sin trastornos, comprensión sin alteraciones y atención sin trastornos.

ANALISIS CUALITATIVO DEL TEST TD8H

- 1).- Adecuado sentido de integridad y plenitud corporal.
- 2).- Tendencia a supervalorar a su medio ambiente; puede reaccionar con sumisión, ansiedad o regresiones.
- 3).- Tendencia a la inquietud e inseguridad al hacer frente - al medio ambiente, a la fantasía, a retraerse o a rechazar las exigencias del medio ambiente; la descarga del - impulso se puede ver controlada por la fantasía; baja tolerancia a la ansiedad.
- 4).- Intenta eludir el impacto del medio ambiente por medio - de la evasión; el estímulo de la fantasía es fuerte mien- tras que el del medio ambiente es débil; inseguridad pa- ra enfrentar el medio ambiente.
- 5).- Sin interpretación.
- 6).- Sin interpretación.
- 7).- Tendencia al uso de la fantasía y disminución de los po- deres críticos y correctivos; disminución en el control de impulsos, acción impulsiva.
- 8).- Leve tendencia a la fantasía y a la disminución de los - poderes críticos; leve dificultad en el control de impul- sos.
- 9).- Sin interpretación.
- 10).- Inquietud y disconformidad con su identidad y papel se- xual, se identifica con el papel femenino.
- 11).- Sin interpretación.
- 12).- Sin interpretación.
- 13).- Escasas facultades críticas para enfrentarse a las exi- gencias del medio ambiente; sentido pobre de la realidad; poca tolerancia a las inquietudes frustradas; responde - de manera impulsiva y lábil a los estímulos.
- 14).- Sin interpretación.

- 15).- Tendencia a reducir la espontaneidad y a relacionarse.
- 16).- Recursos rígidos y primitivos de la personalidad.
- 17).- Sin interpretación.
- 18).- Sin interpretación.
- 19).- Sin interpretación.
- 20).- Sin interpretación.
- 21).- Patología, bloqueo o pérdida de controles ambientales, - conocimiento realista disminuido del propio Yo y de las dificultades del medio ambiente; retraimiento.
- 22).- Refleja intento de represión de la ansiedad mediante el intelecto o la fantasía.
- 23).- Gran descenso de la eficiencia intelectual; un conocimiento disminuido del propio Yo; retraído, impulsivo y ansioso.
- 24).- Capacidad para manejar la ansiedad y fiscalizar la impulsividad presente para que no se salga del controlador.
- 25).- Preocupación, ansiedad y conflicto sobre el propio nivel de actuación. Necesidad de aislarse y protegerse del medio ambiente.
- 26).- Sin interpretación.
- 27).- Gran preocupación por su concepto de realidad; necesidad de aislamiento de sí mismo del medio ambiente, definitivo y minucioso para reforzar la realidad. Necesidad excesiva para controlar impulsos y la integridad.
- 28).- Leve tensión interna; posible agresión y necesidad de reforzar la realidad.
- 29).- Intenta controlar sus impulsos.
- 30).- Leve intento de eludir la expresión de sus impulsos, con tenerlos o permitir solo reacciones débiles.
- 31).- Refleja exhibición y narcisismo.
- 32).- Sin interpretación.
- 33).- Refleja cierto grado de exhibicionismo y narcisismo.
- 34).- Sin interpretación.

35).- Sensible a la crítica, dificultad en el control de impulsos; evade la realidad; inestabilidad e inseguridad, dificultad sexual.

R E S U M E N

El sujeto evade su realidad, se protege del medio ambiente que percibe hostil mediante la fantasía, evasión, represión y retraimiento. Se percibe dificultad en el control de impulsos y de la ansiedad debido a una disminución del Yo.

Manifiesta disconformidad con su papel sexual identificándose con el rol femenino, denota preocupación por los impulsos sexuales, (ver apéndice A).

Inestable, inseguro, agresivo y dificultad para relacionarse con otras personas y con su medio ambiente.

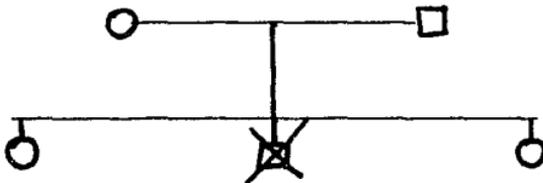
Disminución en la capacidad de crítica para enfrentarse a su ambiente, no usando su intelecto para enfrentarlo.

DIAGNOSTICO PROBABLE

El que el sujeto se identifique con la figura femenina - no es un requisito único para ser diagnosticado como transexual y por la escasa información que se obtuvo se puede decir que el sujeto presenta homosexualidad-transvestismo y farmacodependencia.

SUJETO: 'C'
Edad : ~ 22 años
Lugar de nacimiento: México, D.F.
Sobrenombre: Claudia
Diagnóstico del CSAIS: Transexualismo.

La familia está formada por: madre, padre finado y 3 hijos siendo el segundo de ellos.



De pequeño vivió con sus padres, recuerda que su madre - lo protegía mucho de los regaños o golpes que le daba su padre. Desde que era pequeño su padre le comenzó a notar ciertos ademanes homosexuales, "como caminaba o hablaba" y por eso discutían mucho los padres.

Cuando el sujeto tenía 9 años sus padres querían divorciarse y por ese motivo, al decir de él, ingresa a un internado de varones y su hermana mayor a uno de mujeres. Dentro del internado "me sentía muy mal, como abandonado" su madre lo visitaba cada fin de semana pero él no salía a recibirla "sólo recogía lo que me llevaba y a veces ni eso". Dentro del internado comenzó a tener problemas "porque me encontraban en la cama de otro muchacho, por eso me entregaron con mi mamá y solo estuve ahí un año".

A los 10 años regresa al hogar materno y conoce a su hermana menor, su hermana mayor siguió un año más en el internado, tiempo en que la relación que llevaba se deterioró "ella decía que mi hermana menor y yo éramos los consentidos de mamá porque vivíamos con ella" y cuando la visitábamos ella no le hablaba o era grosera con él".

Cuando su padre se entera de que tenía pareja homosexual, a los 14 años, se enoja mucho con él mientras que su madre trataba de "hacerme entender que eso no estaba bien".

A los 15 años se va de la casa con su pareja y después - de 3 días lo regresa a su casa al saber que lo estaban buscando los agentes, "yo no quería regresar porque creía que mi padre - me iba a golpear hasta matarme o que me fuera a encerrar en el tutelar" pero entonces su madre habló con su esposo y ambos estuvieron de acuerdo en aceptarlo como era, "a mi papá no le que dó más remedio porque mi mamá le lloró para que me dejara estar en la casa".

Se relaciona mucho con los parientes de su madre "que sí me aceptaban y me daban consejos", pero con los de su padre no.

Cuando cuenta con 16 años fallece su padre, éste acontecimiento le causa nada, "nunca le he llorado porque él siempre me trató mal". A esa edad su madre lo lleva al psicólogo con el cual asistió 2 meses y después desertó porque no le agradaba -- asistir. A los 18 años lo vuelve a convencer su madre de que re ciba ayuda psicológica y de nuevo asiste pero ahora durante 6 - meses "recibí tratamiento para operarme pero no lo he hecho por que mi madre no quiere y yo no estoy muy decidido".

El sujeto compró una casa "hace dos años" que está ren--

tando y la percepción se la da a su madre para ayudarla económicamente.

A los 17 años quiso adoptar un niño, pero al ser menor de edad se lo negaron, entonces su madre lo ayudó siendo la tutelar del niño. El trata de visitarlo diariamente y le tiene una cuenta bancaria "para lo que se le ofrezca a mi mamá en caso de urgencia" y la casa la tiene a nombre del niño. Actualmente vive en un hotel porqué en su casa, su hermana mayor y su madre "no les gusta que salga a trabajar en la noche y para que no se molesten, mejor vivo en otra parte", esto lo hace desde los 18 años.

Su día más feliz ha sido "cuando me entregaron al niño" y el más triste "cuando me dejaron en el internado". Sus planes son poderse operar "para poderme realizar como mujer".

Desde los 7 años comienza a sentir atracción hacia los hombres y a los 9 años tiene su primera experiencia homosexual con un chico de 12 años. A los 14 años se comienza a vestir de mujer y a los 16 se comienza a dedicar a la prostitución. A esa misma edad se decide a inyectarse silicón en los senos sin que su familia lo supiera "mi madre se enteró porque una vez entró al baño cuando me estaba bañando y que me ve", actualmente ya no se inyecta "porque tengo un tumor que me debo operar". De los 16 a los 19 años tuvo una pareja "que me celaba demasiado y como discutíamos mucho por eso, mejor lo dejé". Desde los 17 años ha querido operarse pero su familia se opone a ello "me hablan de que unos quedan mal, otros se matan y que otros se vuelven locos; para que ya no piense en eso".

Obtuvo su certificado de primaria y secundaria, inició un curso de contabilidad el cual dejó por entrar a trabajar a

un cabaret, a los 15 años. En el cabaret lo contratan bailando como hombre y al vestirse de mujer comienza a trabajar como - - "bailarina". Desde los 16 años trabaja en la prostitución.

En ocasiones toma bebidas alcohólicas "pero sólo 2 veces he perdido el juicio", ha consumido la marihuana, 'chochos', y "le he hecho al activo", inhalante. La mota la consume diariamente.

Examen Mental:

Sujeto de sexo masculino, de edad aparente mayor a la -- cronológica, mide 1.60 y pesa 50 Kg. aproximadamente. Presenta cabello ligeramente largo y teñido de color claro. Orientado en tiempo, espacio y persona, curso del discurso coherente y congruente, tiempo de pensamiento normal, contenido del pensamiento sin alteraciones, sensopercepción normal, afectividad acorde al discurso, comprensión sin alteraciones y atención sin trastorno.

ANALISIS CUALITATIVO DEL TEST TD8H

- 1).- Adecuado sentido de integridad y plenitud corporal.
- 2).- Supervaloración excesiva del medio ambiente y disminución del Yo; evita o se retráe de los estímulos ambientales o reacciona con sumisión o ansiedad; tendencias regresivas, infantiles e inmaduras.
- 3).- Leve inquietud e inseguridad al hacer frente a su medio ambiente; tendencia débil a la fantasía, a retraerse o a

- rechazar las exigencias del medio ambiente.
- 4).- Leve tendencia a eludir el impacto del medio ambiente mediante la evasión; tendencia a la fantasía y a enfrentarse a su medio.
 - 5).- Sin interpretación.
 - 6).- Incapacidad para enfrentarse al medio ambiente y su relación con éste es inconstante, imprevisible e irreal.
 - 7).- Uso excesivo de la fantasía y disminución de los poderes críticos y correctivos; incapacidad para el control de impulsos; bajo sentido de la realidad; poca habilidad para aplicar la capacidad intelectual.
 - 8).- Tendencia a la fantasía y disminución de los poderes críticos; dificultad en el control de impulsos.
 - 9).- Sin interpretación.
 - 10).- Inquietud y disconformidad con su identidad y papel sexual, con tendencias a la confusión sexual y a identificarse en el rol femenino.
 - 11).- Tendencia a una fijación infantil e inmadura, dependiente; evade su realidad de manera infantil, busca protección y aceptación.
 - 12).- Aplicación deficiente del intelecto y disminución de las facultades críticas y correctivas ante el medio ambiente, criterio pobre de la realidad; creciente ansiedad incontrolable.
 - 13).- Evade los estímulos que le provocan ansiedad.
 - 14).- Sin interpretación.
 - 15).- Evasión al tratar la disconformidad entre el concepto de sí mismo y el nivel funcional; tendencia a la impulsividad, regresión y fantasía; falta de defensas adecuadas.
 - 16).- Sin interpretación.
 - 17).- Sin interpretación.
 - 18).- Sin interpretación.
 - 19).- Sin interpretación.

Con sus abuelos, la abuela no lo dejaba hacer nada "decía que el trabajo de campo era muy pesado para mí y no hacía nada", sus obligaciones eran ayudarla en los quehaceres del hogar, - - acompañarla a las compras y hacer la comida "ella me quería mucho". Su abuelo se comenzó a dar cuenta de sus tendencias homosexuales y él quería que lo ayudara en el campo, pero la abuela lo protegía "y no dejaba que mi abuelo me llevara a ayudarlo".

Viviendo con sus abuelos es violado por un tío que lo amezaba para que no les dijera nada a ellos, luego el hermano de - su tío también lo viola y recibe amenazas para no decir nada a nadie "eso no lo sabe mi mamá, la lastimaría mucho saber que su familia fue capaz de abusar de mí estando chico" al decir de él.

Al regresarse con su madre ya no estaba su papá, pero su madre "ya casi tenía a mi hermana". Con ellas se lleva bien y - se ayudaban mucho.

Desde los 11 años comenzó a sentir atracción por los hombres, a esa misma edad, se dedica a vender periódico, porque no tenían suficiente dinero en su casa. A los 15 años trabajó en - un restaurante lavando platos. A esa edad su madre se da cuenta; que desde hacía tiempo, tenía relaciones homosexuales; discuten mucho, por lo cual el sujeto decide salirse de su casa.

Durante 3 años vive en un hotel con unos amigos pero decide de ir a pedirle perdón a su mamá, ella accede y le pide que regrese con ella y acepta.

A los 17 años se viste, ocasionalmente, de mujer "pero - eso me hacía sentirme ridículo" y hasta los 19 años lo hace diariamente y todo el día.

- 20).- Sin interpretación.
- 21).- Patología, pérdida o bloqueo de controladores ambientales; conocimiento realista y disminuido del propio Yo y de las dificultades del medio ambiente; probable retraimiento.
- 22).- Sin interpretación.
- 23).- Sin interpretación.
- 24).- Intento cuidadoso y controlado de restricción del propio Yo al tratar con la ansiedad; reacción superfiscalizada no espontánea y evasiva de las necesidades sensoriales ta tiles.
- 25).- Preocupación, ansiedad y conflicto sobre el propio nivel de actuación; necesidad de protegerse y aislarse del medio ambiente.
- 26).- Sin interpretación.
- 27).- Gran preocupación por su concepto de la realidad necesitando aislarse de su medio ambiente; necesidad excesiva de controlar impulsos y de la integración.
- 28).- Sin interpretación.
- 29).- Sin interpretación.
- 30).- Sin interpretación.
- 31).- Tendencias al exhibicionismo y narcisismo.
- 32).- Sin interpretación.
- 33).- Sin interpretación.
- 34).- Sin interpretación.
- 35).- Evade la realidad; dificultad para establecer relaciones interpersonales; sensible a la crítica.

R E S U M E N

El sujeto evade su medio que percibe hostil mediante la represión, fantasía y rechazo. Escasa capacidad intelectual y -

de crítica para enfrentar a su medio ambiente mostrando tendencias regresivas, infantiles e inmaduras de un Yo disminuido.

Dificultad en el control de impulsos y de la ansiedad -- siendo agresivo y retraído.

Manifiesta disconformidad con su rol sexual, identificándose con el papel femenino.

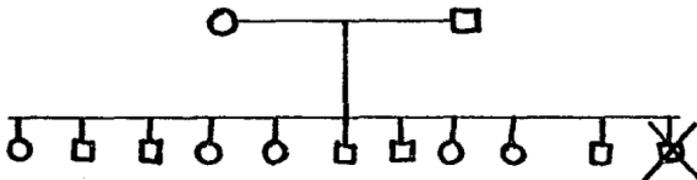
Escasa capacidad para establecer relaciones interpersonales y con su medio ambiente.

DIAGNOSTICO PROBABLE

El sujeto reporta desear operarse pero lo que diga su -- 'mamá' es lo que hace. La bibliografía revisada hace énfasis -- que en el transexual su meta es la de operarse a pesar de las -- opiniones médicas, familiares y otros, y buscan en diferentes -- lugares, que se les escuchen sus deseos de reasignación sexual. Por lo antes dicho este sujeto es homosexual, travesti y fama-codependiente.

SUJETO : 'D'
Edad : 22 años
Lugar de nacimiento : Monterrey, N.L.
Sobrenombre: Carmen
Diagnóstico del CSAIS: Transexualismo.

Su familia está compuesta por: padre, madre y 11 hijos, -
siendo el menor de ellos.



Su padre es soldado por ese motivo casi nunca convivía -
con su familia "estaba en el cuartel o lo mandaban a diferentes
lugares". Su madre es analfabeta, proviene de una familia adiner
rada. El sujeto vivió con sus padres desde que nació hasta los
6 años y comenta no recordar nada en especial.

De los 6 a los 10 años vivió en casa de sus abuelos pa--
ternos "ellos estaban solos". Recuerda que su abuela lo quería
mucho y su abuelo también, sólo que éste fallece cuando tenía 7
años de edad. De manera que queda a cargo de la abuela de quien
se expresa con afecto.

La madre del sujeto lo visitaba con frecuencia al ir a -
ver a su suegra, pero éste recuerda que, desde que su madre se

dió cuenta de sus maneras femeninas, lo regañaba mucho. El sujeto casi no convivió con sus hermanos, de manera que cuando los visitaba, "me sentía mal con ellos, mi madre era muy cortante - cuando yo me le acercaba o ella se alejaba de mi cuando yo intentaba hablarle. Siempre podía hablar un poco mejor con mi padre".

De los 10 a los 13 años regresa a vivir con su familia, con su madre y hermanos casi no convivía y con su padre "mejor un poco más nuestra relación" pero solo convivían cuando el señor estaba en casa, que era de vez en cuando.

El señor golpeaba mucho a su esposa porque ésta le pegaba mucho a su hijo, lo insultaba y le gritaba que era un homosexual. El señor ya molesto porque no le creía a su esposa, "la golpeaba hasta sangrarla", esto sucedió varias veces.

El sujeto jugaba con niños de su edad, pero solo si había niños y niñas, si eran solo niños "no porque solo querían jugar juegos muy bruscos y a mí no me gustaban".

A los 13 años, recibiendo golpes y el rechazo de su madre, abandona su hogar y se viene a radicar al D.F. iniciándose en la prostitución "por curiosidad y economía, en ese entonces ganaba más dinero que hoy".

Sus hermanos se enteraron de su homosexualidad cuando su madre se lo gritaba, "en ese tiempo yo creo que ellos ya sospechaban algo".

Actualmente visita a su familia en semana Santa o en diciembre, pero de su madre sigue recibiendo su rechazo mientras que su padre es más comprensivo con él. Cuando tiene 17 años, -

el sujeto se decide a hablar con su padre y decirle lo que es, a lo que se dedica y cómo se viste; "mi padre me comprendió". - Siempre que visita a su familia se viste de hombre "porque no - me dejarían entrar de mujer, aparte de que así no ocasiono problemas entre nosotros".

Se describe como rebelde y agresivo "contesto la agre--- sión física si me pegan, las verbales las aguanto más. Las agre siones físicas las contesto luego luego, quizás porque me recuer dan cuando mi mamá me pegaba y yo no podía hacer nada. Si ahora lo intentara, a lo mejor yo se lo regresaba. Por eso fue mejor que me saliera de mi casa, yo puedo hacer mi vida y todo lo que yo quiera y ellos también".

Estudió la primaria completa hasta obtener su certificado pero desertó de la secundaria al abandonar su casa. Nunca le ha gustado dibujar "para mi es un sacrificio hacerlo", pero accede a dibujar sin problemas el test.

Ha desempeñado varios trabajos en restaurantes "pero me corren o me salgo porque soy agresivo, a veces resultaba que yo quería mandar como si fuera el jefe y ahí terminaba la chamba".

A los 8 años tuvo su primera experiencia homosexual que fue agradable, la segunda a los 10 años y a partir de los 13 se dedica a la prostitución. A los 17 se comienza a vestir de mu-- jer "y sentí que la gente se me quedaba viendo raro y a lo me-- jor alguna se daba cuenta que era hombre", ahora dice haber - - aprendido a desenvolverse como mujer y la gente no lo ve como - antes. "Cuando me vestía de hombre y con ademanes de mujer la - gente me rechazaba, ahora ya me ven normal como mujer". De los 18 a los 19 años se inyecta silicón en los senos pero actualmen te no lo hace. A él le agrada "vestirme de mujer y maquillarme

pero no quiero operarme para convertirme en mujer, así estoy - bien. Soy hombre pero me agrada lo femenino!"

Examen mental:

Sujeto de sexo masculino, edad aparente mayor a la cronológica, mide 1.70 mt. y pesa 70 kgs. aproximadamente. Presenta el cabello ligeramente largo.

Orientado en tiempo, persona y espacio; curso del discurso coherente y congruente; tiempo de pensamiento normal, contenido del pensamiento sin alteraciones, sensopercepción normal, afectividad acorde al discurso, comprensión sin alteración y -- atención sin trastorno.

ANALISIS CUALITATIVO DEL TEST TDSH

- 1).- Adecuado sentido de integridad y plenitud corporal.
- 2).- Supervaloración excesiva de su medio ambiente y disminución del Yo; evita o se retráe de los estímulos ambientales reaccionando con sumisión o ansiedad; tendencias infantiles, regresivas e inmaduras.
- 3).- Refleja inquietud e inseguridad al hacer frente a su medio ambiente ; acentuación de la fantasía; tendencias a rechazar o retraerse de las exigencias del medio ambiente; baja tolerancia a la ansiedad.
- 4).- Sin interpretación.
- 5).- Sin interpretación.
- 6).- Sin interpretación.

- 7).- Sin interpretación.
- 8).- Sin interpretación.
- 9).- Sin interpretación.
- 10).- Confusión en su identificación sexual masculina o femenina; incapacidad para aceptar los impulsos, actuaciones o fantasías sexuales.
- 11).- Sin interpretación.
- 12).- Sin interpretación.
- 13).- Tendencia a disminuir su poder de crítica y un criterio pobre de la realidad con reacción lábil a los estímulos ambientales.
- 14).- Sin interpretación.
- 15).- Evasión al tratar la disconformidad entre el concepto de sí mismo y el nivel funcional; tendencia a la impulsividad, regresión a la fantasía; falta de defensas adecuadas.
- 16).- Sin interpretación.
- 17).- Sin interpretación.
- 18).- Sin interpretación.
- 19).- Sin interpretación.
- 20).- Sin interpretación.
- 21).- Leve consciencia intelectual y realista del propio Yo y su acción en general; leve retraimiento, dependencia y - ansiedad.
- 22).- Tendencia a la falta de represión o fracaso intelectual de la ansiedad, a deprimirse y al pánico.
- 23).- Gran descenso de la eficiencia intelectual, un conocimiento realista del propio Yo disminuido; retraído, impulsivo y ansioso.
- 24).- Rigidez en el dominio de la ansiedad; existen defensas - frágiles en el trato y represión de ellas.
- 25).- Preocupación, ansiedad y conflicto sobre el propio nivel de actuación; necesidad de aislarse y de protegerse del

medio ambiente.

- 26).- Sin interpretación.
- 27).- Gran preocupación por su concepto de la realidad necesitando aislarse del medio ambiente para reforzar la realidad; necesidad excesiva de controlar los impulsos y la integración.
- 28).- Sin interpretación.
- 29).- Sin interpretación.
- 30).- Sin interpretación.
- 31).- Tendencia al exhibicionismo y narcisismo.
- 32).- Acentuación de la represión; negación y evasión de los estímulos del medio ambiente que le resultan dolorosos.
- 33).- Sin interpretación.
- 34).- Sin interpretación.
- 35).- Dificultad en el control de impulsos y en establecer relaciones interpersonales; sensible a la crítica con deseos de evadir la realidad.

R E S U M E N

El sujeto manifiesta inquietud e inseguridad al hacer frente a su medio ambiente tratando de evitarlo, negarlo o rechazarlo por medio de la fantasía. Tendencia a la regresión y a la falta de defensas adecuadas por una disminución del Yo. Dificultad en el control de impulsos.

Escasa capacidad crítica y del intelecto al enfrentarse a su medio mostrándose infantil e inmaduro, agresivo y retraído para protegerse.

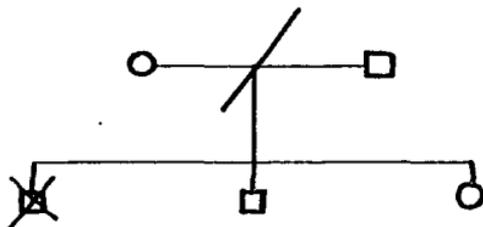
Denota confusión en su identificación sexual manifestando temor a los impulsos sexuales, (ver apéndice B).

DIAGNOSTICO PROBABLE

Homosexual trasvesti.

SUJETO: 'E'
Edad : 23 años
Lugar de nacimiento: México, D.F.
Sobrenombre: Silvia
Diagnóstico del CSAIS: Transexualismo.

Su familia está compuesta por su madre y tres hijos, - -
siendo el primogénito.



Recuerda muy poco de su padre para hablar de él. Su madre trabajaba cuando el sujeto era pequeño, pero al ser el mayor de los hijos se quedaba al cuidado de sus hermanos. En ocasiones su madre antes de irse a trabajar le dejaba preparada la comida pero otras veces él la tenía que preparar.

Comenta que su madre le pegaba por culpa de sus hermanos, él al quedarse al cuidado de ellos, les pegaba para corregirlos y ellos lo acusaban con su madre, y cuando llegaba del trabajo, ella lo golpeaba "para que yo no volviera a pegarle a mis hermanos". Otras veces le pegaba por travesuras que hacía "la verdad sí me lo merecía porque cuando yo hacía algo, en verdad, eran - para que me medio mataran".

De pequeño le gustaba jugar con las muñecas y a la comi-

dita con sus vecinas "desde que yo tengo uso de razón siempre - me han agradado las cosas de mujer", Sus amigos de la 'cuadra' se daban cuenta de sus inclinaciones femeninas y por ello le hacían burla o bromas pesadas. Cuando cuenta con 10 años su padre se va del hogar "pero desde hacía mucho tiempo no llegaba a casa". De su padre recuerda que "tenía un genio muy disparejo y - era mejor no acercársele".

Algunos vecinos le comentaron a su madre, en diferentes ocasiones; que su hijo tenía inclinaciones y ademanes homosexuales, pero la señora no quería creer. Cuando el sujeto tiene 15 años "le dije a mi mamá que yo era homosexual, solo así creyó - en lo que le decían".

Cuando tiene 17 años su madre fallece y se queda al cuidado de sus hermanos, quedándose a vivir en la misma casa, "que es de tipo como de una vecindad, pero solo vive ahí la familia" comenzando a trabajar para poder sostener a sus hermanos y casa.

En su primer trabajo empezó a escuchar detalles de aquellas personas que se dedican a la prostitución, luego conoció a "unas locas" que le dijeron que lo ayudarían cuando él quisiera iniciarse en ese trabajo, "antes yo les daba consejos para que se cuidaran pero ahora míreme donde estoy".

Sus familiares le ayudaban en ocasiones económicamente - cuando tenía dificultades y siempre le cuidaban a sus hermanos mientras él trabajaba.

A partir de los 21 años se dedica a la prostitución "pero ya se que es fregarme el lomo trabajando y ganar poco dinero" al mismo tiempo decide irse a vivir solo "para que mis hermanos no estuvieran viendo el mal ejemplo que yo les daba" pero desde

entonces se siente solo y triste "a lo mejor, por eso no sopor-
to tener a alguien cerca por más de 2 horas".

Sus hermanos ya saben en qué trabaja, los visita cada se-
mana y les da dinero para su manutención. Cuando los visita se
viste con ropa "unisex" y no se pinta, "por respeto a mis herma-
nos y familiares con quienes viven".

Solo en una ocasión su hermano le reprochó el que traba-
je en la prostitución, a lo que él le contestó "te enoja que yo
trabaje en eso, pero toda la vida te has alimentado y vestido -
del dinero que gano", días después su hermano le ofreció discul-
pas "porque no tenía derecho a decirme eso".

Sus familiares le dan consejos para que no se meta en di-
ficultades "cuando me llegan a arrestar y les dije a mis herma-
nos que los iba a visitar, les hablo por teléfono y les digo -
que voy a ir con unas amigas a divertirme".

Se describe como "tranquilo, me gusta ayudar a la gente
que necesita algo y que yo puedo dárselo". Sus defectos "prosti-
tuirme, drogarme fumando marihuana y ser flojo". El día más - -
triste de su vida "cuando murió mi mamá".

Hace más de 1 año, visitó a su padre en su casa que tie-
ne con su esposa y le dijo "que me podía ayudar a encontrar tra-
bajo y llevarlo a un médico para que le quitaran lo homosexual
eso me enojó mucho que me lo dijera, porque él no sabe que así
soy feliz y que no quiero cambiar". Desde entonces no lo ha - -
vuelto a ver ni sabe nada de él.

Desde los 17 hasta los 21 años trabajó en restaurantes,
como cocinero y lava platos. A los 21 años se comienza a dedi-
car a la prostitución.

Cursó la primaria completa pero tuvo muchas dificultades "por ser lo que soy. Una vez un compañero me estaba pegando y - la maestra me defendió, esa vez ha sido la única que alguien me defiende".

Estudió el 1^a de secundaria y en 2^a desertó "hubiera sido bueno terminarla, no?".

Desde pequeño le agradaban las cosas femeninas y le - - atraían los hombres. A los 15 años tuvo su primera experiencia homosexual con un hombre casado de 27 años "era mi vecino", esta relación se mantuvo durante un año.

A los 21 años se dedica a la prostitución y se comienza a vestir de mujer "me sentía ridículo porque no me sabía vestir ni actuar como ustedes". Desde hace 4 años se inyecta silicón y hormonas para los senos y piensa operárselos "de los genitales no, porque si lo hago ya no sentiría nada ni gozaría, sería como un mueble que tocan y no siente". Alguna gente que conoce - dentro de la prostitución se ha operado "luego terminan locas o matándose porque ya no tienen nada, pero lo hecho, hecho está y luego ya no se puede hacer nada".

El sujeto ve la homosexualidad como "normal, no como algo malo, es un sentimiento desviado o no, porque si yo me siento contento con lo que hago y lo disfruto, y si logro que mi pareja sienta lo mismo, entonces no tengo de qué arrepentirme. El día que yo la haga de activo, ese día sí me sentiré mal porque yo no me siento hombre, me siento mujer".

Comenta que se cuida para no contagiarse de una enfermedad venerea "si me diera el SIDA yo me suicidaría inyectándome aire en las venas, porque cuando se infectan de eso parecen - -

perros, nadie se les acerca ni para darles un vaso de agua".

Examen mental:

Sujeto de sexo masculino, de edad aparente igual a la cronológica dicha. Mide 1.62 mt y pesa 63 kg. aproximadamente. Porta cabello largo y teñido.

Se encuentra orientado en tiempo, persona y espacio; curso del discurso coherente y congruente, tiempo de pensamiento normal, contenido del pensamiento sin alteraciones, afectividad acorde al discurso, sensopercepción sin alteraciones, comprensión normal y atención sin trastorno.

ANALISIS CUALITATIVO DEL TEST TDSH

- 1).- Adecuado sentido de integridad y plenitud corporal.
- 2).- Tendencia a supervalorar su medio ambiente y una disminución del Yo; intenta evitar los estímulos de su medio -- reaccionando con sumisión, ansiedad o regresión.
- 3).- Leve inquietud e inseguridad al hacer frente al medio ambiente; tendencia débil a la fantasía, a rechazar o a retraerse ante las exigencias ambientales.
- 4).- Sin interpretación.
- 5).- Sin interpretación.
- 6).- Sin interpretación.
- 7).- Leve tendencia a la fantasía y disminución del criterio.
- 8).- Sin interpretación.
- 9).- Sin interpretación.
- 10).- Inquietud y disconformidad con su identidad y papel se--

- xual; tendencia a la confusión y a identificarse con el rol femenino.
- 11).- Refleja una fijación regresiva e inmadura; sentimientos de impotencia y dependencia; elude su realidad de manera infantil, buscando protección y aceptación.
 - 12).- Aplicación pobre de la inteligencia y de la crítica de - su actuación, criterio pobre de la realidad.
 - 13).- Escasas facultades críticas al enfrentarse a las exigencias del medio ambiente, sentido pobre de la realidad; - poca tolerancia a las inquietudes frustradas y responde de manera impulsiva y lábil al estímulo.
 - 14).- Sin interpretación.
 - 15).- Evasión al tratar la disconformidad entre el concepto de sí mismo y el nivel funcional; rechazo al medio ambiente y falta de defensas adecuadas; tendencia a la fantasía, regresión e impulsividad.
 - 16).- Sin interpretación.
 - 17).- Sin interpretación.
 - 18).- Sin interpretación.
 - 19).- Sin interpretación.
 - 20).- Sin interpretación.
 - 21).- Patología, bloqueo o pérdida de controladores ambientales; conocimiento realista, disminuido, del propio Yo y de las dificultades del medio ambiente; probable retraimiento.
 - 22).- Tendencia a la falta de represión o fracaso intelectual de la ansiedad, a deprimirse y al pánico.
 - 23).- Tendencia o falta de represión intelectual de la ansiedad, inadecuado control de impulsos.
 - 24).- Rigidez en el dominio de la ansiedad; existen defensas - frágiles en el trato y represión de ellas.
 - 25).- Preocupación, ansiedad y conflicto sobre el propio nivel de actuación; necesidad excesiva de controlar impulsos y la integridad.

- 26).- Sin interpretación.
- 27).- Gran preocupación por su concepto de la realidad y necesidad de aislarse para reforzar la realidad y para protegerse de él.
- 28).- Leve tensión interna, agresivo.
- 29).- Leve intento de eludir la expresión de sus impulsos, contenerlos o permitir solo reacciones débiles.
- 30).- Dificultad en el control de impulsos.
- 31).- Grado considerable de narcisismo y exhibicionismo.
- 32).- Sin interpretación.
- 33).- Sin interpretación.
- 34).- Sin interpretación.
- 35).- Dificultad en el control de impulsos; evade su realidad; sensible a la crítica; dificultad para establecer relaciones interpersonales, inseguridad e inestabilidad.

R E S U M E N

Denota inquietud e inseguridad frente a su medio ambiente ante el cual se siente impotente, mostrándose infantil y buscando protección y aceptación.

Refleja fijación regresiva e inmadurez, dependiente, con escasas facultades críticas al enfrentarse al medio ambiente, -tratando de evadirlo o de protegerse de él.

Existen defensas frágiles y un Yo disminuido, aplicación pobre de la inteligencia y crítica.

Inquietud y disconformidad con su identificación sexual con tendencia a la confusión y a identificarse con el papel femenino.

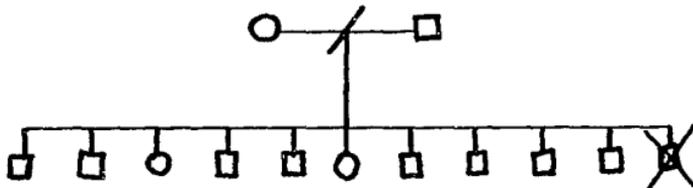
Intenta mostrarse como autosuficiente pero su actitud es infantil y dependiente.

DIAGNOSTICO PROBABLE

Se trata de un sujeto homosexual-trasvesti, farmacodependiente.

SUJETO : 'F'
Edad : 24 años
Lugar de nacimiento: México, D.F.
Sobrenombre: Yessica
Diagnóstico del CSAIS: Transexualismo

Su familia está compuesta por padre, madre y 11 hermanos siendo el menor de ellos.



Recuerda que en su infancia, su madre lo cuidaba mucho - "me protegía de todos mis hermanos y de mis amigos para que no me pegaran". Le gustaba jugar a la comidita y con los trastecitos de sus sobrinas y si no lo dejaban jugar les quitaba sus juguetes. El día de Reyes sus papás le compraban juguetes de niño pero "a mí me gustaban los de las niñas y luego se los quitaba a mis sobrinas", así que sus juguetes los guardaba y no los volví a sacar.

Sus hermanos le cuentan que su papá le pegaba mucho a su madre, y con mucha frecuencia se ausentaba de la casa "hasta 15 días se iba y no regresaba".

El padre del sujeto tiene dos telares donde hace colchas, y a todos sus hijos los ha metido a trabajar ahí, cuando su hi-

jo menor creció también le pedía su ayuda en el telar, pero si el sujeto se negaba "mi papá me regañaba y me pegaba".

De pequeño sus padres le pegaban mucho cuando se enojaban "nos pegaban mucho y feo; mi madre me protegía pero cuando se enojaba iba en serio, cogía un cordón o una banda de la máquina , una vez me aventó la piedra del molcajete y si no me -- agacho me descalabra".

Con sus hermanos mayores no convivió mucho de chico "unos eran ya casados cuando yo nací y sus hijos son mayores que yo".

Cuando su madre le comienza a notar sus inclinaciones fe meninas no lo acepta al igual que su padre. Sus hermanos "tampo co me aceptaban, solo mis hermanas y mi hermano que es mayor - que yo".

Cuando sus hermanos mayores empiezan a darse cuenta de - su homosexualidad, le daban dinero para "que me fuera con mujeres, pero yo les decía que me lo dieran pero para irme con hombres". Esos detalles los enojaba mucho y hacía que menos le hablaran. En la actualidad ellos no le hablan "sólo cuando neces itan dinero se acuerdan que tienen un hermano".

De su padre recuerda que siempre lo hacía sentirse mal, les pagaba mejor a sus nietos que a él cuando trabajaba en sus telares "mi papá quería más a sus nietos que a mí, siempre me - corría cuando le quería enseñar algo de la escuela o le quería platicar mis cosas, nunca me hizo caso; entonces me iba con mi mamá y ella sí me hacía caso, ella sí me escuchó siempre".

Comenta el sujeto de tener dinero en el banco, "millones" y que los intereses se los da a su madre en un mes y al siguien te a una cuñada que quedó viuda y con sus hijos pequeños.

Visita a su familia con frecuencia, pero sobre todo ahora "que mi mamá está enferma; le doy de comer en la boca porque ya parece un bebé que le tienen que hacer todo".

A los 16 años se va de su casa "con los jotitos de la colonia" y por temporadas vivía con uno y luego con otro. Ellos lo inician en la prostitución y a vestirse de mujer a los 19 años. Ahora renta un departamento en donde "vivo solo en ocasiones".

Se describe "ni bueno ni malo, alegre no amargado ni triste; sé lo que es bueno y malo, le doy la razón a la gente si la tiene. No soy una especie rara, soy persona".

Ha probado de todo tipo de fármacos "antes era drogadicto todos los días consumía algo diferente, ahora ya casi no, solo 7 u 8 cigarrillos diarios de marihuana; a veces pastillas o chochos o el activo".

Convive con gente del ambiente "que son como yo", se reúne con frecuencia con su familia y con una familia vecina de su casa materna "ellos sí me aceptan como soy".

Cursó la primaria completa pero tuvo dificultades porque le gustaba jugar con las niñas "los niños se burlaban mucho de mí". El 3er. año casi lo reprobaba y su maestro le pidió tener relaciones sexuales para pasarlo de año "yo accedí para que mis papás no se enojaran de que reprobaba de año". Comenzó a cursar la secundaria pero se salió de la escuela "porque no me gustaba era mejor el cotorreo".

Cuando se salió de su casa trabajó como mesero en fondas, como costurera y después se inició en la prostitución a los 19 años.

De chico siempre le gustaron las cosas femeninas y en la primaria le gustaban los niños. Su primera experiencia sexual - le fue agradable "me gustaba mi maestro", a los 12 años tuvo - otra experiencia homosexual con un chico de 18 años "y para que no me doliera tenía una crema de ilocafna".

Ha tenido varias parejas con las que ha vivido. Su trabajo dentro de la prostitución le agrada, a los 19 años se comienza a vestir de mujer y a inyectarse hormonas. Planea operarse - para ponerse prótesis en los senos.

El desea y no operarse de los genitales, "sí, para que - se me respete como mujer; yo haría todo lo posible por actuar - como mujer. No quisiera operarme porque luego acaban locas o se matan, yo no sé si podré salir adelante a la mera hora".

Examen mental:

Sujeto de sexo masculino, de edad aparente mayor (30 - - años) a la cronológica, mide 1.58 mt y pesa 55 kg. aproximadamente. Porta cabello largo rojizo.

Se encuentra orientado en tiempo, espacio y persona; curso del discurso coherente y congruente, tiempo de pensamiento - normal, contenido del pensamiento sin trastornos, afectividad - acorde al discurso, sensopercepción sin alteraciones, comprensión con alteración y atención normal.

ANALISIS CUALITATIVO DEL TEST TD8H

- 1).- Adecuado sentido de integridad y plenitud corporal.
- 2).- Supervaloración del medio ambiente y disminución del Yo; evita o se retráe de los estímulos ambientales reaccio--nando con sumisión o ansiedad; tendencias inmaduras, in--fantiles y regresivas.
- 3).- Refleja inquietud e inseguridad al hacer frente al medio ambiente; acentuación de la fantasía y baja tolerancia a la ansiedad; tendencia a retraerse o a rechazar las exi--gencias del medio ambiente.
- 4).- Intenta eludir el impacto del medio ambiente por medio - de la evasión; el estímulo de la fantasía es más fuerte y el del medio ambiente más débil.
- 5).- Sin interpretación.
- 6).- Sin interpretación.
- 7).- Leve tendencia a la fantasía y disminución del criterio.
- 8).- Tendencia a la fantasía y disminución de los poderes crí--ticos; dificultad en el control de impulsos y una dismi--nución para aplicar con eficacia la capacidad intelectual.
- 9).- Sin interpretación.
- 10).- Inquietud y disconformidad con su identidad y papel se--xual con tendencia a la confusión sexual y a identificar se con el rol femenino.
- 11).- Sin interpretación.
- 12).- Sin interpretación.
- 13).- Escasas facultades críticas para enfrentarse a las exi--gencias del medio ambiente; sentido pobre de la realidad, poca tolerancia a las inquietudes frustradas y responde de manera impulsiva y lábil a los estímulos ambientales.
- 14).- Sin interpretación.
- 15).- Evasión al tratar la disconformidad entre el concepto de

- sí mismo y el nivel funcional, tendencias a la impulsividad, regresión y fantasía; falta de defensas adecuadas.
- 16).- Recursos rígidos y reprimidos de la personalidad.
 - 17).- Sin interpretación.
 - 18).- Sin interpretación.
 - 19).- Sin interpretación.
 - 20).- Sin interpretación.
 - 21).- Patología, pérdida o bloqueo de controladores ambientales; conocimiento realista disminuido del propio Yo; probable retraimiento.
 - 22).- Sin interpretación.
 - 23).- Gran descenso de la eficiencia intelectual; conocimiento realista del propio Yo disminuido; impulsivo y ansioso.
 - 24).- Capacidad para fiscalizar los impulsos presentes para intentar controlarlos.
 - 25).- Preocupación, ansiedad y conflicto sobre el propio nivel de actuación; necesidad de aislarse y protegerse del medio ambiente.
 - 26).- Sin interpretación.
 - 27).- Gran preocupación por su concepto de la realidad, necesitando aislarse del medio para reforzar la realidad; deseo excesivo de controlar los impulsos y la integridad.
 - 28).- Sin interpretación.
 - 29).- Sin interpretación.
 - 30).- Sin interpretación.
 - 31).- Tendencias al exhibicionismo y narcisismo.
 - 32).- Acentuación a la represión, evasión y negación de los estímulos ambientales que le resultan dolorosos.
 - 33).- Sin interpretación.
 - 34).- Sin interpretación.
 - 35).- Sensible a la crítica; dificultad para establecer relaciones interpersonales; inestable, inseguro.

R E S U M E N

El sujeto manifiesta evasión de su medio ambiente que - percibe hostil y rechaza las exigencias de éste mediante la evasión.

Tendencia a la fantasía y dificultad en el control de -- los impulsos.

Escasa capacidad intelectual para enfrentar a su medio - tratando de evitar los estímulos que considera dolorosos, existe una disminución del Yo y falta de defensas adecuadas.

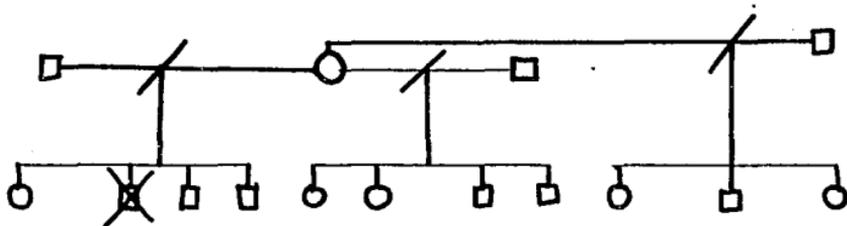
Inquietud y disconformidad con su identidad y papel sexual con tendencia a identificarse con el rol femenino, dependencia y minusvalía.

DIAGNOSTICO PROBABLE

Homosexual-trasvesti, farmacodependiente.

SUJETO: 'G'
Edad : 30 años
Lugar de nacimiento: Michoacán, Michoacán.
Sobrenombre : Enriqueta
Diagnóstico del CSAIS: Transexualismo.

Su familia está compuesta por: madre, 4 hermanos y 7 medios hermanos, todos son hijos de la misma madre.



El sujeto siempre vivió con sus abuelos maternos al - - igual que sus hermanos "mi madre sólo nos tenía y nos dejaba - con sus padres". Comenta que su madre a los 13 años se fue con un hombre de otro pueblo y se embarazó, y su hermana mayor nace en la casa de sus abuelos, "también mis demás hermanos".

Recuerda que su abuelo lo consentía mucho y su abuela hacía lo que su esposo dijera. Sus hermanos iban a ayudar al trabajo de campo ya que sus abuelos tenían unas tierras, pero a - "mí no me dejaba el abuelo porque decía que ese era un trabajo pesado para mí, porque estaba muy chiquito y flaquito", entonces él se quedaba en la casa a ayudar a la abuela en el quehacer de la casa, preparar los alimentos y pequeños encargos, "yo creo que por eso soy flojo, no me gusta trabajar".

Cuando era pequeño el sujeto, su abuela lo llevaba de -
compras al otro pueblo, donde vivía su madre 'con otro señor, su
madre ya sabía que iba a ir su hijo o hijos y los invitaba a co
mer al mercado, "comíamos bien rico esos días que la visitába--
mos". Cada vez que el sujeto veía a su madre "me sentía huraño
con ella, como si por primera vez la conociera", ahora siente -
estimación hacia ella porque la última vez que la visitó "me hi
zo sentir bien".

Con su hermana mayor se llevó bien y con ella platicaba
mucho. A los 18 años es el único que sigue viviendo con el abue
lo "los otros ya se habían ido", entonces es cuando el abuelo -
lo regaña mucho "y yo era más rebelde, porque él solo me regaña
ñaba y gritaba porque ya no tenía con quien desquitarse". El --
abuelo quería que el sujeto lo ayudara en las faenas del campo
"solo porque ya no tenía quien le ayudara, pero él me acostum--
bró a que esos trabajos no eran para mí, y ni modo, que se amue
le solo".

Viviendo con sus abuelos, la abuela le conseguía trabajo
en diferentes casas "a mi siempre me ha gustado el trabajo de -
mujeres", de manera que trabajó de sirviente en diferentes ca--
sas.

A los 19 años se viene a vivir al D.F. y trabaja de sir-
viente con unos paisanos "ellos me querían mucho porque me gané
su confianza". Con esa familia trabajó 2 ó 3 años y comenta que
en ese entonces "viví como rico", luego deja esa familia y se -
va con otros paisanos que "me querían mucho" y comienza a traba
jar en restaurantes lavando platos.

Comenta que su madre se dedicaba a la "vida galante y con
todos sus admiradores se iba y luego resultaba embarazada, por-

que no se cuidaba, todos los hijos somos así como ella, como - que tenemos mucha calentura en el cuerpo".

Le gusta visitar a su familia cada año, "pero a veces no puedo". Convive con sus paisanos que viven aquí y va a fiestas con ellos.

Cuando no tiene dinero ni trabajo "me siento nervioso y me siento mal porque pienso que un día voy a acabar de limosnero". Sus planes para el futuro son "juntar dinero para tener un puesto de tacos y poderme retirar de esto".

Hace dos años que visitó a su hermana en el pueblo y le contó su vida y a que se dedicaba, ella me dio consejos para -- que me retirara "y buscara una mujer".

Al sujeto nunca le gustó la escuela "era bien burro", so lo asistió dos años y no aprendió a leer ni a escribir.

Desde pequeño ha trabajado como sirviente, luego lavando platos, atendió en una cantina y actualmente labora en la prostitución.

Desde los 8 años sentía atracción hacia los hombres, el trabajo o actividades de la mujer le llamaban la atención y las realizaba con gusto. A los 20 años, viviendo en el D.F. tiene - su primera experiencia homosexual que fue con un hombre mayor - que él. Continuó teniendo relaciones sexuales con esa persona y cuando éste se casa con una mujer "me abandonó".

A los 21 años visitó a su hermana en su pueblo y estuvo con ella varios meses, pero luego se regresa porque "yo necesitaba un hombre y allá les tengo que dar dinero yo para que se -

deje alguno y aquí me pagan a mí".

A los 25 años se comienza a dedicar a la prostitución y a vestirse de mujer "una amiga me dijo que me vistiera de mujer y que así ganaría más dinero", así comenzó a prostituirse de no che y en la mañana trabajaba en la cantina.

Desde los 28 años se dedica solo a la prostitución y para ello se viste de mujer "pero en el día me visto de hombre". no se inyecta silicón ni le gustaría operarse los genitales "ni que estuviera loco, yo no sentiría nada solo el otro". No se -- siente hombre ni mujer y comenta que "lo femenino lo tengo desde chico".

Cuando le va mal económicamente dice que es "porque es-- toy flaco y no me le antojo a los hombres, otros se inyectan -- tanto que tienen más que ofrecer".

No ha tenido una pareja con quien vivir y le gustaría te nerla, "pero que tenga dinero, casa y una profesión para que me salga de ésto".

Menciona haber probado "la marihuana, pastillas y chochos también consumo alcohol pero solo en ocasiones he llegado a per der la cabeza cuando lo tomo".

Examen mental:

Sujeto de sexo masculino, de edad aparente igual a la - cronológica dicha. Pesa 45 kg y mide 1.57 mt aproximadamente. - Tez morena, nariz recta, cabello ligeramente largo y ondulado.

Orientado en tiempo, espacio y persona, curso del discurso coherente y congruente, tiempo de pensamiento normal, contenido de pensamiento sin alteraciones, afectividad acorde con el discurso, sensorpercepción sin trastornos, comprensión normal y atención sin trastornos.

ANALISIS CUALITATIVO DEL TEST TDSH

- 1).- Adecuado sentido de integridad y plenitud corporal.
- 2).- Valoración excesiva del medio ambiente y disminución del Yo; evita o se retráe de los estímulos ambientales o - - reacciona con sumisión o ansiedad; tendencia a la regresión, inmadurez e infantilismo.
- 3).- Tendencia a la inquietud e inseguridad al hacer frente - al medio ambiente; tendencia a la fantasía y a retraerse o a rechazar las exigencias del medio, la descarga de impulsos pueden ser controlados por la fantasía; baja tolerancia a la ansiedad.
- 4).- Sin interpretación.
- 5).- Evade hacer frente al medio ambiente que imagina como desafiante, se considera incapaz de hacerle frente a su medio.
- 6).- Sin interpretación.
- 7).- Uso excesivo de la fantasía, disminución de poderes críticos y correctivos; dificultad en el control de impulsos y bajo sentido de la realidad; poca habilidad para - aplicar la capacidad intelectual.
- 8).- Tendencia a la fantasía y disminución de los poderes críticos, dificultad en el control de impulsos; disminución para aplicar con eficacia la capacidad intelectual.

- 9).- Dependiente.
- 10).- Ausencia de identificación masculina o femenina, confusión sexual, incapacidad para aceptar impulsos, actuaciones o fantasías sexuales.
- 11).- Disconformidad con su papel de adulto, regresión e infantilismo.
- 12).- Aplicación pobre de la inteligencia y de la crítica de su actuación; criterio pobre de la realidad.
- 13).- Escasas facultades críticas al enfrentarse a las exigencias del medio ambiente, sentido pobre de la realidad; poca tolerancia a las inquietudes frustradas y responde de manera impulsiva y lábil al estímulo.
- 14).- Sin interpretación.
- 15).- Evasión al tratar la disconformidad entre el concepto de sí mismo y el nivel funcional; tendencia a la fantasía a la regresión e impulsividad, falta de defensas adecuadas.
- 16).- Sin interpretación.
- 17).- Sin interpretación.
- 18).- Sin interpretación.
- 19).- Sin interpretación.
- 20).- Sin interpretación.
- 21).- Patología, bloqueo o pérdida de controles ambientales; - conocimiento realista disminuido del propio Yo y de las dificultades del medio ambiente; retraimiento.
- 22).- Fracaso o falta de represión intelectual de la ansiedad; inquietud sobre el concepto propio del Yo, ansioso y fácilmente se deprime.
- 23).- Gran descenso de la eficacia intelectual; retraído, ansioso e impulsivo.
- 24).- Rigidez en el dominio de la ansiedad, hay implícitas defensas frágiles en el trato y represión de ellas.
- 25).- Preocupación, ansiedad y conflicto sobre el propio nivel de actuación; necesidad de aislarse y protegerse del medio ambiente.

- 26).- Sin interpretación.
- 27).- Gran preocupación por su concepto de realidad y necesidad de aislarse del medio ambiente; necesidad excesiva de controlar los impulsos y la integración.
- 28).- Refleja ansiedad, temor y baja producción de la energía de acción. El sentido de la realidad está frecuentemente disminuido debido a la ansiedad o a la imaginación.
- 29).- Excesivo control de impulsos y de estímulo.
- 30).- Intenta eludir la expresión de sus impulsos, contenerlos o permitir solo reacciones débiles.
- 31).- Grado considerable de exhibicionismo y narcisismo.
- 32).- Reprime, niega y evade su medio ambiente.
- 33).- Sin interpretación.
- 34).- Sin interpretación.
- 35).- Evade su realidad; dificultad en el control de impulsos sensible a la crítica; dificultad para establecer relaciones interpersonales; agresivo.

R E S U M E N

Dibuja figuras humanas muy primitivas manifestando una disminución en el autoconcepto, defensas inadecuadas.

Evade su medio ambiente que percibe hostil mediante el rechazo, ansiedad y regresión, uso excesivo de la fantasía.

Denota infantilismo e inmadurez deja ver fijación en la etapa infantil en la cual se sintió protegido y aceptado por las personas que lo rodearon, actualmente se aísla y se esconde para no enfrentarse a su medio.

Uso excesivo de la fantasía, dificultad en el control de impulsos, se encuentra disminuida su capacidad de crítica y su habilidad para aplicar la capacidad intelectual.

Se percibe dificultad para establecer relaciones interpersonales y un Yo disminuido.

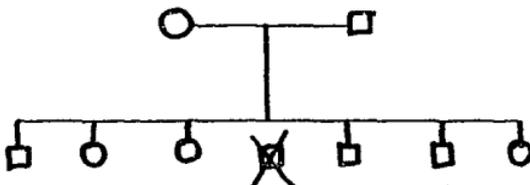
Confusión sexual, incapacidad para aceptar impulsos, actuaciones o fantasías sexuales.

DIAGNOSTICO PROBABLE

Homosexual-trasvesti, farmacodependiente.
Probable organicidad.

SUJETO : 'H'
Edad : 31 años
Lugar de nacimiento : México, D.F.
Sobrenombre: Lulú
Diagnóstico del CSAIS: Transexualismo

Su familia está formada por: padre y 7 hermanos, siendo el cuarto, su madre es finada.



Su madre fue sirvienta y su padre se dedica a la hechura de zapatos.

El sujeto recuerda que de pequeño se quedaba con sus hermanos en casa mientras sus padres trabajaban. Con sus hermanas jugaba a las muñecas y se vestía de mujer para jugar "a la mamá y al papá, pero a mí me gustaba ser la mamá". Sus padres no se percataban de ello "porque trabajaban todo el día y regresaban muy tarde".

La relación con su madre fue mas estrecha "platicaba con ella, la acompañaba al mercado o a donde fuera mientras podía", pero también era estricta "más que mi papá, en varias ocasiones me pegó por hacer travesuras". Con su papá se llevaba poco "era

muy serio" pero actualmente platica mucho con él y "le tengo -- confianza, le cuento mis cosas y sí me comprende".

Desde que el sujeto tiene nueve años sus hermanas le notaron sus ademanes "femeninos", pero nunca le dijeron nada "ya de grande me lo contaron". Su madre se empieza a dar cuenta de que su hijo caminaba raro "como mujer" y lo llevaron al médico para que lo revisara. El doctor le prescribe hormonas inyectadas "pero solo me las pusieron como 2 ó 3 meses pero no pasó nada, yo seguía con mis ondas".

Cuando su padre se entera de sus tendencias homosexuales el sujeto tenía más de 13 años, lo aceptó y no lo rechazó "como yo pensé que podría pasar, porque era muy serio y por ser el pa pá".

Su madre le enseñó a tejer, sabe hacer cosas de decoración "y las hago solo para mi casa y no por negocio".

Cuando tiene 23 años su madre fallece "me sentía muy -- triste por ese tiempo, yo quería mucho a mi madre y me dolió -- perderla", en ocasiones le manda a oficiar misas "pero ahora -- los padres ya no quieren rezar, porque antes las misas eran de una hora y hoy son de 25 minutos".

Vive en un departamento con uno de sus hermanos y a su familia la visita con frecuencia "aunque a veces por estar en el relajo no lo hago".

Asistió a la escuela pero desertó en 5^a año de primaria "porque no me gustaba, era muy burro y no aprendía". En la escuela comenzó a tener problemas con sus compañeros "porque me hacían burla de mis amaneramientos y me pusieron de apodo - - -

"marilu" y ese nombre lo uso a veces en el trabajo"

Al abandonar la escuela convive con los "jotos de la esquina" y poco a poco le convencen de iniciarse en la prostitución llevándolo a Insurgentes para trabajar. Asiste a reuniones con gente del 'ambiente' pero también con gente que está fuera de la prostitución.

Labora de fijo en la prostitución pero ocasionalmente ha trabajado en una estética. Ocasionalmente ayuda a sus amigos a la venta de la fayuca en Tepito.

Con frecuencia ingiere alcohol, marihuana, mota, pastillas, cochos e inhala el activo.

Desde los 9 años le agradan los hombres y a los 12 años tuvo su primera experiencia homosexual con un hombre mayor que él, esta relación le fue satisfactoria. A los 14 años se inicia en la prostitución y se viste de mujer para trabajar y durante el día se viste de hombre. Desde los 23 años se inyecta - hormonas para que le crezcan los senos pero no piensa operarse de los genitales "me gusta arreglarme de mujer y nada más".

Examen mental:

Se trata de un sujeto de sexo masculino de edad aparente a la cronológica. Pesa 55 kg y mide 1.58 mt aproximadamente. - Tez blanca, cabello ligeramente largo y teñido.

Se encuentra orientado en tiempo, persona y espacio, curso del discurso coherente y congruente, tiempo de pensamiento -

normal, afectividad acorde al discurso, sensopercepción sin alteraciones, atención normal, contenido del pensamiento sin alteraciones y comprensión normal.

ANALISIS CUALITATIVO DEL TEST TDSH

- 1).- Adecuado sentido de integridad y plenitud corporal.
- 2).- Leve tendencia a supervalorar su medio ambiente y una --
disminución del Yo, intenta evitar los estímulos ambientales, puede reaccionar con sumisión, ansiedad o agre--
sión.
- 3).- Leve inquietud e inseguridad al hacer frente al medio am
biente, tendencia débil a la fantasía, a retraerse y a -
rechazar las exigencias de su medio.
- 4).- Sin interpretación.
- 5).- Sin interpretación.
- 6).- Sin interpretación.
- 7).- Tendencia a ser incapaz de enfrentar su medio ambiente y
su relación con el medio es irreal e imprevisible.
- 8).- Tendencia a la fantasía y disminución de los poderes crí
ticos, dificultad en el control de impulsos y disminu--
ción para aplicar con eficacia la capacidad intelectual.
- 9).- Sin interpretación.
- 10).- Ausencia de identificación masculina o femenina; confu--
sión sexual; incapacidad para aceptar impulsos, actuacio
nes o fantasías sexuales.
- 11).- Disconformidad con el papel de adulto, rasgos infantiles.
- 12).- Sin interpretación.
- 13).- Escasas facultades críticas para enfrentarse a las exi--
gencias del medio ambiente; sentido pobre de la realidad

poca tolerancia a las inquietudes frustradas y responde de manera impulsiva y lábil a los estímulos.

- 14).- Sin interpretación.
- 15).- Evasión al tratar la disconformidad entre el concepto de sí mismo y el nivel funcional; tendencia a la impulsividad, fantasía y regresión; falta de defensas adecuadas - debido al Yo disminuido.
- 16).- Sin interpretación.
- 17).- Sin interpretación.
- 18).- Sin interpretación.
- 19).- Sin interpretación.
- 20).- Sin interpretación.
- 21).- Patología, pérdida de controles ambientales, conocimiento realista disminuido del propio Yo; retraimiento.
- 22).- Tendencia a la falta de represión o fracaso intelectual de la ansiedad, a deprimirse y al pánico.
- 23).- Gran descenso de la eficacia intelectual; conocimiento - realista del propio Yo disminuido; impulsivo.
- 24).- Poca capacidad para el manejo de la ansiedad y fiscalizar la impulsividad presente.
- 25).- Preocupación, ansiedad y conflicto sobre el propio nivel de actuación; necesidad de aislarse y protegerse del medio ambiente.
- 26).- Sin interpretación.
- 27).- Gran preocupación por el concepto de realidad y necesidad de aislarse del medio ambiente para reforzar la realidad; necesidad excesiva de controlar impulsos y la integración.
- 28).- Leve tensión interna con necesidad de reforzar la realidad; agresividad.
- 29).- Sin interpretación.
- 30).- Sin interpretación.
- 31).- Grado considerable de narcisismo y exhibicionismo.

- 32).- Acentuación de la represión, negación y evasión de los - estímulos del medio ambiente que percibe como dolorosos.
- 33).- Sin interpretación.
- 34).- Sin interpretación.
- 35).- Evade la realidad; dificultad para establecer relaciones interpersonales; agresivo y sensible a la crítica.

R E S U M E N

Denota inadecuada representación del esquema corporal a pesar de que puede dibujar esquemas completos.

Supervalora a su medio ambiente ante el cual intenta hacerle frente, pero le provoca confusión, ansiedad, regresión y sumisión ya que lo percibe hostil. Denota un Yo disminuido y de fensas inadecuadas.

Se percibe infantil, fantaseoso e inmaduro como forma de protegerse de su medio ambiente.

Dificultad en el control de impulsos y para aplicar la - capacidad intelectual.

Confusión en la identificación sexual, incapacidad para aceptar impulsos, actuaciones o fantasías sexuales.

DIAGNOSTICO PROBABLE

Homosexual-trasvesti.

Farmacodependiente.

ANALISIS CUALITATIVO

Con todos los datos recolectados, se puede observar que en la muestra existen aspectos en los cuales se coinciden y - otros en los que no. Sobre estos puntos se analizan los más importantes que por ello proporcionan material para apoyar esta - investigación (ver cuadros).

Los sujetos A, E, F y G vivieron durante su infancia al lado de sus padres hasta que por decisión propia se separaron - de ellos, a excepción de A que aún vive con sus progenitores; - esta decisión no ha sido un impedimento para que los sujetos vi siten a su padres; B, C y D en algún período de su infancia vivieron alejados de sus padres y G siempre vivió con sus abuelos maternos.

Dentro de cada familia el número de hijos que las conforman son: 3 de 11; 3 de 3; 1 de 6 y 1 de 7 hijos, D, F y G; B, C y E; A; y H respectivamente. Siendo los sujetos B y E los primogénitos, D y F los menores, y A, C, G y H los intermedios. De manera que no se observa ninguna constante.

El número de varones o mujeres no es constante ya que en la familia de F existen dos mujeres y nueve varones, mientras - que en la de A hay una mujer y seis varones. Es de hacerse notar que en todas las familias de los sujetos está presente, por lo menos, una hermana con la cual el sujeto jugaba, platicaba o recibía su comprensión y aceptación, a excepción del sujeto D - quien se sintió rechazado por su madre y hermanas.

La relación que mantenían los sujetos con sus madres fueron: A, C, E, F y H de aceptación y protección de parte de ellas

hacia sus hijos, pero también los golpearon para corregirlos; B y D de rechazo e incomprensión; y G su relación fue nula, solo se limitaba a visitas esporádicas. Aunque B, D y G no tuvieron contacto continuo con sus progenitoras sí recibieron los cuidados y aceptación de sus abuelas mientras estuvieron a su cargo.

Con sus padres la relación mantenida fue: D aceptable, A y H escasa pero agradable, C y F reciben el rechazo y maltrato de parte de ellos, B y E fue nula la relación, y G no lo conoció; pero D y G recibieron la protección de sus abuelos mientras convivieron con ellos.

Se puede observar que todos los sujetos tuvieron presentes figuras femeninas o masculinas con las cuales podían identificarse y de quienes recibieron aceptación, protección y rechazo para posteriormente separarse de ellos en forma voluntaria y por decisión propia.

En teoría, un factor psicológico importante y esencial - en el transexual es que es una persona que ha vivido muy apegado a su madre formando una unidad simbiótica con ella, es decir, que no existe el YO y NO YO. Otro aspecto es que la figura paterna no haya estado presente; de manera que ninguno de los dos aspectos antes mencionados se presentaron en la muestra.

A los sujetos desde pequeños se les observaron ademanes homosexuales y sus preferencias sobre lo femenino, juegos y labores domésticas, y su primera experiencia homosexual sexual -- fue: A y D a los 8, B a los 8 es violado por un pariente, C a los 9, F y H a los 12, E a los 15 y G a los 20 años. Su experiencia fue satisfactoria, a excepción de B, por lo cual las -- continuaron hasta iniciarse en la prostitución: D a los 13, H a los 14, C a los 16, B y F a los 19, E a los 21 y G a los 25 años

respectivamente. A excepción de A que niega dedicarse a la prostitución, todos los sujetos disfrutaban de su homosexualidad y recibían dinero por ello.

Todos los sujetos disfrutaban por ser homosexuales y travestis sintiéndose halagados por su femineidad asumiendo la pasividad dentro de las relaciones sexuales y ofreciendo a sus parejas o clientes sus senos como la parte de su cuerpo más valiosa e importante, ya que ellos se inyectan hormonas o silicona para que aumenten de tamaño, a excepción de G.

Toda la muestra busca verse más femeninos y para ello se visten de mujer diariamente desde: C a los 14, A a los 15, D a los 17, B a los 17 sólo en forma ocasional y desde los 19 en forma continua, y F a los 21 años. Sólo G y H, desde los 14 y 25 años respectivamente, lo hacen para salir a trabajar dentro de la prostitución. De manera que los sujetos buscan una apariencia femenina y no pertenecer al sexo femenino por lo cual no se concuerda con uno de los criterios que marca el DSM-III para hacerse acreedor al diagnóstico de transexualismo.

A, D, E, G y H manifiestan estar conscientes de ser hombres pero que les agrada arreglarse de mujer, C desea realizarse de mujer, E comenta ser consciente de su homosexualidad y de sentirse mujer, B y F no reportaron información. De ahí que en otro de los criterios para ser transexual no se cumpla, este sería malestar o inadecuación respecto al propio sexo anatómico, porque sólo desean vestirse como mujeres y ser tratados como tales pero sobre su sexo anatómico están conscientes y no les ocasiona malestar alguno. Se identifican con el rol femenino que, de ninguna manera, es sentirse mujeres envueltos en cuerpos masculinos.

Una cosa es arreglarse y vestirse para aparentar una femineidad y otra el deseo de liberarse de los propios genitales y de vivir como miembro del otro sexo, que es otro criterio a revisar y que la muestra no coincide porque: A, D, E, G y H no desean ser reagisnados de sexo, antes al contrario manifiestan el deseo de preservar sus genitales; C y F se muestran indecisos, pero por la bibliograffa revisada, se conoce que un transexual busca y solo vive para lograr la reasignación sexual a pesar de las opiniones de otras personas y hasta viajan a otros paises para lograr su propósito.

Continuando con los criterios, la muestra a excepción de uno, no manifiesta intersexualidad física o anomalía genética, se recordará que el sujeto B habló de problemas hormonales pero bien puede ser una racionalización. El último criterio de no deberse a otra enfermedad mental u otra patología, se puede decir que se realizó un diagnóstico diferencial entre Homosexualidad, Trasvestismo y Transexualismo y los sujetos no reúnen -- los requisitos para el diagnóstico dado. Se observan datos de -- organicidad, deficiencia mental y hasta rasgos psicóticos pero que tampoco son los causantes directos de su homosexualidad.

En toda la población estudiada se presentan rasgos de inmadurez, infantilismo y tendencias a la regresión como forma de protegerse de su medio ambiente que perciben hostil y agresivo. Es una forma de evadirlo y no hacerle frente, observándose una disminución en el Yo.

Escasa capacidad intelectual y crítica para enfrentar a su medio usando la fantasía para contorlar la ansiedad y para evitar los estímulos ambientales.

Se observa un inadecuado control de impulsos reaccionan-

do de manera agresiva ante cualquier amenaza.

Se detectó farmacodependencia en A, B, E, F, G y H, mientras que en A y G existen probabilidades de organicidad.

La muestra se identifica con la figura femenina y D, G y H denotan confusión sexual.

Por el diagnóstico diferencial realizado se observa que A, B, C, D, E, F, G y H son Homosexuales-Trasvestis ya que concuerdan con éstas patologías y no con los criterios del Transexualismo.

A S P E C T O S

(Cuadro 1)

SUJETOS	Vivió con sus padres	No. de hijos	Lugar que ocupa	Tipo de relación con su madre	Tipo de relación con su padre
A 21 años	sí	6	3ª	Buena Protege	Escasa pero buena.
B 21 años	No. Con abuelos de los 8 a 9 años.	3	1ª	Incomprensible. Abuela lo consiente.	Escasa
C 22 años	No. Un año <u>in</u> ternado.	2	2ª	Protegía	Lo maltrataba.
D 22 años	No. Con sus abuelos de 6 a 10 años.	11	11ª	Rechaza. Su abuela lo protegía.	Buena. Su abuelo lo protegía.
E 23 años	sí	3	1ª	Acepta y castiga.	Escasa.
F 24 años	sí	11	11ª	Protegía y golpeaba.	Lo rechaza y golpea.
G 30 años	No. Siempre vive con sus abuelos	11. 7 son <u>me</u> dios H.	2ª	Escasa. Su abuela lo protegía.	Lo desconoce. Su abuelo lo protege, luego regaña.
H 31 años	sí	7	4ª	Relación estrecha, protege y rígida.	Buena.

ASPECTOS

(Cuadro 2)

SUJETOS	Tipo de relación con hermanos	Relación con familiares	Juegos en la infancia	Cómo ven su homosexualidad	Farmacodependencia
A	Hna. buena Hnos. regular	Si acepta-- bles.	De niña y la bros del ho gar.	Mamá acepta. Papá acepta.	Sí
B	Hnas. buenas	Escasa. Tíos lo violan	Labores del hogar.	Mamá rechaza.	Sí.
C	Hnas. buenas	Maternas <u>bue</u> nas. Pater-- nas nulas.	- . -	Mamá acepta Papá rechaza.	Sí
D	Hna. rechaza Hnos. rechazan	- . -	De niñas y niñas y ni ños juntos	Mamá rechaza Papá acepta	--
E	Hnas. buenas Hnos. buenos	Maternas <u>bue</u> nas.	De niñas y - labores do-- mésticas.	Mamá acepta.	Sí
F	Hnas. buenas Hnos. rechazan excepto uno.	Maternas <u>bue</u> nas.	De niñas	Mamá rechaza Papá rechaza	Sí
G	Hnas. buenas	--	Labores del hogar.	Hna. acepta	Sí
H	Hnas. buenas	--	De niñas	Mamá acepta Papá acepta	Sí

A S P E C T O S

(Cuadro 3)

SUJETOS	1a. Experiencia homosexual.	Se inicia en la prostitución.	Se viste de mujer desde los	Se inyecta siliación	Desea reasignación sexual
A	8 años	Lo niega	15 años	17 años	no
B	8 años violación	19 años	17 ocasional 19 diario	19 años	.-.
C	9 años	16 años	14 años	16 años	indeciso
D	8 años	13 años	17 años	18 años	no
E	15 años	21 años	21 años	19 años	no
F	12 años	19 años	19 años	19 años	indeciso
G	20 años	25 años	25 años solo para <u>tra</u> bajar.	no	no
H	12 años	14 años	14 años solo para <u>tra</u> bajar.	23 años	no

A S P E C T O S

(Cuadro 4)

SUJETOS	Cc de ser hom- bres.	Se describe	Escolaridad
A	sí	Buena gente. Respon de agresiones.	2ª semestre de preparatoria.
B	.-.	.-.	.-.
C	No. Desea reali zarse de mujer.	.-.	Secundaria com pleta.
D	sí	Agresivo, rebelde, contesta golpes.	Primaria
E	Cc de su homose xualidad. Se - siente mujer.	Tranquilo	2ª Secundaria
F	.-.	Ni bueno ni malo; ni feliz ni con- tento.	Primaria
G	sí	Flojo	Analfabeta
H	Le gusta arre- glarse de mujer	.-.	5ª primaria

A S P E C T O S

(Cuadro 5)

SUJETOS	Percepción del esquema corporal.	Forma de enfrentar su medio	Usa la fantasía	Su Yo se enfrenta	Control de impulsos
A	Dificultad	Lo evade percibiéndolo agresivo y hostil.	Para evitar los estímulos ambientales.	Disminuido. Defensas inadecuadas	Inadecuado
B	Adecuado	Lo evade percibiéndolo hostil y agresivo.	Para evitar los estímulos del medio ambiente	Disminuido	Inadecuado
C	Adecuado	Lo evade percibiéndolo hostil y agresivo.	Para evitar a su medio.	Disminuido	Inadecuado
D	Adecuado	Lo evade	Para evitar a su medio	Disminuido	Inadecuado
E	Adecuado	Lo evade	-.-	Disminuido	Adecuado
F	Adecuado	Lo evade	Para evitar a su medio	Disminuido	Inadecuado
G	Dificultad	Lo evade	Para evitar a su medio.	Disminuido	Inadecuado
H	Inadecuado	Lo evade	Para evitar a su medio.	Disminuido	Inadecuado

A S P E C T O S

(Cuadro 6)

SUJETOS	Se muestra	Identificación psicosexual	Diagnóstico	Organicidad
A	Inmaduro e in- fantil	Identificación femenina	Homosexual- trasvesti.	Probable
B	Inestable e in- seguro.	Identificación femenina.	Homosexual- trasvesti.	no
C	Inmaduro, in- fantil y retrai- do.	Identificación femenina	Homosexual- trasvesti.	no
D	Inmaduro, in- fantil y retrai- do.	Confusión se- xual.	Homosexual- trasvesti	--
E	Inmaduro e in- fantil.	Identificación femenina	Homosexual- trasvesti.	--
F	Inmaduro e in- fantil	Identificación femenina	Homosexual- trasvesti	no
G	Inmaduro, in- fantil y retrai- do.	Confusión se- xual.	Homosexual- trasvesti.	Probable
H	Inmaduro e in- fantil.	Confusión se- xual.	Homosexual- trasvesti.	no

CAPITULO VII

CONCLUSIONES

CONCLUSIONES

El 100% de la muestra en la cual se basó ésta investigación, ya estaba diagnosticada como transexual y, al hacer el diagnóstico diferencial, ninguno de los sujetos concuerda con dicha patología por lo cual se rectificó el diagnóstico y la muestra se manifiesta como Homosexual-transvesti; por lo tanto no fue posible obtener datos sobre la etiología del transexual.

El 67.5% se identifica con el rol psicosexual femenino, esto se constata desde la entrevista, en donde los sujetos manifiestan querer "ser femeninas" pero no desean ser mujer, es decir no desean la reasignación. De manera que desean parecerse a la mujer y no ser mujer y esto último es requisito indispensable para el diagnóstico del transexualismo de allí que no se concuerde con el diagnóstico dado. El 22.5% manifiesta confusión en la identificación psicosexual.

El 100% evade su medio y para protegerse de él se muestran regresivos e inmaduros, refugiándose en la farmacodependencia para evitar así hacer frente al: rechazo social al que son objeto, la no aceptación de sí mismo y a la actividad que desempeñan (prostitución).

Otro aspecto de la población estudiada es que manifiestan un dibujo primitivo y por el cual se puede observar un CI bajo en los sujetos, en quienes la estimulación recibida de su medio ambiente fue nula o escasa.

No

Has

How

150

~

SUGERENCIAS

1.- Uso adecuado del DSM-III para poder diagnosticar correctamente, ya que, si se desconoce el manejo de este manual se puede prestar a equivocaciones que perjudiquen al paciente.

2.- La entrevista más amplia con cada sujeto para lograr recabar más datos de su historia personal y así obtener información suficiente para dar un diagnóstico exacto.

3.- Buscar una población que sea realmente transexual para así corroborar aspectos bibliográficos antes revisados y poder hacer un diagnóstico funcional sobre el cual se pueda observar la etiología psicológica de esta perversión.

4.- Establecer clínicas de tratamiento psicológico para el homosexual, transvesti y transexual.

5.- Apertura de clínicas médicas para el transexual evitando así que caigan en manos de doctores no especializados en la reasignación sexual, de manera que éstos sujetos reciban una atención médica adecuada.

6.- Que los especialistas del sector salud se interesen en esta patología para así poder apoyar más a estos sujetos y no sólo acceder a la demanda que presentan.

CAPITULO VIII

BIBLIOGRAFIA

B I B L I O G R A F I A

- 1).- Ajuriaguerra, J.: **Manual de psiquiatría infantil**
Editorial Masson 1983
Cuarta edición.
- 2).- Alvarez, G.: **Sexo terapia integral**
Editorial Manual Moderno
Edición 1986.
- 3).- Anderson, H.;
Anderson, J.L.: **Técnica proyectiva del diagnóstico psicológico**
Ediciones Rialp, S.A.
Madrid, 1978
Cuarta edición.
- 4).- Benjamín, H.: **Transsexualism and trasvestism in the male and female**
Journal Sex Res. 1967
Vol. 3 107 - 127
- 5).- Benton, A.L.;
Probst, K.: **Comparasion of psychiatric ratings with Minnesota Multiphasic inventory scores.**
J. Abn. y Soc. 1916
Vol. 41 75 - 78
- 6).- Bleichmar, Silvia: **La constitución psicosexual en la infancia**
Serie Educación Sexual
Psicología 9 CCH Sur

- 7).- **Blos, P.:** **Psicoanálisis de la adolescencia**
Editorial Joaquín Mortiz 1988
Primera edición.
- 8).- **Burnes, E.; Moore, M.**
Bernard, D; Fine, M.: **A glossary of psychoanalytic terms
and concepts.**
The American Psychoanalytic Asso--
ciation.
New York.
- 9).- **Caligor, L.:** **Nueva interpretación psicológica -
del dibujo de la figura humana.**
Editorial Kapeluz, 1978.
Primera Edición.
- 10).- **Caligor, L.:** **The detection of paranoid trends by
the Eight card redrawing test (8 CRT)**
Journal Clinical Psychology, 1952.
Vol. 8 397-401
- 11).- **Caligor, L.:** **The determination of the individul's
inconscious conception of his own -
masculinity-feminity.**
Journal Projection Tech. 1951.
Vol. 15 494 - 509.
- 12).- **Caligor, L.:** **Quantification the Eight Card Redra-
wing Test (8 CRT).**
Journal Clinical Psychology 1953.
Vol. 3 356 - 361
- 13).- **Corderch, J.:** **Psiquiatria dinámica**
Editorial Trillas 1989

- 14).- Dolfo, Françoise: **Psicoanálisis y pediatria.**
Editorial Siglo XXI, 1982.
- 15).- Fenichel, O.: **Teoría psicoanalítica de las neurosis.**
Editorial Paidós, 1982.
- 16).- Fisk, N.: **Five spectacular results.**
Archives of Sexual Behavior, 1978.
Vol. 7, No. 4 351-369
- 17).- Freedman, A.; Kaplan, H.; Sadock, B.: **Compendio de psiquiatria.**
Editorial Salvat, 1983.
Primera Edición.
- 18).- Freud, Ana: **El yo y los mecanismos de defensa.**
Editorial Paidós, 1984.
Segunda reimpresión.
- 19).- Freud, S.: **Tres ensayos de teoría sexual.**
(1905)
Obras completas
Tomo VII
Editorial Amorrurto, 1976.
- 20).- Freud, S.: **Pulsiones y destino de pulsiones.**
(1915)
Tomo XIV
Editorial Amorrurto, 1976.
- 21).- Freud, S.: **La vida sexual de los seres humanos**
(1916-1917)
20a. Conferencia
Tomo XVI
Editorial Amorrurto, 1976.

- 22).- Freud, S.: **Desarrollo libidinal y organizacio
nes sexuales.**
(1916-1917)
21a. Conferencia.
Tomo XVI
Editorial Amorrurto, 1976.
- 23).- Freud, S.: **Teoría de la libido y narcisismo.**
(1916-1917)
26a. Conferencia.
Tomo XVI
Editorial Amorrurto, 1976.
- 24).- Freud, S.: **Teoría de la libido.**
(1923)
Tomo XVIII
Editorial Amorrurto, 1976.
- 25).- Freud, S.: **El sepultamiento del complejo de
Edipo.**
(1924)
Tomo XIX
Editorial Amorrurto, 1976.
- 26).- Freud, S.: **Algunas consecuencias psíquicas a
partir de las diferencias anatómi-
cas.**
(1925)
Tomo XIX
Editorial Amorrurto, 1976.
- 27).- Freud, S.: **I - Sobre un tipo particular sobre
(1910) la elección de objeto en el --
hombre;**
**II- Sobre la más generalizada degra
(1912) dación de la vida amorosa;**
III-El tabú de la virginidad.
(1918)
Tomo XI
Editorial Amorrurto, 1976.

- 28).- Freud, S.: **Esquema del psicoanálisis.**
 (1940) Tomo XXIII
 Editorial Amorrurto, 1976.
- 29).- Freud, S.: **El esclarecimiento sexual del niño.**
 (1907) Tomo IX
 Editorial Amorrurto, 1976.
- 30).- Freud, S.: **Sobre las teorías sexuales infantiles.**
 (1908) Tomo IX
 Editorial Amorrurto, 1976.
- 31).- Freud, S.: **Carácter y erotismo anal.**
 (1908) Tomo IX
 Editorial Amorrurto, 1976.
- 32).- Freud, S.: **La moral sexual 'cultural' y la negatividad moderna.**
 (1908) Tomo IX
 Editorial Amorrurto, 1976.
- 33).- Freud, S.: **La organización genital infantil.**
 (1923) Tomo XIX
 Editorial Amorrurto, 1976.
- 34).- Freud, S.: **El gran reservorio de la libido.**
 (1914) Tomo XIX
 Editorial Amorrurto, 1976.
- 35).- Freud, S.: **El problema económico del masoquismo.**
 (1924) Tomo XIX
 Editorial Amorrurto, 1976.

- 36).- Freud, S.:
(1920) **Sobre la psicogénesis de un caso -
de homosexualidad femenina.**
Tomo XVIII
Editorial Amorrurtu, 1976.
- 37).- Freud, S.:
(1919) **Pegan a un niño.**
Tomo XVII
Editorial Amorrurtu, 1976.
- 38).- Freud, S.:
(1920) **Psicología de las masas y análisis
del yo.**
Tomo XVIII
Editorial Amorrurtu, 1976.
- 39).- Freud, S.:
(1908) **Fantasías histéricas y su relación
con la bisexualidad.**
Tomo IX
Editorial Amorrurtu, 1976.
- 40).- Foucault, M.:
**Historia de la sexualidad 1.
La voluntad del saber.**
Editorial Siglo XXI, 1986.
- 41).- Gagnon, J.:
Sexualidad y cultura.
Editorial Pax-México, 1980.
Primera Edición.
- 42).- Giat, Laura:
**Issues in diagnosis and treatment
of transsexualism.**
Archives of Sexual Behavior, 1983.
Vol. 12, No. 15 445 - 473

- 43).- Green, R.: **Transsexualism: Mythological, historical and cross-cultural aspects.**
The transsexual phenomenon. In Benjamin H.
Julian Press, New York, 1966.
- 44).- Green, R.: **Transsexualism. A research note.**
Archives of Sexual Behavior, 1978.
Vol. 7, No. 4 383 - 415
- 45).- Gregersen, E.: **Sexual practices. The history of human sexuality.**
Franklin Watts
New York, 1983.
- 46).- Hunt, H.F.: **The effect of deliberate deception - on Minnesota Multiphasic Personality Inventory y Performance.**
J. Consult Psych. 1948
Vol. 12 396 - 402
- 47).- James, A.: **Psychotherapy for transsexual candidates screened out of surgery.**
Archives of Sexual Behavior, 1978.
Vol. 7, No. 4 273 - 283
- 48).- Jayaram. B.;
Stuteville, O.;
Busch, I.: **Complications and undesirable results of sex-reassignment surgery in male-to-female transsexuals.**
Archives of Sexual Behavior, 1978
Vol. 7, No. 4 337 - 345

- 49).- Katchadourian, H.;
Lunde, D.: **Las bases de la sexualidad humana.**
Editorial CECSA, 1985.
Cuarta reimpresión.
- 50).- Kernberg, O.: **Trastornos graves de la personalidad**
Editorial Manual Moderno, 1987.
- 51).- Klein, Melanie y
otros: **La sexualidad en el hombre contemporáneo.**
Editorial Paidós
- 52).- Laplanche, J.;
Pontalis, J.B.: **Diccionario de psicoanálisis.**
Editorial Labor, 1983.
- 53).- Lundström, B.;
Pauly, I.;
Walinder, J.: **Outcome of Sex reassignment surgery.**
Acta Psychiatrica Scandinavica, 1984
Vol. 70, No. 4 289 - 294.
- 54).- Machover, Karen: **Personality projection in the drawing of the human figure.**
Springfield, Charles C. Thomas, 1949
- 55).- Master, J.; Johnson,
V.; Kolodny R.: **Enciclopedia de la sexualidad humana.**
Tomo I y III
Editorial Grijalbo, 1987.

- 56).- Mc Cary, J.: **Sexualidad humana.**
Editorial Manual Moderno, 1982.
- 57).- Money, J.: **Desarrollo de la sexualidad humana.**
Editorial Madrid Merarta, 1982.
- 58).- Nava, J.: **Neuroanatomía funcional. Síndromes
neurológicos.**
Impresiones Modernas, 1979.
- 59).- Perker, Katherine;
Kolthoff, Norma: **Anatomía y fisiología.**
Editorial Interamericana, 1979.
- 60).- Pichot, P.: **Manual diagnóstico y estadístico -
de los trastornos mentales.**
Editorial Masson, S.A.
Barcelona, 1983.
- 61).- Prince, Virginia: **Transsexual and pseudotranssexuals.**
Archives of Sexual Behavior, 1978.
Vol. 7, No. 4 263 - 272
- 62).- Robinson, P.: **La modernización del sexo.**
Colección Charenton.
Editorial Villalar, 1977.
- 63).- Safouan, Moustapha: **Estudios sobre el edipo.**
Editorial Siglo XXI, 1985.
- 64).- Siegel, Ll.;
Zitrin, A.: **Transsexuals in the New York. The
funcion of illusion in transsexuality.**

Archives of Sexual Behavior, 1978.
Vol. 7, No. 4 285 - 190

- 65).- Siegel, L.I.: **Estadística no paramétrica**
Editorial Trillas,
- 66).- Storr, A.: **Las desviaciones sexuales.**
Editorial Horme.
- 67).- Wloman, B.: **International encyclopedia of Psychiatry, Psychology, Psychoanalysis -
Neurology.**
Volumen 5
Aesculapius Publishers, Inc.

A P E N D I C E A

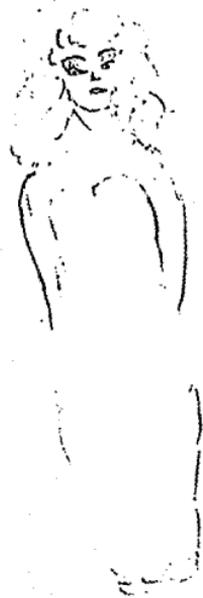


Sujeto: "B"

Sujeto B
Dibujo 1



Objeto B
Dibujo 2



Sujeto B
Dibujo 3



Sujeto B
Dibujo 4



Sujeto B
Dibujo 5



Sujeto B
Dibujo 6



Sujeto B
Dibujo 7



Sujeto 7

Dibujo 8



A P E N D I C E B

Sujeto D
Libujo 1



Sujeto D

Libužo 2



Sujeto 1

Minuto 3



Sujeto D
Dibujo 4



Gujeto 1

Libužo 5



Sujeto 1
Dibujo 1



Задато D
Либужо 7



Sujeto 1
Dibujo 8

